

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino



GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-063-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

O60 Parto Prematuro

GPC

Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino

ISBN:978-607-7790-35-8

DEFINICIÓN

Parto pretérmino. Se define como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida.

FACTORES DE RIESGO

- Ante la presencia de un parto pretérmino se debe buscar de forma intencionada la presencia de infecciones a través de urocultivo y cultivo de secreción vaginal con el objetivo de especificar el uso de antibiótico.
- Es necesario corroborar por ultrasonido la edad gestacional, para establecer el pronóstico de sobrevivencia del neonato y sus posibles complicaciones
- El factor de riesgo más importante para predecir parto pretérmino es el antecedente de parto pretérmino. Las pacientes con antecedente de parto pretérmino deben recibir consejo preconcepcional o atención médica temprana en el embarazo.
- El Tamizaje de factores de riesgo para parto pretérmino en la población general, no ha mostrado ser de utilidad.

DIAGNÓSTICO

- Los síntomas y signos de parto pretérmino no son específicos y la exploración clínica del cérvix es subjetiva e inexacta para el diagnóstico temprano de esta entidad nosológica.
- No utilice el examen físico del cérvix de manera rutinaria para evaluar el riesgo de todas las pacientes de presentar parto pretérmino.
- Se considera la presencia de una amenaza de parto pretérmino de uno o más de los siguientes síntomas y signos:
 - a) Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 4/20 min ó 6/60 min ó más).
 - b) Dilatación cervical igual ó mayor de 2 cm.
 - c) Borramiento cervical igual ó mayor de 80%.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

- La evaluación ultrasonográfica de la longitud cervical y prueba de fibronectina fetal tienen elevado valor predictivo negativo; por lo tanto, el uso único o de ambas, permite determinar que tipo de pacientes no requerirán tocólisis.
- En pacientes con riesgo de parto pretérmino la medición de la longitud cervical se realizará entre la semana 20.1 a 34 de gestación y la fibronectina fetal entre las semanas 24 a 34 de gestación.
- La amniocentesis puede ser usada en mujeres con amenaza de parto pretérmino para valorar la madurez pulmonar fetal e infección intraamniótica.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Los antibióticos no parecen prolongar la gestación y solo deben usarse para la profilaxis del estreptococo del grupo B en pacientes en las cuales el parto es inminente.
- No está definido un tocolítico de primera elección para el manejo del parto pretérmino.
- Las drogas tocolíticas pueden prolongar el embarazo de 2 a 7 días permitiendo la administración de esteroides para mejorar la madurez pulmonar fetal y considerar la referencia de la madre a un tercer nivel.
- Usar de Terbutalina 0.25 mg subcutánea cada 20 minutos a 3 hrs controlando a intervalos regulares la presión arterial y la frecuencia cardíaca en la madre, en conjunto con un control estricto de líquidos.
- Se recomienda el uso de Indometacina 100 mg rectal de dosis inicial, con 25-50 mg VO o VR cada 4-6 horas por un máximo de 48 hrs. Indicado si la paciente presenta enfermedad cardiovascular, hipertiroidismo, diabetes o hipertensión. Solo utilizar en embarazos con menos de 32 semanas de gestación
- La administración de 2 dosis de 12 mg de Betametasona o Dexametasona IM, con 12-24 hrs de intervalo, se recomienda como esquema de inducción de madurez pulmonar fetal. La edad gestacional recomendada para la aplicación de corticoides para inducción de madurez pulmonar fetal en pacientes con riesgo de parto pretérmino es de 24 a 34 SDG.
- Los tocolíticos no deben utilizarse como terapia de mantenimiento ni de repetición
- Se recomienda el uso de Atosiban administrado con un bolo inicial de 6.7 mg, seguido de 300 mcg por min por 3 hrs, luego 100 mcg por min a completar 48 hrs.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- El reposo en cama y la hidratación no parecen mejorar la incidencia de parto pretérmino, por lo cual no debe ser una recomendación rutinaria
- El internamiento prenatal para guardar reposo no ha mostrado ser efectivo en disminuir el parto pretérmino y la morbilidad perinatal, por lo cual se recomienda individualizar cada caso. El reposo absoluto puede presentar efectos adversos en las mujeres y debe evitarse en la medida de lo posible.

REFERENCIA A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Será motivo de referencia embarazos con fetos potencialmente viables (27-32 SDG) en caso que la unidad de referencia, no cuente con unidad de terapia intensiva neonatal

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

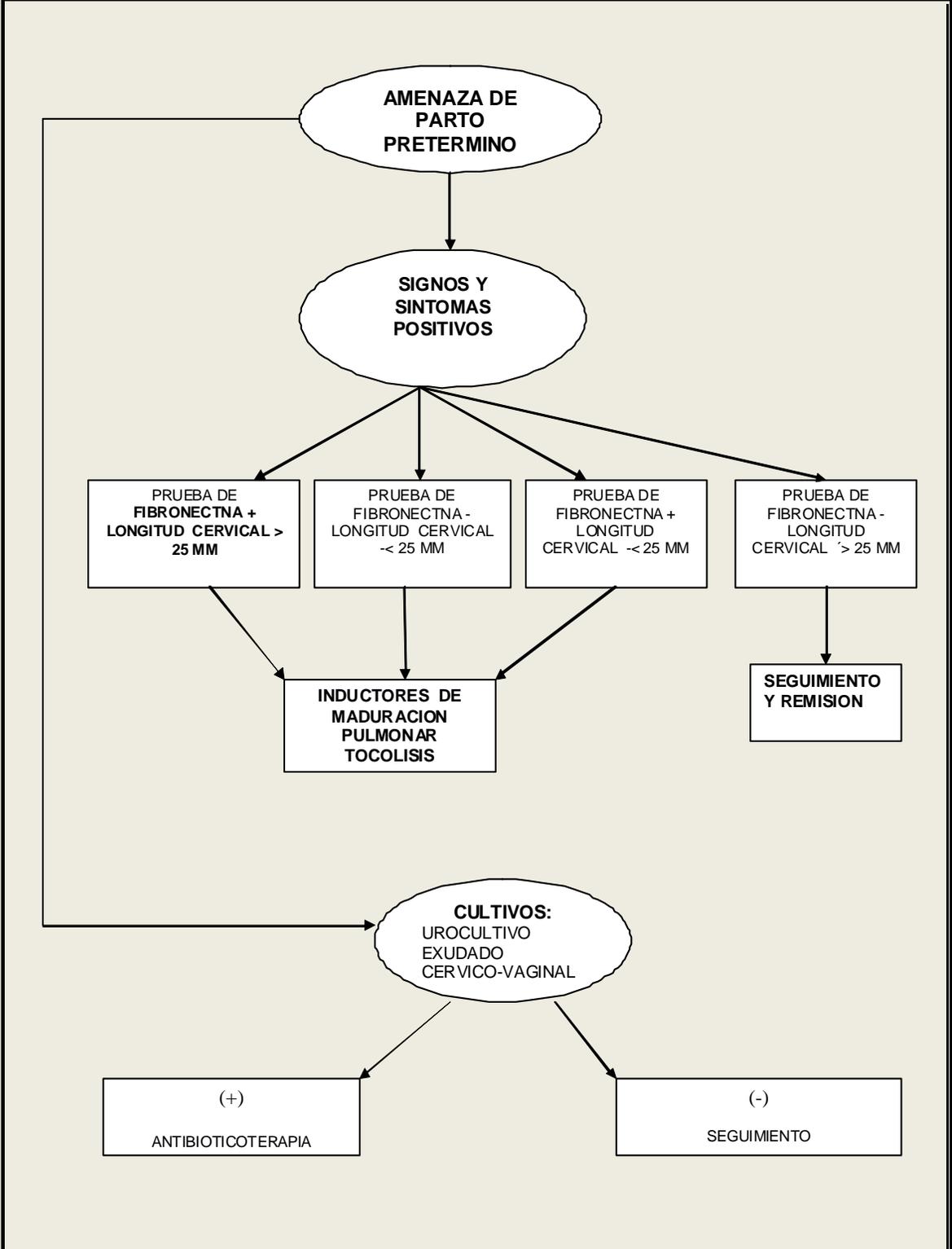
Las pacientes con pruebas diagnósticas positivas (longitud cervical \leq de 25 mm ó Fibronectina Fetal (FNF) +) se citarán a los 14 días de la primera evaluación para nuevo control de una o ambas pruebas.

INCAPACIDAD

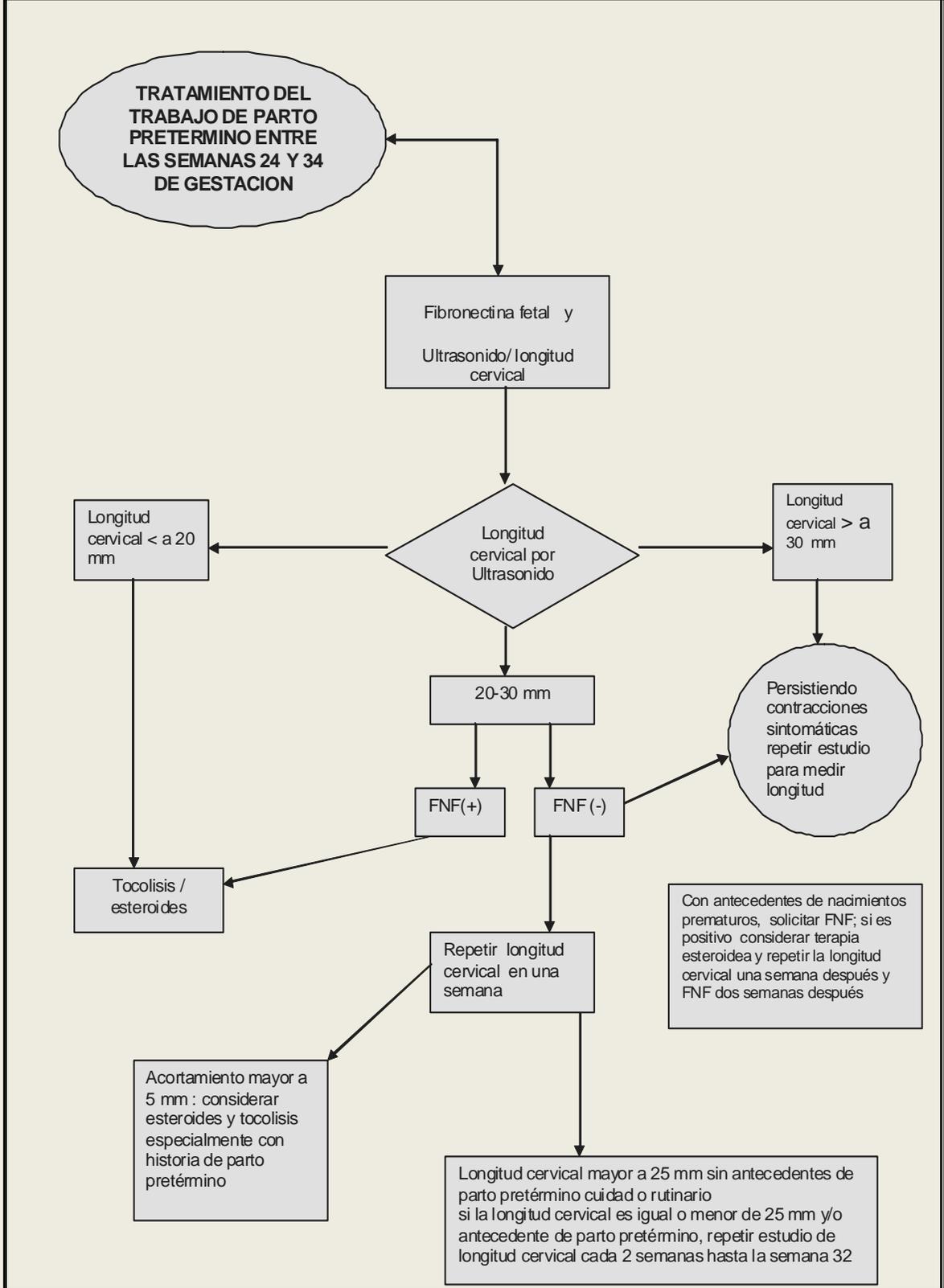
- Toda paciente deberá cubrirse con incapacidad de acuerdo a su estancia hospitalaria.
- La continuidad de la incapacidad se valorará de acuerdo a la evolución clínica y pruebas diagnósticas específicas

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino



Algoritmo 2. Tratamiento farmacológico del parto pretérmino



Algoritmo 3. Manejo clínico del parto pretérmino

