

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2017

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO
DEL PARTO PRETÉRMINO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-063-08

Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C. P. 06600, México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía: **Prevención, diagnóstico y tratamiento del Parto Pretérmino**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

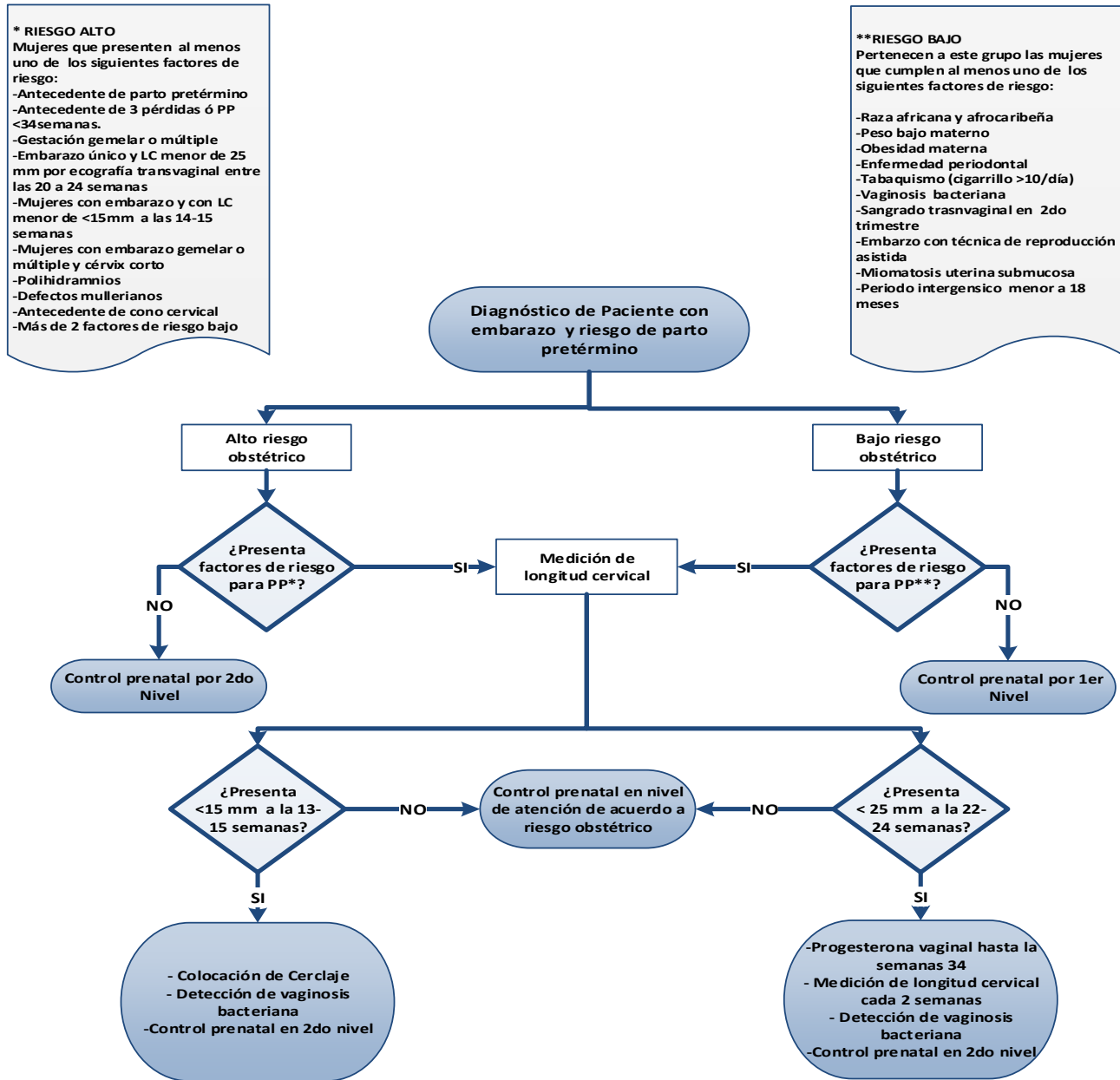
Debe ser citado como: **Prevención, diagnóstico y tratamiento del Parto Pretérmino**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC;

Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

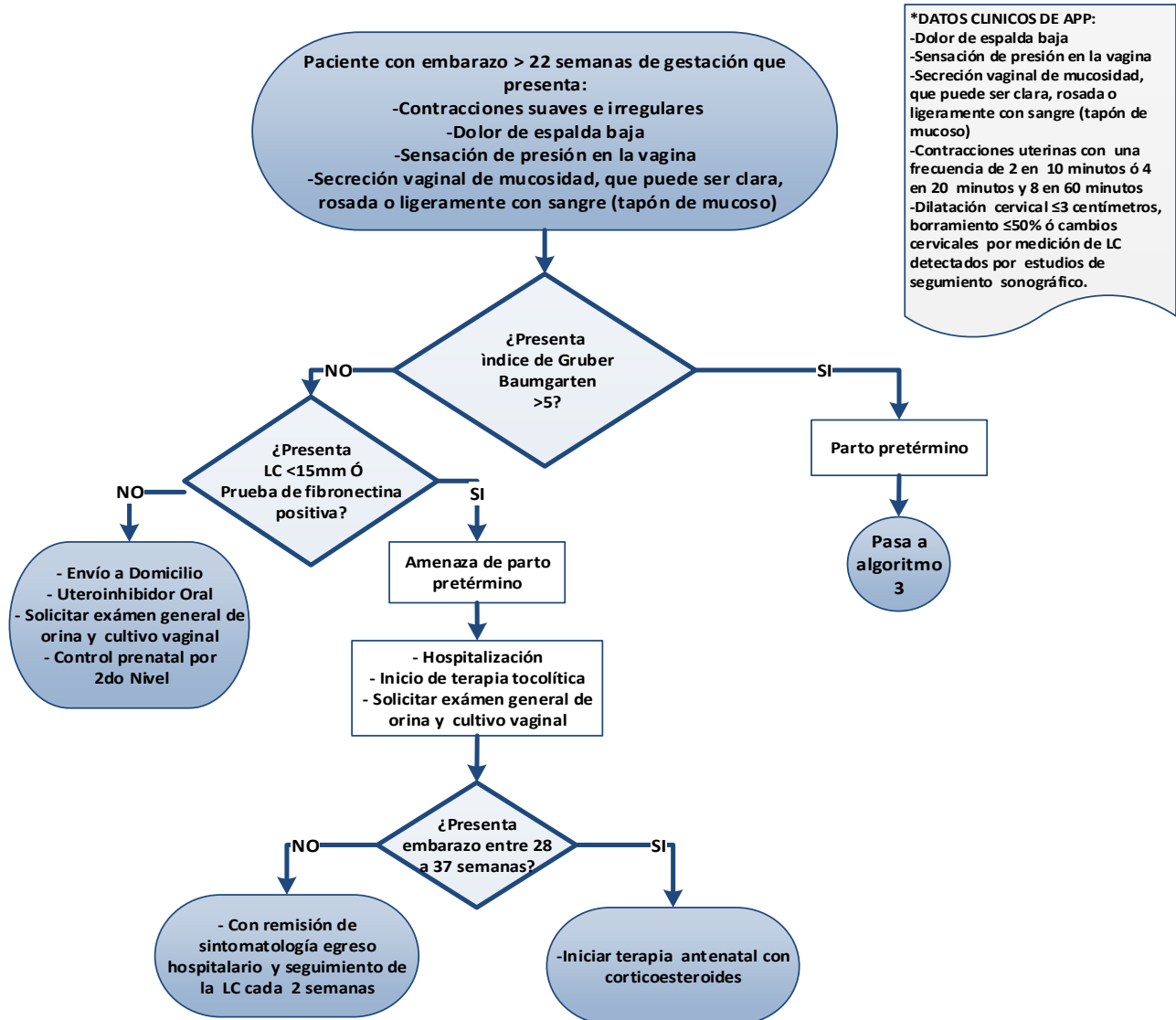
1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Diagnóstico de la paciente con riesgo de parto pretérmino.



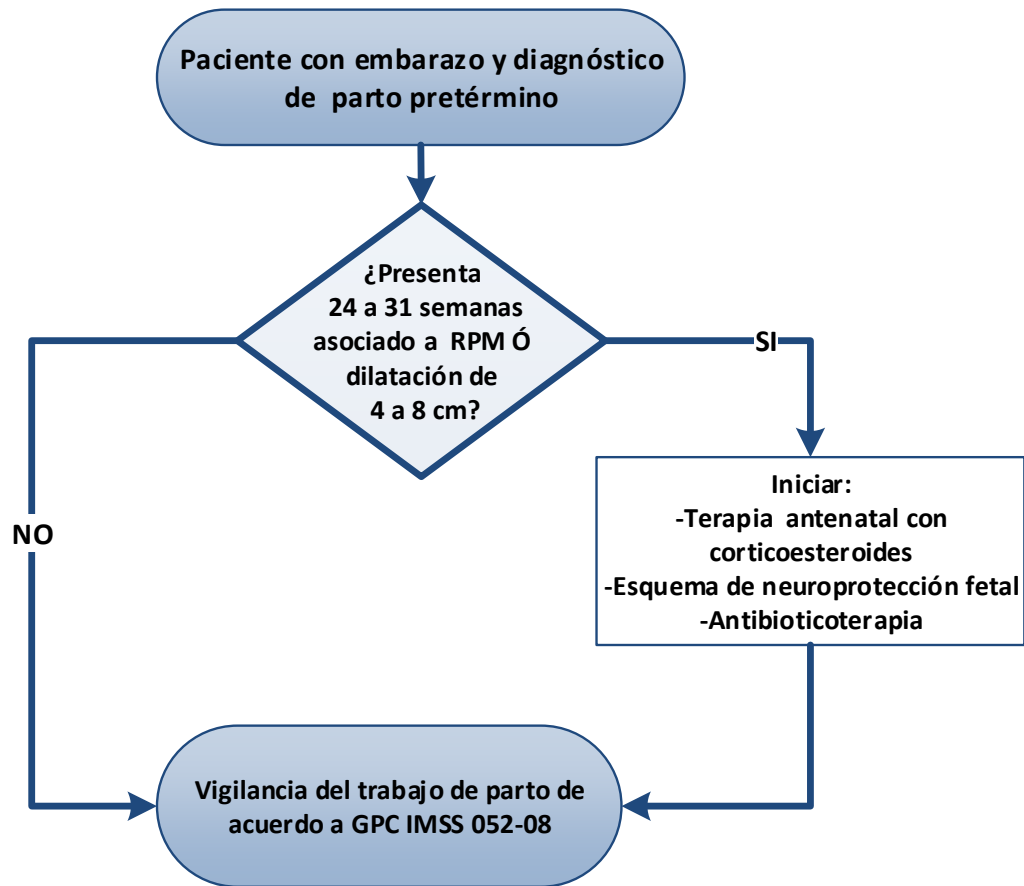
Abreviaturas:
PP: Parto pretérmino
LC: Longitud cervical

Algoritmo 2. Diagnóstico y Tratamiento de la paciente con amenaza de parto pretérmino



Abreviaturas:
PP: Parto pretérmino
LC: Longitud cervical

Algoritmo 1. Tratamiento de la paciente parto pretérmino



2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

PROMOCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Es recomendable la búsqueda intencionada y tratamiento de la vaginosis bacteriana en pacientes sintomáticas durante el embarazo, debido a su asociación con parto pretérmino.	A
En la paciente con diagnóstico de defectos mulleriano por duplicación (útero didelfo) o canalización (útero septado, unicornes, arcuato) o bien con miomas uterinos submucosos y embarazo, es recomendable proporcionar a la paciente la información sobre el riesgo de parto pretérmino, consignándolo en el expediente clínico.	A
Se recomienda tomar como punto de corte en la medición de la longitud cervical por ecografía de: <ul style="list-style-type: none"> • <15mm a las 14-15 semanas • <25mm a las 22-24 semanas de gestación 	C
Se recomienda el cribado de la longitud cervical (en las unidades que cuenten con el recurso) por ultrasonido endovaginal en las mujeres con embarazo y antecedente de 3 pérdidas ó antecedente de parto pretérmino espontáneo <34semanas.	Grado C
En el contexto de un embarazo de bajo riesgo, el tamizaje por medio de fibronectina fetal y la ecografía cervical, tienen baja sensibilidad para el parto pretérmino antes de las 35 semanas de gestación. Por lo que es recomendable realizar una selección de las pacientes de acuerdo a la identificación de factores de riesgo.	B
En aquellas paciente con gestación gemelar, es recomendable realizar la medición de LC antes de la semana 18 como predictor de parto pretérmino a <28 semanas y en la semana 22 como predictor de parto pretérmino entre las 28 y 36 semanas.	A
Aunque la presencia de vaginosis bacteriana de acuerdo a la evidencia científica no parece estar asociada con un incremento adicional de parto pretérmino espontáneo, es recomendable iniciar tratamiento a la paciente ante la sospecha diagnóstica de la misma.	A
Es recomendable consignar en el expediente clínico de las mujeres embarazadas múltiples, la búsqueda intencionada del antecedente de parto pretérmino, con énfasis en el número de PP, edad gestacional en que se presentó, así como los factores de riesgo asociados a parto pretérmino recurrente.	A

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda para la medición de la longitud cervical en mujeres con embarazo y factores de riesgo para PP, utilizar ecografía transvaginal bajo consentimiento informado de la paciente, consignándolo en el expediente clínico.	A
No se recomienda la medición de longitud cervical rutinaria como método de screening y predictor de parto pretérmino en mujeres con embarazo sin factores de riesgo.	A
Es recomendable en las pacientes con antecedente de parto pretérmino realizar ecografías trans vaginales en las semanas 18 a 22 en promedio para determinar cambios cervicales predictores de parto pretérmino.	2B
Es recomendable realizar la medición de la longitud cervical entre la semana 18 y 22 semanas, en aquellas pacientes con malformación mulleriana y embarazo así como en las paciente con antecedente de conización para descartar la presencia de cervix corto.	B
El uso de progesterona vaginal es recomendable como medida que ha mostrado utilidad costo efectiva cuando se prescribe una de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con embarazo único y cérvix corto. • Mujeres con embarazo gemelar o múltiple y cérvix corto. • Mujeres con antecedente de parto pre-término previo 	A

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se establece diagnóstico de amenaza de parto pretérmino con presencia de contracción uterinas con una frecuencia de 2 en 10 minutos o 4 en 20 minutos y 8 en 60 minutos acompañadas de cualquiera de los siguientes: Dilatación cervical ≤ 3 centímetros, borramiento $\leq 50\%$ o cambios cervicales por medición de longitud cervical detectados por estudios de seguimiento sonográfico.	D
Es recomendable que la evaluación inicial de las mujeres con sospecha de parto pretérmino incluya: <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica (incluyendo de forma completa los antecedentes obstétricos de la paciente, así como, la evolución de la gestación actual) • Evaluación de signos y síntomas de parto pretérmino, consignando los factores de riesgo. • Signos vitales maternos (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) 	A

<ul style="list-style-type: none"> ●Revisión del patrón de frecuencia cardíaca fetal ●Evaluación de la frecuencia, duración e intensidad de la contracción ●Examen del útero para evaluar la firmeza, la sensibilidad, el tamaño fetal y la posición fetal. 	
<p>La exploración física en la paciente con sospecha de parto pretérmino se recomienda que consigne:</p> <p>Examen con espéculo – Utilizando un espéculo húmedo no lubricado. (los lubricantes pueden interferir con las pruebas en muestras vaginales) para evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Presencia y la cantidad de sangrado uterino. El sangrado de la placenta previa puede desencadenar el parto pretérmino. ●Estado de las membranas fetales (intactas o rotas) ●Obtención de muestras para la prueba de fibronectina fetal (FFN) <p>Con posterior tacto vaginal para determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Dilatación cervical. La dilatación > 3 cm apoya el diagnóstico de parto pretérmino. 	A
<p>El diagnóstico de parto pretérmino se establece con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad uterina (4 contracciones en 20 minutos o >8 contracciones en 60 minutos), acompañado de: <p>Cambios cervicales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación cervical (≥ 3 cm dilatación) • Borramiento $\geq 80\%$ <p>Con o sin membranas amnióticas íntegras</p>	D
<p>Es recomendable realizar en la paciente con sintomatología de parto pretérmino la medición de longitud cervical o prueba de fibronectina fetal (de acuerdo a la disponibilidad de recurso de cada unidad) a fin de confirmar la presencia de parto pretérmino.</p>	A

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
No se recomienda la hidratación y el reposo estricto en cama como tratamientos específicos e intervenciones que disminuyan el parto pretérmino.	A
Los antibióticos no se deben administrar de forma rutinaria a mujeres con trabajo de parto pretérmino y membranas íntegras.	Grado A
Es recomendable, solicitar cultivo vaginal para detectar la presencia de infección por estreptococo B. Si es positivo, se debe prescribir tratamiento antibiótico durante el trabajo de parto.	Grado A

Los posibles beneficios y los daños de otras medidas no tocolíticas, deben ser discutidos con las mujeres que enfrentan un mayor riesgo de parto prematuro y no se recomienda su prescripción rutinaria.	A
La decisión de uso del agente tocolítico que el clínico elija debe basarse en las características individuales de cada paciente. La evidencia apoya el uso de fármacos tocolíticos a corto plazo (48 horas) para prolongar el embarazo durante al menos 48 horas que permita la administración de esteroides prenatales y que pueda permitir el transporte de la madre a un centro de atención terciaria y la administración de sulfato de magnesio para reducir el riesgo de parálisis cerebral.	A
La tocolisis puede ser considerada para las mujeres con sospecha de parto prematuro que han tenido un embarazo sin complicaciones, sin embargo la tocolisis no debe usarse cuando existe una contraindicación para prolongar el embarazo (Ver Anexo 5.3, Cuadro 1 y 2).	B
El tratamiento de mantenimiento después de 48 horas no se recomienda.	Grado A
Es recomendable mantener una vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal en aquellas paciente con síntomas de parto pretérmino en quienes se prescriba sulfato de magnesio o betamiméticos y que se asocien a terapia antenatal con corticoesteroides. Sin embargo, la decisión del monitoreo fetal electrónico depende de la evaluación de cada caso y del juicio clínico médico. Considerando la posibilidad de cambios en las pruebas (24- 72 horas) relacionados con la administración de los fármacos.	C
Debido a que el tratamiento con terapia antenatal con corticoesteroides por menos de 24 horas aún se asocia con una reducción significativa en la morbilidad, mortalidad neonatal y considerando el escenario clínico, se debe administrar una primera dosis de corticoesteroides prenatales aun si la capacidad de dar la segunda dosis es improbable. (Ver Anexo 5.3, Cuadro3)	A
La terapia antenatal con corticoesteroides de rescate puede considerarse bajo el contexto clínico de cada paciente, limitándolo a embarazo con riesgo elevado de nacimiento en los próximos 7 días y con antecedente de haber recibido terapia antenatal (última dosis en más de 14 días).	C
El aquellas paciente con síntomas de parto pretérmino y que reciben terapia antenatal con corticoesteroides, la decisión del monitoreo fetal depende de la evaluación de cada caso y del juicio clínico médico. Considerando la posibilidad de cambios en las pruebas (24- 72 horas) relacionados con la administración del fármaco.	C
La administración para la aplicación de terapia antenatal con corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal es intramuscular.	D
Se recomienda que la decisión para prescribir la terapia antenatal con corticoesteroides en situaciones especiales (ej. Diabetes mellitus y embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, Insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial sistémica crónica) sea individualizada, basada en el riesgo: beneficio particular de cada situación clínica y siempre bajo consentimiento informado.	A

Es recomendable en mujeres con diabetes, embarazo y riesgo de parto pretérmino que reciban terapia antenatal con corticoesteroides, se proporcione un monitoreo estricto de la glucemia materna, así como considerar un incremento del 20% de la dosis de insulina utilizada en los primeros 7 días a partir de la primera aplicación del corticoesteroide.	B
La administración de sulfato de magnesio (Ver Anexo 5.3 Cuadro 4) podría ser administrada en: <ul style="list-style-type: none"> Mujeres con embarazo único o múltiple entre 24 a 31 semanas de gestación con parto pretérmino asociado a ruptura prematura de membranas Parto pretérmino establecido y con 4 a 8 cm de dilatación Parto pretérmino indicado entre 2 a 24 horas (ej. Preeclampsia con datos de severidad).	Grado A
En las pacientes con cervix corto, es recomendable un seguimiento de la longitud cervical cada 1-2 semanas, en especial en aquellas pacientes con antecedente de parto pretérmino.	C
Las pacientes que hayan cursado con síntomas de parto pretérmino, que ameritaron tratamiento tocolítico y que en el seguimiento posterior se determine dilatación cervical >1 cm y <3cm o cervix ≤ 15mm es recomendable la colocación de cerclaje cervical. (Ver Anexo 5.3, Cuadro 5)	B
No se recomienda el cerclaje profiláctico en mujeres asintomáticas, con embarazo único en el segundo trimestre con cervix corto diagnosticado por ultrasonido.	Grado B
Se recomienda que la decisión en la elección de la vía de nacimiento (vaginal o cesárea) sea tomando en consideración el contexto clínico de cada paciente, bajo consentimiento informado y explicando riesgos y beneficios de cada procedimiento.	A
Se recomienda fomentar el pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos pretérmino.	A

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento tocolítico.

Indicaciones del tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo <36.6 semanas de gestación • Posibilidades de éxito de uteroinhibición (Índice de Gruber- Baumgarten <3) 	
Contraindicaciones del tratamiento	
<u>Fetales</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte intrauterina • Malformación fetal incompatible con la vida • Deterioro del grado de bienestar fetal • Embarazo ≥37 semanas de gestación 	
<u>Maternas</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia con datos de severidad • Eclampsia • Contraindicaciones para el uso de cada fármaco de acuerdo a la patología materna. 	
<u>Obstétricas</u>	
Absolutas:	<ul style="list-style-type: none"> • Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta • Corioamnionitis • Placenta Previa con hemorragia • Trabajo de parto avanzado (Dilatación ≥ o igual a 5cm, membranas amnióticas prominentes)
Relativas:	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura prematura de membranas

Grupo desarrollador de la Guía.

Cuadro 2. Índice tocolítico de Gruber-Baumgarten

Factor	0	1	2	3	4		
Actividad uterina		Irregular	Regular				
Ruptura de membranas			Alta o sospecha				
Hemorragia		Escasa o moderada	Severa				
Dilatación cervical		1	2	3	4 o más		
Puntaje	1	2	3	4	5	6	7
Probabilidad	100%	90%	84%	38%	11%	7%	Ninguna

Tomado de: Jiménez-Huerta J, Alarcón-Alcántara MD, Flores-Méndez VM, Gutiérrez-Ramírez A. Atosiban vs. orciprenalina en la amenaza de parto pretérmino. Rev Hosp Jua Mex 2013; 80(2): 115-120.

Cuadro 3. Dosis recomendadas para terapia antenatal con corticosteroides para la maduración pulmonar

Fármaco	Dosis	Vía de Administración
Betametasona	2 dosis: cada una de 12 miligramos cada 24 horas	Intramuscular
Dexametasona	4 dosis: cada una de 6 miligramos cada 12 horas	Intramuscular

Tomado de: Roberts D, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004454.

Cuadro 4. Esquema de Neuroprotección fetal con sulfato de magnesio.

Fármaco	Dosis	Tiempo de Uso
Sulfato de Magnesio	Inicio: 4 gramos en infusión para 30 minutos. Mantenimiento: Infusión de 1 gramos /hora	12 Horas y suspender

Tomado de: Sentilhes L, Sénat MV, Ancel PY, Azria E, Benoist G, Blanc J, Brabant G, et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017; 210:217-224.

Cuadro 5. Acciones necesarias para aplicar un cerclaje cervical.

Protocolo preoperatorio para la colocación de un cerclaje cervical.		
Requisito	Cerclaje electivo (Historia clínica y Ultrasonográfico)	Cerclaje de emergencia
Consentimiento informado	Necesario	Necesario
Laboratorios	Biometría hemática completa Tiempos de coagulación Urocultivo y cultivo cervicovaginal	Biometría hemática completa Tiempos de coagulación Urocultivo y cultivo cervicovaginal Proteína C reactiva (en sospecha clínica de infección intraamniótica)
Amniocentesis	No se recomienda para la determinación de inflamación/infección intraamniótica	Indicación solo para sospecha clínica de infección intraamniótica
Ultrasonido	Medición de longitud cervical (endovaginal) Para determinación de anomalías estructurales fetales	Para determinación de anomalías estructurales fetales.
Antibiótico profiláctico	No indicado sin documentar infección	No indicado sin documentar infección
Tocolisis profiláctica	No de forma rutinaria	La indicación se deja a consideración dependiendo de las condiciones clínicas de la paciente

Tomado de: Indicaciones y manejo del cerclaje cervical. México. Instituto Mexicano del Seguro Social.2011.