



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 12 de Julio de 2013

Visto el Oficio N° 100-DGOBS-2013-HNCH, el Memorando N° 259-DGOBS-2013-HNCH del Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia y el Memorando N° 470-OGC-2013-HNCH, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

CONSIDERANDO:

Que, con el Oficio N° 100-DGOBS-2013-HNCH, el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, solicita la aprobación e implementación de la Guía de Práctica Clínica: Parto Prematuro, indicando que su implementación redundara en la calidad y eficiencia en la atención y recuperación de la salud de los pacientes que acuden al hospital;

Que, con el Memorando N° 470-OGC-2013-HNCH, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el proyecto de la Guía de Práctica Clínica : Parto Prematuro, para su aprobación, indicando que cumple con lo estipulado en la N.T.027-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Prácticas Clínica y la RM. N° 526-2011/MINSA Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud;

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 422-2008-SA-HCH/DG, se aprueba la N.T. N° 027-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, los profesionales del Departamento de Gineco-Obstetricia como parte del equipo de salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA del 11 de julio de 2011 se aprueba las Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, mediante la Resolución Directoral N° 365-2013-SA-DS-HCH/DG, del 14 de mayo de 2013, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 002-DG-OGC/HNCH-2013-V.02, para la Implementación de Guías en los Servicios Asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia, que tiene como finalidad el estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia;

Que, habiendo el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, cumplido con las normas legales para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica "Parto Prematuro" elaborado con la estructura establecida en la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01., resulta necesario aprobar el proyecto remitido mediante un acto resolutivo, para ello cuenta con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, conforme a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 216-2007-SA/MINSA, son funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar; además el inciso b) del artículo 52° del citado Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, establece como funciones del Servicio de Ginecología, proponer, actualizar e implementar Guías Clínicas de Atención, Protocolos y procedimientos de atención médica – quirúrgica, integral y especializada en Ginecología, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe Nº 540-OAJ-2013/HNCH;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

En uso de las atribuciones que le confiere el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial Nº 216-2007/MINSA, del 9 de marzo de 2007;



SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar la Guía de Práctica Clínica del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional Cayetano Heredia, que se detalla a continuación y que forma parte de la presente resolución:

- Guía de Práctica Clínica "Parto Prematuro"

Artículo 2º.- Encargar al Departamento de Gineco-Obstetricia, proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la Guía de Práctica Clínica aprobada por el Artículo 1º de la presente resolución.

Artículo 3º.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a publicar la presente resolución en la página web del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Regístrate y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Cayetano Heredia
DR. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
CNP. 14270

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
"FIEL DEL ORIGINAL"

15 JUL. 2013

EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FEDATARIO TITULAR
TRAMITE INTERNO

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA:
“PARTO PREMATURO”

RESPONSABLES:

DRA. MARY ISABEL MEJIA GUIZADO

DRA. CARMEN VICTORIA GONZALEZ FALLA

LIMA – PERU

2013



GUÍA TÉCNICA DE PRÁCTICA CLINICA PARTO PRETERMINO

I. FINALIDAD

Contar con un documento que oriente al manejo del Parto Pre término como Patología de presentación frecuente en el Departamento, y que permita mejorar la atención de las pacientes que acuden por atención al Hospital Nacional Cayetano Heredia.

II. OBJETIVO

Orientar y homogeneizar las conductas terapéuticas de los médicos Gineco Obstetras del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Población adscrita al Hospital Nacional Cayetano Heredia y Centros periféricos de la red de referencia según disposición de DISA Lima Norte.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO (HA ESTANDARIZAR), DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

PARTO PREMATURO CIE 10 O 60

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

Según la OMS corresponde a: "Los embarazos que terminan después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas completas de gestación, o menos de 259 días desde la última menstruación". (1)

5.2. ETIOLOGIA

- Labor de parto pretermino espontaneo	35 – 37 % de pp
- Embarazos multiples	12 -15 % de pp
- RPM pretermino	12 – 15 % de pp
- Hipertension asoc. Al embarazo	12 – 14 % de pp
- Incompetencia cervical o malformac. Uterinas	12 – 14 % de pp
- Hemorragia anteparto	5 -6 % de pp
- Restriccion de crecimiento Intrauterino	4 -6 % de pp

(4)



5.3. FISIOPATOLOGIA

- Activación idiopática temprana del trabajo de parto normal.
- Resultado de algún mecanismo patológico:
 - Disminución brusca de los niveles de progesterona.
 - Liberación de oxitocina.
 - Activación decidual prematura (infección)

(2)

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El parto prematuro es una de las patologías más importantes en la medicina reproductiva. La tasa de partos prematuros es de aproximadamente 12%. Es directamente responsable de un 75-90% de todas las muertes neonatales. (3)(4)

En los últimos 10 años en nuestro hospital se registra una frecuencia en promedio de 6.25% de partos prematuros (4.62% – 8.01%)

Es la primera causa de muerte en el primer mes de vida y la segunda causa de mortalidad fetal o neonatal tras las malformaciones congénitas.

5.5. FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS

Establecidos

- Parto prematuro o bajo peso de RN previo
- Raza negra
- Pareja no estable
- Bajo nivel socioeconómico
- Aborto recurrente
- Anomalías uterinas o cervicales
- Exposición al dietilestilbestrol
- Gestación múltiple
- Tabaquismo

Probables:

- Infecciones urogenitales
- Consumo de cocaína
- Contaminación ambiental
- Estrés psicosocial
- Influencia estacional



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

6.1.1. Signos y síntomas

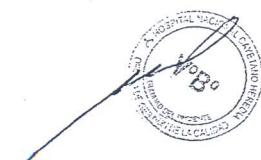
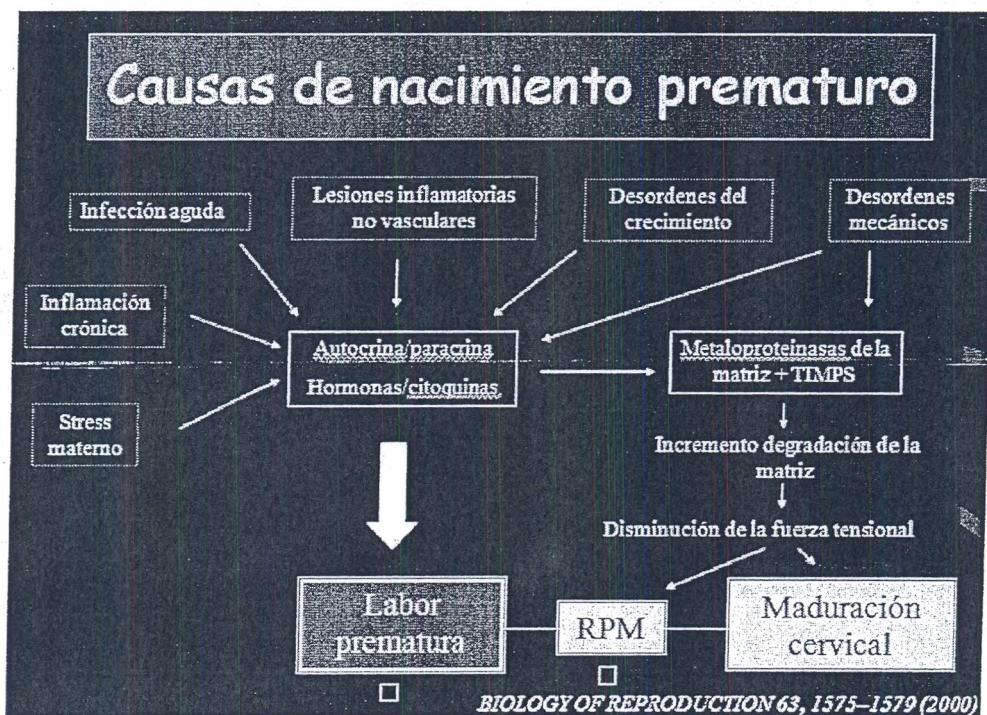
Los siguientes son los síntomas más comunes:

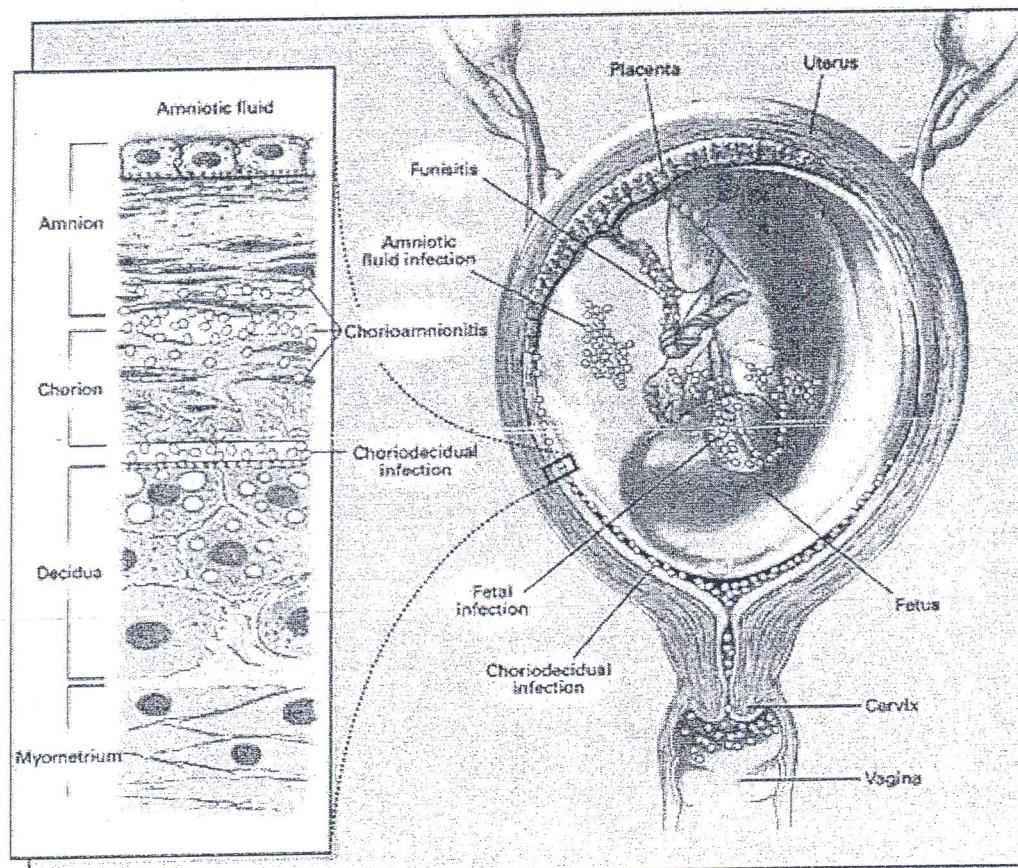
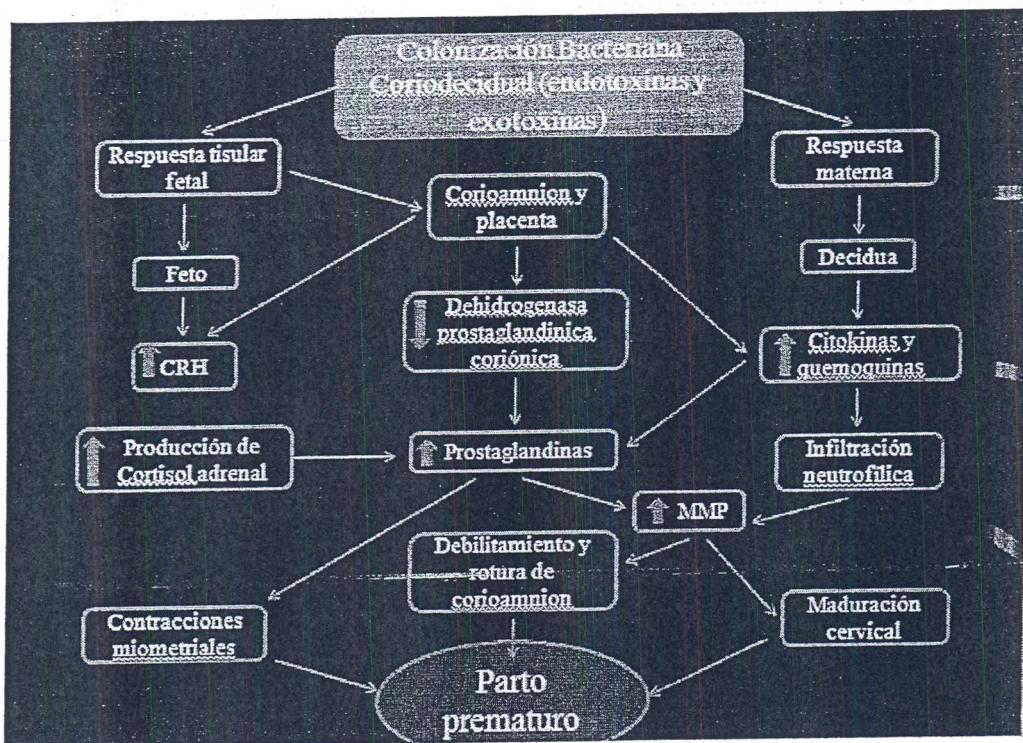
1. Dolor abdominal y pélvico
2. Dolor en la espalda
3. Dolor tipo cólico menstrual
4. Sangrado vaginal
5. Secreción vaginal aumentada
6. Presión en el vientre
7. Aumento de la frecuencia urinaria

6.1.2. Interacción cronológica

No aplica

6.1.3. Gráficos, Diagramas y fotografía





6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios de Diagnóstico (5) (6)

El trabajo de parto prematuro puede ser clasificado como amenaza de labor prematura o trabajo de parto prematuro efectivo. La base para tal clasificación es importante para el pronóstico. Aproximadamente el 85% de los pacientes con amenaza de parto prematuro llegarán a término, mientras que 40-50% de todos los pacientes en trabajo de parto prematuro reales darán a luz a término.

El sello distintivo de amenaza de parto prematuro es la actividad uterina. La amenaza de trabajo de parto prematuro se diagnostica cuando la paciente tiene la actividad uterina, pero ninguna evidencia de cambios cervicales. Anteriormente, muchos de estos pacientes se diagnosticaban como portadores de contracciones de Braxton Hicks. El cambio en la terminología es clínicamente importante porque plantea un índice de sospecha. Por lo general, los pacientes con amenaza de parto prematuro responden a medidas conservadoras (reposo en cama, hidratación, sedación, o dosis cortas de tocolíticos), en cambio pacientes con trabajo de parto prematuro real requiere de un manejo más complejo.

Criterios diagnósticos de Ingemarsson

1. Gestación de 28–36 semanas
2. Contracciones uterinas regulares y dolorosas que ocurren a intervalos de 10min por al menos 30 minutos medidos con tocografía externa
3. Cérvix con borramiento y dilatación entre 1 a 4cm
4. Membranas integras

Criterios diagnósticos de Creasy

1. Gestación de 20–37 semanas
2. Contracciones uterinas documentadas (4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos)
3. Cambios cervicales documentados o borramiento de 80% o dilatación mayor o igual a 2cm
4. Membranas integras

6.2.2. Diagnóstico Diferencial

No aplica

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

1. Hemograma completo
2. Examen de orina completo, Urocultivo



3. Amniocentesis puede ser útil para evaluación de la madurez fetal cuando exista duda, la evaluación del líquido amniótico se realizará según los recursos disponibles en el Laboratorio de HNCH (Medida en el Líquido amniótico de la razón de lecitina/esfingomielina, presencia de fosfatidilglicerol o cuerpos lamelares), y cuando se sospeche corioamnionitis como causa de la labor de parto prematura para estudiar la coloración gram, el cultivo, niveles de glucosa y proteínas y presencia de leucocitos
4. Cultivos de secreción cervical
5. Fibronectina fetal

6.3.2. De Imágenes

1. Ecografía obstétrica para evaluación de tamaño y posición fetal y localización de la placenta
2. Morfología fetal y bienestar fetal

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

El uso de progesterona para prevención de parto pretermiño y de sulfato de magnesio para protección neurológica se realizarán según criterio del médico tratante.

IDENTIFICACION DEL RIESGO DE PREMATURIDAD

1. Historia obstétrica

El antecedente de parto prematuro previo es el factor obstétrico más importante a tomar en cuenta.

2. Longitud cervical ecográfica

La longitud cervical disminuye progresivamente durante la gestación

El riesgo de prematuridad es inversamente proporcional a la longitud cervical medida por ecografía

Se considerará cérvix acortado a la medida del cérvix menor a 30 mm por ecografía endovaginal entre las 23 y 34 semanas y se registrará si se evidencia signos de embudización.

3. Test de fibronectina

La fibronectina es una glicoproteína sintetizada por el trofoblasto y se localiza en el plasma y la matriz extracelular de la decidua basal adyacente al espacio intervelloso. Esta proteína es importante en la adhesión del blastocisto al endometrio y luego en la unión del corion a la decidua. La separación de la interfase coriodeciduhal produce la extravasación de esta sustancia detectándose en las secreciones cervicovaginales. Normalmente se puede detectar la sustancia antes de las 20 y después de las 37 semanas

La identificación de fibronectina fetal entre las 21 y 37 semanas en las secreciones cervicovaginales se ha asociado con un incremento del riesgo de parto prematuro



En la práctica clínica lo más importante es su valor predictivo Negativo.

En mujeres con PP si es NEGATIVO < 1 tendrán su parto en las próximas dos semanas, comparado con un 20% de las que tienen una prueba positiva (7)

PREVENCION

Las siguientes intervenciones han demostrado ser provechosas en la prevención del parto prematuro

1. Enfermedad periodontal

Se recomienda la evaluación rutinaria del estado periodontal materno durante el primer trimestre, para disminuir el riesgo de complicaciones obstétricas posteriores

2. Progesterona

El uso de progesterona en pacientes con riesgo de parto prematuro ha demostrado ser útil en la disminución del mismo

Recomendación: Progesterona 100mg Intravaginal diario antes de la semana 24

6.4.2 TERAPEUTICA Y EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

TOCOLITICOS

Los tocolíticos inhiben las contracciones uterinas. Sólo se ha demostrado su utilidad para retrasar el parto 48 horas para dar corticoides para maduración fetal y para traslado del feto intraútero a centros de mayor complejidad

No se recomienda terapia de mantenimiento

En la tabla 1 se detallan los que se encuentran disponibles en nuestro mercado

AGENTE TOCOLITICO	DOSIS Y ADMINISTRACION	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS MATERNOS	EFECTOS FETALES Y NEONATALES
BETAMIMETICOS	RITRODRINA: 50 – 100 ug/min, incrementar 50ug cada 10 minutos hasta cese de contracciones o hasta que ocurran efectos adversos. Dosis máxima: 350ug/min ISOXUPRIMA:	Arritmias cardiacas	Arritmias Edema pulmonar Isquemia miocárdica Hipotensión Taquicardia	Taquicardia fetal Hiperinsulinemia Hiperglicemia Hipertrofia septal y miocárdica Isquemia miocárdica
SULFATO DE MAGNESIO	4-6g en bolo en 20 min. Luego 2-3gr/h	Miastenia gravis	Letargia, cefalea, debilidad muscular, diplopía, boca seca, edema pulmonar, arresto cardíaco	Letargia, hipotonía, depresión respiratoria, desmineralización con uso prolongado
CALCIO ANTAGONISTA:	30mg dosis inicial, luego 10-20mg cada 4 a 6 horas	Cardiopatía, Enfermedad renal, hipotensión materna.	Cefalea, convulsiones, náusea,	No se han reportado



NIFEDIPINO		Evitar uso con sulfato de magnesio	hipotensión transitoria	
INHIBIDORES DE LA PROSTA-GLANDINA SINTETASA	INDOMETACINA, dosis inicial 50mg intrarectal o 50-100mg VO, luego 25-50mg VO cada 6 horas x 48h	Daño renal o hepático	Náuseas, acidez gástrica	Cierre del ductos arterioso, Hipertensión pulmonar disminución de la función renal con oligohidramnios, hemorragia intraventricular, hiperbilirrubinemia, NEC

CORTICOIDES ANTENATALES

La aplicación de corticoides antenatales reduce la incidencia y severidad del síndrome de distrés respiratorio neonatal, y reduce también la incidencia de enterocolitis necrotizante y de hemorragia intraventricular. Se deben emplear entre las 24 y 34 semanas de gestación

No se recomiendan las dosis múltiples, ya que no han demostrado mayor beneficio

Se emplean los siguientes agentes:

Betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 días
Dexametasona 6mg IM cada 12 horas por 2 días

ANTIBIOTICOS

No son útiles en pacientes con membranas integras sin otra evidencia de infección.

USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA PROTECCION NEUROLOGICA

Infusión 24 horas antes del parto, según criterio del médico asistente y opinión de neonatología

ASISTENCIA DEL PARTO PREMATURO

Cuando el trabajo de parto está instalado, difícilmente responde a tocolíticos
Los factores pronósticos de supervivencia son la edad gestacional y el peso al nacer del recién nacido.

PRESENTACION CEFALICA

La vía de parto recomendada es la vía vaginal, a menos que se evidencie sufrimiento fetal, según criterio del Gineco Obstetra a cargo del turno.

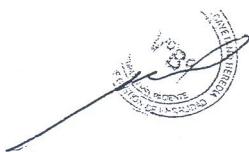
Hasta el momento no hay evidencia suficiente para recomendar una cesárea de rutina.

Para la asistencia del parto se recomienda una episiotomía amplia

El uso de fórceps tiene las mismas indicaciones que para un feto a término

No se recomienda el uso del vaccum

Alumbramiento: Dirigido según guía técnica de atención de parto vaginal. Si en 15 minutos no ha salido se realizará su extracción manual, seguido del legrado uterino puerperal.



PRÉSENTACION PODALICA

Ante la preocupación de los riesgos derivados del parto de nalgas especialmente en fetos de muy bajo peso, se recomienda la vía abdominal a pesar de la falta de evidencia científica concluyente, según el criterio del medico tratante.

Para la realización de la cesárea tener en cuenta los siguientes puntos

1. El segmento inferior es más grueso, por lo tanto dependiendo del caso, se deberá realizar una incisión vertical en lugar de una horizontal, según criterio del medico gineco obstetra a cargo.
2. Asegurar una buena incisión para la extracción fetal sin problemas
3. Complicaciones: Lesión cervical, desgarro del ligamento ancho, desgarro de las arterias uterinas.
4. Asegurar una buena profilaxis antibiótica

Criterios de ingreso, seguimiento intrahospitalario, alta y control:

A.- Criterios de Ingreso:

Requieren hospitalización las pacientes con diagnóstico definitivo de trabajo de parto prematuro

B.- Seguimiento durante hospitalización:

Ver acápite de diagnóstico, exámenes auxiliares y manejo.

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

Identificación de la paciente de contracciones uterinas mas frecuentes de lo usual.

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA:

Pacientes con diagnóstico de parto prematuro en quienes ya se atendió su parto y están en buenas condiciones médicas.

Gestantes en quienes se evidencia el cese de las contracciones uterinas, con monitoreo fetal adecuado o manejo de comorbilidad resuelta.

Seguimiento al alta:

Si la paciente salió de alta sin haber terminado la gestación se harán controles bisemanales en consultorio externo del hospital con seguimiento de monitoreo electrónico bisemanal y perfil biofísico semanal.

Si la paciente es puérpera se procederá a su control en el centro de salud correspondiente si no presenta factores de riesgo o signos de alarma en el puerperio.

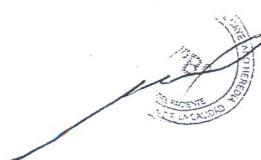
6.4.6 PRONOSTICO

Dependiente de la respuesta a terapéutica y prematuridad del recién nacido.

6.4.1 COMPLICACIONES

Las complicaciones se van a presentar con mayor frecuencia en el recién nacido prematuro tales como:

- Enfermedad de membrana hialina
- Enterocolitis necrotizante
- Hemorragia intraventricular
- Sepsis neonatal
- Muerte neonatal

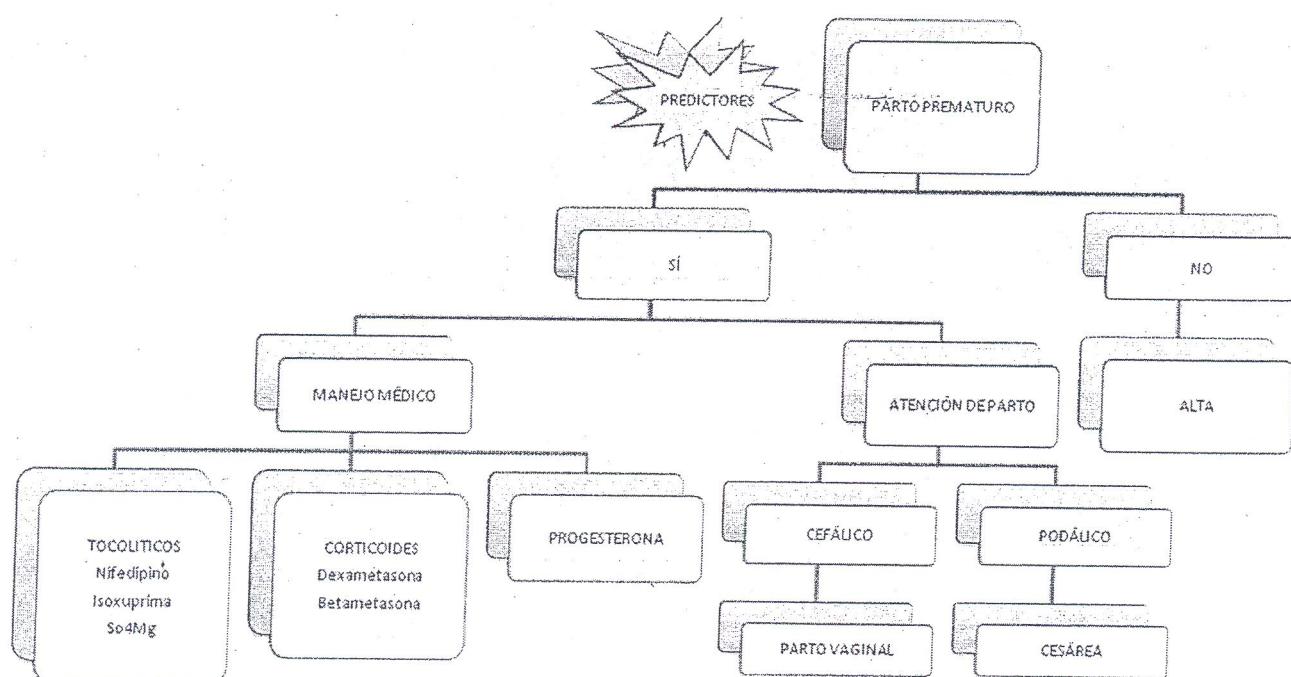


6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Por la condición de alto riesgo obstétrico y la necesidad de atención neonatal especializada, en toda aquella situación en la cual no se disponga de la capacidad de realizar monitoreo fetal intraparto continuo o disponibilidad de atención de neonatología, la gestante debe ser referida al centro hospitalario de tercer nivel.

La contra referencia a otros centros de salud y hospitalarios se aplica para el control postparto.

6.7 FLUXOGRAMA



MEDICAMENTOS, INSUMOS, FORMATOS Y EQUIPOS NECESARIOS

Se utilizará la infraestructura, insumos, formatos y equipos que se utilizan en las pacientes del servicio de obstetricia y centro obstétrico así como sala de operaciones y neonatología de acuerdo a la complejidad del caso.

VII. ANEXOS

No aplica



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. La incidencia mundial de parto prematuro: Una revisión sistematica de la mortalidad y la morbilidad maternas *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2010; 88:31-38. doi: 10.2471/BLT.08.062554
2. BIOLOGY OF REPRODUCTION 63, 1575–1579 (2000)
3. Reece Albert, et al. Clinical Obstetrics. The fetus and mother. Third edition. Blackwell Publishing Ltd. 2007.
4. Hacker N, Moore J, Gambone J. Essentials of Obstetrics and Gynecology, 4th edition. Elsevier Saunders, 2004.
5. ACOG Practice bulletin. Clinical management guidelines for Obstetrician-gyneocologists Number 1, June 1998
6. Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology, Tenth Edition. McGraw-Hill Companies. 2007
7. Goldenberg RL The Management of preterm labor. *Obstet.Gynecol.* 2002 100-120-37

