

Guías de abordaje y seguimiento

Paciente con sospecha y/o diagnóstico de amenaza de parto prematuro atendido en el nivel básico

Coordinación científica EPS SURA / Marzo de 2013

Los conceptos y recomendaciones establecidos en estas fichas pretenden orientar la gestión y el manejo de las pacientes gestantes con amenaza o sospecha de parto prematuro, sin embargo, toda paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta ficha se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

Se sugiere al personal de salud que utilice estas fichas y complementar la información con los anexos bibliográficos y otros documentos digitales facilitados. Igualmente, recomendamos estar atentos a los cambios que se presenten en el tema en cuestión.

TENER EN CUENTA PARA LA ATENCIÓN Y EVALUACIÓN DE TODAS LAS GESTANTES

- Priorizar a la gestante en TODAS las atenciones de Salud que se realicen.
- Ingreso prioritario y oportuno al CPR. (Óptimo: 1er. trimestre).
- Exámenes básicos CPR o según enfermedad concomitante.
- TODAS las evaluaciones de la gestante deben ser por Médico.
- **SIEMPRE:** Eduque a la gestante sobre los signos de alarma.
- **SIEMPRE:** Busque factores de riesgo y desencadenantes.
- **SIEMPRE:** Realice interrogatorio y examen físico completo.
- **SIEMPRE:** Diligencie historia clínica del Clap (IPS@y Físico).
- **SIEMPRE:** Clasifique PROD (Probable Riesgo Obstétrico Detectado) en cada atención.
- **SIEMPRE:** Eduque a su paciente sobre la importancia del control prenatal y de la cartilla.
- **SIEMPRE:** Eduque a la GESTANTE sobre la importancia y el uso del carné prenatal y de la cartilla prenatal.
- **SIEMPRE:** Procure que la gestante esté acompañada por su compañero en los CPN.
- **SIEMPRE:** Interprete los hallazgos.
- **SIEMPRE:** Entregue por escrito los signos de alarma.
- **SIEMPRE** que solicite prueba de VIH, agregue como código diagnóstico Z717.

PARA TENER EN CUENTA PARA LA ATENCIÓN Y EVALUACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE APP

- El 50% de las APP no tienen factor de riesgo.
- 30% de las APP se resuelven espontáneamente y no progresan a parto prematuro.
- El 30% de los partos pretérminos son espontáneos, inexplicados e idiopáticos.
- 30% de las APP son derivadas de embarazos múltiples.
- 25% son producidas por infecciones del tracto urinario, hemorragia preparto, incompetencia cervical y anomalías uterinas congénitas.

DETERMINE

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO

- Raza negra RR: 3,3
- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años RR: 1,47
- Nivel socioeconómico bajo RR: 1,8
- Bajo peso materno RR: 2,7
- **Antecedentes de parto pretérmino: RR 6 a 8**
- Estrés físico RR: 1,4
- Analfabetismo: RR 1,6
- Embarazo gemelar: RR 13,7
- **Polihidramnios: RR 8,8**
- Fumadoras: RR 1,27
- Cocaína
- DIU
- Sangrado vaginal tardío: RR 1,97
- Vaginosis bacteriana: RR 1,9 - 7,5

Antecedentes más importantes

RR (Riesgo Relativo):
de probabilidades de sufrirlo más que la persona con riesgo general.

No se recomienda tamización rutinaria para todas las pacientes con antecedentes de riesgo de APP. Se debe realizar seguimiento y acompañamiento oportuno individual de cada paciente.

CLAVES DEL INTERROGATORIO PARA DETERMINAR RIESGO

CLAVES DEL EXAMEN FÍSICO PARA DETERMINAR RIESGO

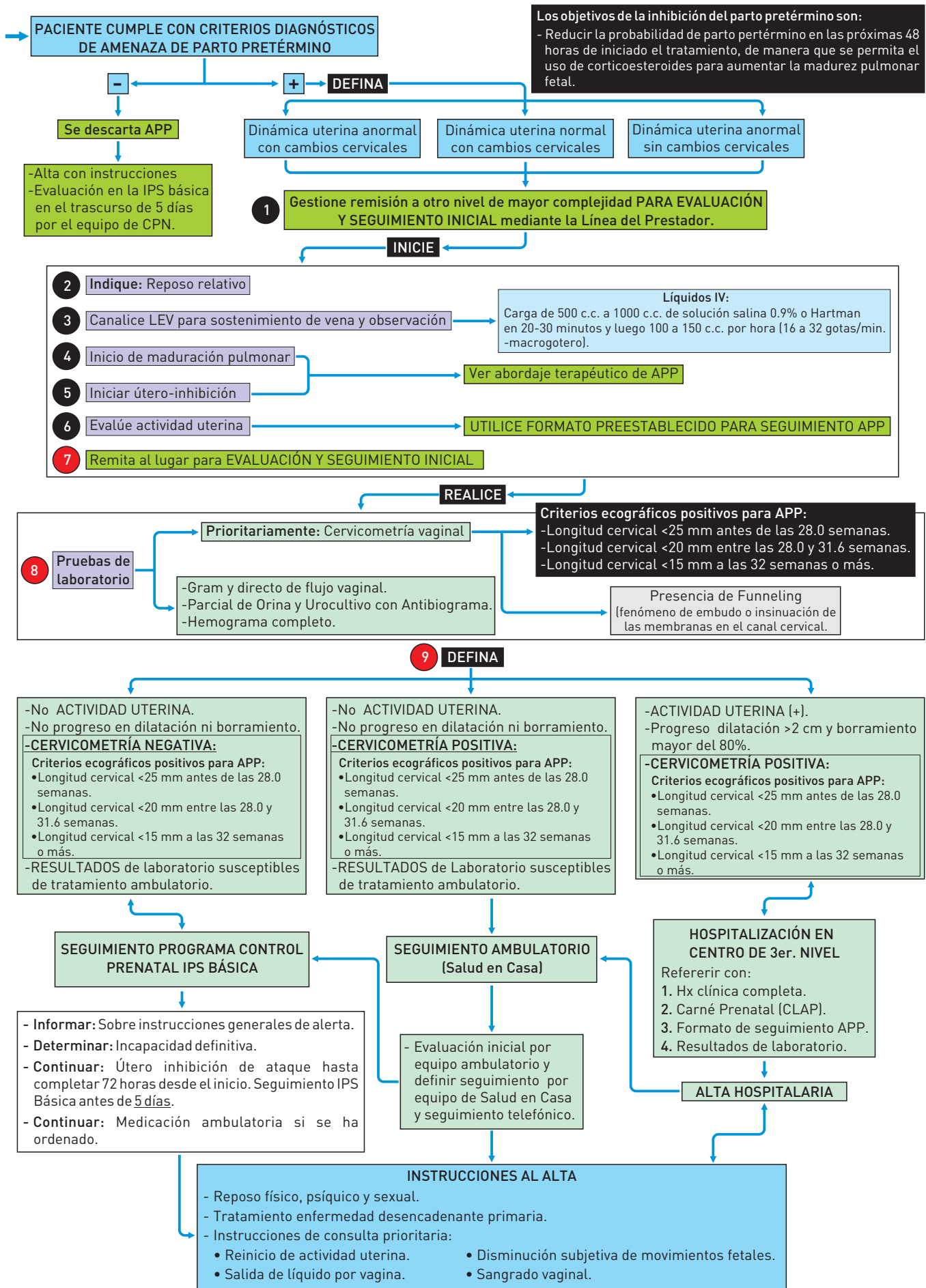
Determine:	Defina:	Evalúe y analice:
-Edad gestacional: (FUM confiable o por ecografía previa del 1er. trimestre).	-Prematuridad extrema (de 20 a 27 semanas de gestación) 10%. -Prematuridad moderada (de 28 a 31 semanas de gestación) 10%. -Prematuridad leve (de 32 a 36 semanas de gestación) 80%.	-Signos vitales completos. -Signos de otras enfermedades comcomitantes. -Altura uterina. -Posición fetal. -Presentación fetal. -Encajamiento fetal. -Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF). -Actividad uterina (frecuencia - duración). -Frecuencia contracciones uterinas.
Pregunte por:		
-Factores de riesgo -Enfermedades concomitantes agudas y/o crónicas.		
DOLOR		
Interrogue por:		Busque y descarte:
-Dolor abdominal intermitente irradiado a la espalda. -Dolor tipo sensación de pesadez en el hipogastrio. -Dolor tipo cólico menstrual. -Sacroileitis. -Lumbalgia, pubalgia del 3er. trimestre. -Litiasis urinaria.		-Relación de contracciones con características del dolor. -Contracciones uterinas anormales: Características { -Progresivas. -Dolorosas. -Más de 4 contracciones durante 20 minutos. -Contracciones de Braxton Hicks (normales): Características { -Corta duración. -Menores de 30 segundos. -Preferiblemente indoloras.
FLUJO VAGINAL		Explore:
Interrogue por:		-Genitales externos. -Especuloscopia (cuando sea necesario). -Tacto vaginal (cérvix). • Posición. • Consistencia. • Dilatación. • Longitud. • Borramiento. • Estación. -Valorar segmento uterino. -Características de flujo vaginal. -Descarte RPM y Abrupto de Placenta.
SÍNTOMAS VARIOS		
Interrogue por:		
-Presencia de fiebre subjetiva u objetiva. -Bacteriuria asintomática (ver guía). - Presencia de síntomas de infección urinaria (disuria, polaquiuria, tenesmo).		



CRITERIOS PARA DX DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO	
- Embarazo mayor de 24 semanas más 1 y menor de 36 semanas más 6 o mayor de 500 gr.	- Dilatación mayor de 2-3 cm.
- Frecuencia de contracciones uterinas (mayor 4/20 o 6/60).	- Borramiento del 50-80%. - Membranas íntegras.

CONTRAINDICACIONES DE LA INHIBICIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO	
La inhibición del parto pretérmino está contraindicada en las siguientes condiciones: Cuando el parto es inminente o cuando otros factores obstétricos indican que el parto no debe ser retrasado, a saber.	
-Pre-eclampsia.	-Corioamnioitis severa ante una ruptura de membranas.
-Abrupto placentario severo.	-Anormalidad mayor del feto.
-Sufrimiento fetal.	-Desarrollo de efectos adversos severos con el tratamiento.





PRONÓSTICO

La amenaza de parto pretérmino generalmente avanza a un parto pretérmino. Se ha encontrado evidencia de que en un 30% de las amenazas de parto pretérmino se resuelven espontáneamente y cerca de un 70% progresan a parto. Estos datos implican que:

- 1/3 de las mujeres con amenaza de parto pretérmino necesitarán terapia tocolítica o presentarán su parto en las próximas 48 horas.
- 1/3 de los médicos requieren de al menos 48 horas para establecer si se trata o no de una amenaza de parto pretérmino.
- 1/3 de los síntomas son benignos, lo suficiente para permitir el regreso a casa.

ABORDAJE TERAPEUTICO DE LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

ÚTERO INHIBICIÓN

“El principal objetivo de la útero inhibición es permitir la maduración pulmonar”

- Se debe tener en cuenta que solamente 20% de las pacientes con APP requieren tocolisis.
- La evidencia actual soporta la conclusión de que el tratamiento de ataque con tocolíticos de las contracciones uterinas asociadas a trabajo de parto pretérmino puede prolongar la gestación.
- El tratamiento con tocolíticos de forma continua o de mantenimiento tiene poco o ningún valor, además de no conferir beneficios para la prolongación del embarazo o del peso al nacer.

Realizar uteroinhibición de ataque SÓLO durante 48 a 72 horas

OBJETIVOS:

- Retardar el parto hasta lograr el efecto de los esteroides en la maduración pulmonar.
- Permitir el transporte de la materna cuando sea necesario.
- Evitar el parto pretérmino por causas temporales auto-limitadas como la pielonefritis, cirugía abdominal, etc., en las cuales es improbable que causen recurrencia de trabajo de parto pretérmino.
- Edad gestacional mayor de 24 y menor de 36 semanas.

CONTRAINDICACIONES:

- Muerte fetal, anomalía fetal letal, corioamnionitis, vigilancia fetal, restricción de crecimiento intrauterino, hemorragia materna con inestabilidad hemodinámica, preeclampsia severa o eclampsia y las relacionadas con el medicamento que se vaya a emplear.

ÍNDICE TOCOLÍTICO

PARÁMETRO	0	1	2	3	4
Contracciones	-	Irregular	Regular		
Ruptura membranas	-	-	Interrogada	Alta	Baja
Sangrado	-	Manchado	Severo	-	-
Dilatación	-	1	2	3	4

PROBABILIDAD DE DETENCIÓN DE PARTO

Puntaje	Probabilidad de útero-inhibición por 7 días
1	100%
2	90%
3	84%
4	38%
5	11%
6	7%

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS AL EMPLEO DE TOCÓLISIS

- Enfermedades maternas, principalmente cardiovasculares.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Oligohidramnios.
- Prueba no estresante no reactiva.
- Prueba estresante positiva.
- Flujo umbilical diastólico ausente o revertido al examen Doppler.
- Probabilidad de desprendimiento prematuro de la placenta.

MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA

NIFEDIPINA ORAL (10mg).

Como tocolítico la nifedipina se inicia con **10 mg orales**, si las contracciones persisten se repite esta dosis cada 20 minutos hasta un máximo de 40 mg en la primera hora de tratamiento. Si la actividad uterina se normaliza se continúa con 10 mg cada 4 a 6 horas por **48 a 72 horas**.

La nifedipina parece ser el primer tocolítico para mejorar los resultados perinatales aún sin reducir los partos pretérminos, por mayor efectividad para retardar el parto en comparación con los beta miméticos, disminuyendo los ingresos de los neonatos a las unidades de cuidados intensivos, menor incidencia de síndrome de dificultad respiratoria, no producir efectos adversos importantes en humanos en las indicaciones obstétricas, mejor tolerancia y adherencia al tratamiento.

Después de la administración oral de cápsulas de 10 mg, se inicia la acción en menos de **20 minutos**, con una vida media de 1.3 horas. La dosis en pacientes embarazadas debe ser mayor que en las no embarazadas y a intervalos más cortos para tener el mismo efecto. Esta medicación se debe controlar con pulso, tensión arterial, síntomas o signos de efectos adversos o intolerancia al medicamento para definir su continuación. **La nifedipina de liberación sostenida y prolongada NO ES ÚTIL para usarse como tocolítico ni en la Preeclampsia.**

Se contraindica el uso simultáneo de bloqueadores de canales de calcio y sulfato de magnesio (interacción) por causar falla respiratoria, pseudo-obstrucción de colon y edema vulvar severo.

MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO

TERBUTALINA VENOSA

Se inicia de 2.5 a 5 microgramos por minuto con dosis máximas hasta 25 microgramos por minuto. Esto se logra con una mezcla de 500 ml de solución salina al 0.9% y 5 ampollas de terbutalina de 0.5 miligramos, iniciando a razón de 30 ml por hora (2.5 ug/min.) a 60 ml por hora (5 ug/min.) hasta por 48 horas.

TERBUTALINA SUBCUTÁNEA

- Dosificación inicial de 0.25 mg (1/2 ampolla) Subcutánea. Si las contracciones persisten se repite esta dosis cada 30 minutos hasta por 4 dosis. Si la actividad uterina se normaliza se continúa ½ ampolla (0.25 mg) subcutánea cada 4 a 6 horas hasta por 48 horas.

- Los betamiméticos prolongan el embarazo en promedio 48 horas pero no mejoran los resultados perinatales. En contraste con los otros tocolíticos los **betamiméticos no parecen ser mejores y resultaron altamente dañinos para la madre.**

- **Los betamiméticos tienen efectos colaterales potencialmente graves y contraindicaciones importantes**, además poseen alta probabilidad de daños cardiovasculares graves (isquemia miocárdica), metabólicos (hiperglicemia, hiperkalemia) y psicológicos.

- El efecto colateral más grave es el edema agudo del pulmón (1/350). Los betamiméticos producen en la madre vasodilatación generalizada, aumento del gasto cardiaco 40 a 60%, náusea, temblor ansiedad. Los betamiméticos atraviesan la barrera placentaria y pueden producir en el feto: **hipokalemia, hipoglicemia, hiperglicemia, taquicardia, hiperlipidemia.**

- **No deben ser usados antes de las 24 semanas y producen taquifilaxis.**

- **No se puede ser negligente con los efectos adversos para la salud de la madre.**

SULFATO DE MAGNESIO EN INFUSIÓN VENOSA

Inicio con dosis de carga de 4 a 6 gr. en 20 a 30 minutos y luego dosis de 2 gr. por hora. Lo anterior se logra con una mezcla de 500 ml de solución salina al 0.9 % más 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (2 gr. por ampolla de 10 ml), suministrando inicialmente 200 ml (4 gr.) a 300 ml (6 gr.) en 20 a 30 minutos y luego se infunde a 110 ml por hora (2 gr. por hora) o 18 gotas por minuto en macro gotero y por 48 horas. El mecanismo mediante el cual el sulfato de magnesio inhibe la contracción uterina se desconoce, pero parece estar relacionado con actividad calcio antagonista.

Contraindicaciones: Hipocalcemia, miastenia grave, insuficiencia renal.

Efectos adversos maternos: Náusea, vómito y cefalea.

Efectos adversos fetales: Disminución en la variabilidad de la fetocardia y depresión respiratoria al nacimiento.

Complicaciones: Edema pulmonar, depresión respiratoria, hipotensión, hipotermia, íleos paralítico, SDR del adulto y falla cardiaca. Control: Eliminación urinaria mayor de 30 ml/hora, reflejos osteotendinosos mayor o igual a ++, frecuencia respiratoria mayor de 15/min.

Temperatura \geq a 36° C

Antídoto: Gluconato de calcio.

INDOMETACINA

Es el único que disminuye la frecuencia del parto pretérmino pero no mejora los resultados perinatales. Riesgos maternos y perinatales: úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, trombocitopenia y reacciones alérgicas. Tiene tendencia al aumento de la mortalidad perinatal o morbilidad neonatal severa (hipertensión pulmonar, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, leucomalasia periventricular, SDR, daño de la función renal).

MADURACIÓN PULMONAR

Se considera beneficioso y útil estimular la maduración pulmonar con el uso de esteroides para gestaciones entre las 24 y 34 semanas. Se debe considerar la maduración pulmonar luego de la semana 34 sólo en aquellas pacientes que tengan entidades que retrasen la madurez pulmonar como la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) o en los casos donde se haya documentado inmadurez pulmonar por alguna prueba.

Sólo se administrará **un solo ciclo** de esteroides para lograr la madurez pulmonar ya que la administración repetida no ha mostrado beneficios y por el contrario se han evidenciado **mayores riesgos con la repetición de los ciclos** como sepsis neonatal temprana, corioamnionitis, endometritis y muerte neonatal.

NO existe evidencia suficiente sobre los riesgos y beneficios para recomendar la administración de cursos repetidos de esteroides para las mujeres a riesgo de parto pretérmino.

MEDICAMENTOS

Primera opción: Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis. Se puede aplicar la segunda dosis a las 6 ó 12 horas en casos en que se sospeche parto en menos de 12 - 24 horas.

Segunda opción: Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis. Cuestionable su uso clínico.

UTILIZACIÓN DE PROGESTERONA

Actualmente se ha demostrado la utilidad de la progesterona como tratamiento **profiláctico** (es decir, antes de la presentación de la sintomatología) en pacientes de riesgo (pretérmino anterior o con cérvix muy corto (inferior a 15 mm)). Fuera de esta indicación, su uso debe ser bien justificado hasta que se disponga de más evidencia científica.

Si se opta por el uso de progesterona las dosis serán las siguientes:

- Para prevención en mujeres con historia de parto pretérmino previo: 17 α hidroxiprogesterona 250 mg. IM semanal o progesterona micronizada 100 mg. intravaginal al día.
- Para prevención en mujeres con cuello <15 mm detectado por ultrasonografía TV a las 22-25 semanas: progesterona micronizada 200 mg. intravaginal por día.

Bibliografía

1. WHO, March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children. Born too soon: the global action report on preterm birth www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/ (Accessed on May 04, 2012).
2. WHO Statistical Information System (WHOSIS). Low birthweight newborns. www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/2bwn/en/index.html (Accessed on April 16, 2012).
3. Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, et al. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:119.
4. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10 Suppl 1:S1.
5. Mwaniki MK, Atieno M, Lawn JE, Newton CR. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. *Lancet* 2012; 379:445.
6. Births: Preliminary data for 2010. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr60/nvsr60_02.pdf (Accessed on May 11, 2012).
7. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012; 379:2162.
8. Zakar T, Mesiano S. How does progesterone relax the uterus in pregnancy? *N Engl J Med* 2011; 364:972.
9. McMaster-Fay RA. Failure of physiologic transformation of the spiral arteries of the uteroplacental circulation in patients with preterm labor and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1837.
10. Romero R, Kusanovic JP, Chaiworapongsa T, Hassan SS. Placental bed disorders in preterm labor, preterm PROM, spontaneous abortion and abruptio placentae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011; 25:313.
11. www.cdc.gov/nchs/vitalstats.htm (Accessed on April 19, 2012).
12. Iams JD, Cebrik D, Lynch C, et al. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:130.e1.
13. Iams JD. Prediction and early detection of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2003; 101:402.
14. Chao TT, Bloom SL, Mitchell JS, et al. The diagnosis and natural history of false preterm labor. *Obstet Gynecol* 2011; 118:1301.
15. King JF, Grant A, Keirse MJ, Chalmers I. Beta-mimetics in preterm labour: an overview of the randomized controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95:211.