

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Prevención primaria y tamizaje del
PARTO PRETÉRMINO
en el primer nivel de atención**

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-118-08**

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como **Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención;** México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

CIE -10: O.60 Parto prematuro

Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención

Autores

Dr. Martel Martínez Gutierrez

Ginecología y obstetricia

Hospital de la MujerMédico Adscrito al Servicio de
tococirugía

Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández

Ginecología y Obstetricia

Dra. Alejandra Lopez Siguenza

Ginecología y Obstetricia

Dr. Miguel Angel Martínez Enriquez

Ginecología y obstetricia

CENETEC

Ginecología y Obstetricia

Asesor

Dra. Maria de Lourdes Dávalos

Coordinadora sectorial de
guías de práctica clínica**CENETEC****Validación Interna:**

Dr. Hector Peña Dehesa

Ginecología y obstetricia y
medicina materno fetal**Hospital de la Mujer**Medico adscrito al servicio de
tococirugía.**Validación Externa:**

Dr. José Jesús Prado Alcazar

Ginecología obstetricia y
biología de la reproducción**Hospital de la Mujer**Médico adscrito al servicio de
ginecología

Dra. Martha Patricia Morales Morales

Ginecología y obstetricia y
medicina materno fetalMedico adscrito al servicio de
embarazo de alto riesgo.

Índice

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales.....	7
3.1 Justificación.....	7
3.2 Objetivo de esta guía.....	8
3.3 Definición.....	9
4. Evidencias y recomendaciones.....	10
4.1 Prevención primaria.....	11
4.1.1 Promoción a la salud.....	11
4.1.1.1 Estilo de vida.....	11
4.2 Detección de factores de riesgo.....	12
4.3 Métodos de tamizaje para factores de riesgo	20
4.3.1 Evaluación de la longitud cervical	20
4.3.2 Determinación de fibronectina fetal	21
4.3.3 Examen digital cervical.....	22
4.3.4 Determinación de los niveles de il-6 y 8 cérvico vaginal	22
4.3.5 Determinación de los niveles séricos de alfa feto proteína materna	23
4.3.6 Determinación sérica de los niveles maternos de proteína C reactiva	23
5. Bibliografía.....	24
7. Comité Académico.....	25
8. Directorio.....	26
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	27

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro SSA-118-08			
Profesionales de la salud	Enfermera Medico familiar	Medico general Medico preventivo	Ginecólogo y obstetra Neonatólogo
Clasificación de la enfermedad	O.60 Parto Prematuro De acuerdo a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10		
Categoría de GPC	Primer nivel de atención	Consejería Evaluación Diagnóstico Prevención	
Usuarios potenciales	Departamentos de salud pública Enfermeras generales Enfermeras especializadas Estudiantes Hospitales Investigadores	Médicos especialistas Médicos generales Médicos familiares Paramédicos Paramédicos técnicos en Urgencias Personal de laboratorio clínico	
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital de la Mujer		
Población blanco	Mujeres embarazadas		
Fuente de financiamiento/ patrocinador	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital de la Mujer		
Intervenciones y actividades consideradas	Consejería y educación para el paciente Consejería y educación para el médico de contacto primario Historia clínica completa (interrogatorio y exploración física)		
Impacto esperado en salud	Contribuir con: Estandarizar prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas para la amenaza de parto pretérmino		
METODOLOGÍA¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 26 Guías seleccionadas: Una del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas: Cinco Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por: Lic. José Alejandro Martínez Ochoa Adopción de guías de práctica clínica internacionales: 25 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Hospital de la Mujer Validación externa : Hospital de la Mujer		
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO <i>SSA-118-08</i> FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>		

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son las medidas preventivas para parto pretérmino?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para parto pretérmino?
3. ¿Cuál es la definición de bacteriuria asintomática?
4. ¿Cuándo se recomienda realizar el tamizaje de forma rutinaria para vaginosis bacteriana?
5. ¿Cuándo se indica realizar por ultrasonido la longitud cervical para predecir parto pretérmino?
6. ¿Cuál es la utilidad de la medición de fibronectina fetal para predecir parto pretérmino?
7. ¿Qué utilidad tiene el monitoreo en el hogar para parto pretérmino?
8. ¿Qué utilidad tiene el examen digital seriado para prevenir el parto pretérmino?
9. ¿Qué utilidad tiene el cerclaje cervical para prevenir parto pretérmino?
10. ¿Qué utilidad tienen otros métodos de tamizaje para predecir parto pretérmino?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Ciertas complicaciones del embarazo, trabajo de parto, o nacimiento puede requerir más intensa vigilancia, monitoreo, y cuidado especial de la paciente obstétrica. A menudo complicaciones pueden emerger sin aviso. En algunos casos, la detección temprana y una intervención a tiempo pueden mejorar el resultado. Cuando existe un riesgo alto de complicaciones, puede ser recomendable hacer arreglos previos para dicho cuidado.

El parto pretérmino ocurre en aproximadamente 8% de todos los nacimientos en los Estados Unidos y en cerca del 15% de los nacimientos de población socioeconómicamente poco privilegiada, esto puede ocurrir debido a parto pretérmino espontáneo o por decisión de terminar el embarazo antes de tiempo debido a preocupación en relación al bienestar materno-fetal. El parto pretérmino es la principal causa de morbi-mortalidad; en un artículo publicado en JAMA 2008 los autores concluyen que la prematuridad se asocia a una disminución en la supervivencia a largo plazo, a una limitación en la capacidad reproductiva y las mujeres que fueron prematuras presentaron también un mayor riesgo de tener hijos prematuros.

A los neonatólogos, en un principio, les preocupaba sobre todo la supervivencia de los niños prematuros: Pero muy pronto se fue consciente de que la mortalidad que conllevaba era solo una parte del efecto de la prematuridad. Se mostró cómo los riesgos de parálisis cerebral, ceguera, retraso mental y sordera estaban aumentados en los niños prematuros cuando se comparaban con los niños nacidos a término.

Por todo lo anterior la prevención del parto pretérmino sigue siendo un objetivo en obstetricia sin embargo mucho es aún desconocido en cuanto al trabajo de parto pretérmino y a término. Esta claro que el nacimiento pretérmino es el resultado de una gran variedad de factores, algunos de los cuales pueden estar presentes de forma individual en cada mujer. Varias sustancias han sido demostradas que son importantes en el parto a termino o antes. Muchas de estas incluyen prostaglandinas, hormona liberadora de corticotropina y agentes infecciosos. Algunas otras sustancias, incluyendo glucocorticoides pueden también involucrarse en la aparición de trabajo de parto a término y pretérmino.

Las tasas altas de nacimientos pretérmino se han visto en mujeres con embarazos múltiples y mujeres que han tenido nacimientos prematuros previos. Los nacimientos pretérmino son más comunes en mujeres de 35 años o más, que viven en pobreza, con problemas médicos serios ó con anomalías uterinas.

Los factores de riesgo modificables que han sido asociados con parto pretérmino incluyen: tabaquismo, estrés, vaginosis bacteriana, uso de drogas ilícitas, infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Prevención primaria y tamizaje del parto pretérmino en el primer nivel de atención**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificación de factores de riesgo para parto pretérmino
- Establecer las medidas preventivas para parto pretérmino
- Realizar pruebas de tamizaje

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas, disminución de la morbi-mortalidad así como prevención de secuelas y reducción de costos y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

Dilatación progresiva del cérvix demostrable así como contracciones uterinas entre 20 y 36.6 semanas de gestación. *British Columbia Reproductive Care Program 2005*

Prematuro	33-36 semanas de gestación
Moderadamente prematuro	28-32 semanas de gestación
Prematuro extremo	20-27 semanas de gestación

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en cursivas. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

E	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado II-1
	Múltiples ensayos clínicos no han podido demostrar reducción en los parto prematuros siguiendo las estrategias de prevención como: monitoreo en el hogar de la actividad uterina, exámenes digitales cervicales seriados, reposo en cama para embarazo gemelar, uso preventivo de tocolíticos y educación acerca de los signos y síntomas de trabajo de parto pretérmino entre las mujeres con factores de riesgo identificables.	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados controlados no aleatorizados. <i>ACOG 2001 Obstetric Guideline preterm labour</i>
R	Realizar visitas de salud y tratar los padecimientos es un método adicional para monitorear a las pacientes con alto riesgo de parto pretérmino.	A Estudios controlados aleatorizados <i>Prenatal care ICSI 2008</i>
R	Intervenciones tempranas para dejar de fumar en el embarazo a través de material escrito, educación, consejos y mensajes del médico de primer contacto, puede incrementar significativamente el número de mujeres que dejan de fumar o reducen el número de cigarrillos a más del 50%, reduciendo así el número de bebés con bajo peso al nacer y parto pretérmino.	A Estudios controlados aleatorizados <i>Prenatal care ICSI 2008</i>
R	Programas para dejar de fumar durante el embarazo pueden ser efectivos al reducir las tasas de tabaquismo en las mujeres embarazadas y así reducir la incidencia de infantes con bajo peso al nacer. Por lo tanto dejar de fumar debe ser discutido en cada visita de control prenatal, esto da la oportunidad de discutir el impacto del cigarro sobre su hijo y el hecho de que reducir el número de cigarrillos cada día puede disminuir el riesgo de parto pretérmino y puede repercutir de manera positiva en el tamaño del recién nacido	R Documento de consenso, consenso de grupo, revisión narrativa <i>Prenatal care ICSI 2008</i>

R

Los profesionales de la salud deben de estar alerta de los síntomas y signos de violencia doméstica y las mujeres deben de tener la oportunidad de hablar acerca de la violencia doméstica en un ambiente donde se sientan seguras.

D

Recomendación basada directamente del nivel de evidencia IV o de evidencia extrapolada de cualquiera de los niveles I, II o III

Antenatal Care: routine care for the healthy pregnant woman RCOG 2008

R

El cerclaje, la hospitalización el reposo en cama, o el monitoreo en casa de la actividad uterina no han sido estudiados en embarazos de alto orden, y por tal motivo no se recomiendan usarlos de manera profiláctica. No hay evidencia que indique que su uso mejore los resultados en estos embarazos.

C

Recomendación basada primariamente en un consenso y la opinion de expertos.

Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy. ACOG 2004

R

Durante el embarazo y en el puerperio inmediato se debe de ofrecer de manera ordinaria contacto con los médicos para detectar depresión.

M

Recomendación basada en meta-análisis, revisiones sistemáticas análisis de decisión costo efectividad.

Prenatal Care ICSI 2008

4.2 DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

E

La evidencia indica que la historia de antecedente de parto pretérmino espontáneo previo no parece tener alto valor diagnóstico en predecir o descartar parto pretérmino en el embarazo actual.

Nivel / Grado

Ib

Evidencia obtenida por lo menos de un estudio controlado aleatorizado

Antenatal care NICE 2008

R

Realizar tamizaje para identificar la probabilidad de parto pretérmino por métodos distintos a los antecedentes de factores de riesgo no resulta beneficioso en la población general obstétrica.

B

Recomendaciones están basadas en evidencias científicas limitadas e inconsistentes

COMEGO 2009

E

La violencia doméstica durante el embarazo ha sido asociada con pérdidas gestacionales, inicio de control de embarazo tardío, óbito, amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino, bajo peso al nacer, daño fetal.

R

Documento de consenso, consenso de grupo, revisión narrativa

ACOG 2005 The World Report on Violence and Health, 2002, ICSI 2008

E

El empleo por sí mismo no parece incrementar los riesgos durante el embarazo. Las tasas de parto pretérmino, bajo peso al nacer, malformaciones fetales y mortalidad no están incrementadas entre las mujeres que trabajan. De hecho una disminución del riesgo global de efectos adversos puede ser atribuida más a características demográficas y de comportamiento en la mayoría de las mujeres empleadas.

R

Documento de consenso, consenso de grupo, revisión narrativa
Prenatal Care ICSI 2008

E

Ciertas condiciones laborales han sido asociadas con un aumento en resultados adversos en el embarazo, incluyendo parto pretérmino, bajo peso al nacer e hipertensión inducida por el embarazo.

Esto factores incluyen:

- Jornadas laborales de más de 36 horas a la semana o 10 horas por día.
- Estar de pie por un periodo prolongado de más de seis horas.
- Cargar cosas pesadas
- Ruido excesivo
- Fatiga alta (más de cuatro horas de pie por turno, el estrés mental, el medio ambiente de trabajo frío y ruidoso)

C,D

Ensayos no aleatorizados con controles concurrentes o históricos, estudios de casos y controles de sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica, estudios descriptivos basados en la población, Estudios transversales, series de casos y reportes de casos clínicos.
Prenatal care ICSI 2008

E

Una ganancia de peso menor durante el tercer trimestre también podría ser un factor de riesgo de parto prematuro. Un análisis retrospectivo de 7,259 partos encontradas tanto con un aumento de peso rápido o lento, durante los últimos meses del embarazo se asoció con parto prematuro.

B,C

Estudios de cohorte, Ensayos no aleatorizados con controles concurrentes o históricos, estudios de casos y controles de sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica, estudios descriptivos basados en la población,
Prenatal Care ICSI 2008

E

Mujeres embarazadas con infección gonocócica está en riesgo incrementado para complicaciones obstétricas (óbito, parto pretérmino, corioamnioitis, bajo peso al nacer y restricción en el crecimiento intrauterino).

C

Ensayos no aleatorizados con controles concurrentes o históricos, estudios de casos y controles de sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica, estudios descriptivos basados en la población,
Prenatal Care ICSI 2008

E

La infección por clamidia en el embarazo aumenta el riesgo de aborto espontáneo, amenaza de parto pretérmino, RPM, parto pretérmino, bajo peso al nacer, infección por clamidia neonatal, la mortalidad infantil y la endometritis. La infección neonatal puede provocar oftalmía neonatal y la neumonía.

R

Documento de consenso, consenso de grupo, revisión narrative.

*U.S. Preventive Services Task Force, 2007 ,
Prenatal Care ICSI 2008*

E

La bacteriuria asintomática se define como la colonización bacteriana persistente del tracto urinario sin sintomatología. La incidencia en los Estados Unidos se reporta del 2-10%, con mayor incidencia en mujeres de bajo nivel socioeconómico. Estudios en Gran Bretaña reportan del 2-5% en las mujeres embarazadas.

3

Estudios bien diseñados descriptivos no experimentales, tales como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos

Antenatal care NICE 2008

E

Evidencia de estudios controlados aleatorizados que se hicieron para demostrar el beneficio del tratamiento entre las mujeres con bacteriuria asintomática indica un incremento en el riesgo entre bacteriuria asintomática y resultados maternos y fetales, como parto pretérmino y pielonefritis entre mujeres no tratadas y mujeres sin bacteriuria.

1b

Evidencia obtenida de estudios nivel I
Antenatal care NICE 2008

E

Ensayos indican también un incremento en el riesgo de parto pretérmino en mujeres con bacteriuria asintomática que no han recibido tratamiento comparado con mujeres que no tienen bacteriuria asintomática. La diferencia del riesgo oscila entre 2.1% a 12.8%.

1b

Evidencia obtenida de estudios nivel I
Antenatal care NICE 2008

R

Se recomienda el tamizaje para bacteriuria asintomática por cultivo de orina para todas las mujeres embarazadas en la primera visita prenatal. El cultivo de orina obtenido de las 12 a las 16 semanas de gestación puede identificar 80% de mujeres quienes tendrán bacteriuria asintomática en el embarazo, con un 1 a 2% adicional cuando se realiza el tamizaje mensual.

C

Ensayos no aleatorizados con controles concurrentes o históricos, estudios de casos y controles de sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica , estudios descriptivos basados en la población

Prenatal care ICSI 2008

E

Una revisión sistemática de 14 estudios controlados aleatorizados comparó el tratamiento con antibióticos con ningún tratamiento o con placebo.

El tratamiento con antibióticos redujo la bacteriuria persistente durante el embarazo (OR de Peto 0,07, IC del 95% 0,05 a 0,10), menor riesgo de parto pretérmino o de bajo peso al nacer (OR 0.60, IC 95% 0,45 a 0,80), y redujo el riesgo de desarrollo de pielonefritis (OR 0.24, IC del 95%: 0,19 a 0,32; (NT 7).

1a

Revisión sistemática (con homogeneidad) o estudios nivel -I
Antenatal care NICE 2008

R

Se recomienda de tres a siete días de antibióticos apropiados basados en cultivos positivos, y sensibilidad así como antecedentes de alergias de la mujer embarazada.

A

Una fuerte recomendación de que la intervención está siempre indicada y aceptada
DoD/VA clinical practice guideline for management of uncomplicated pregnancy 2002

R

Ensayos controlados aleatorizados, estudios de cohorte y meta análisis han mostrado que dar tratamiento para bacteriuria asintomática puede reducir la incidencia de sus complicaciones.

B

Estudios de cohorte
Prenatal care ICSI 2008

E

La vaginosis bacteriana se asocia con parto pretérmino. En una revisión de casos y controles y estudios de cohorte, se encontró que las mujeres con vaginosis bacteriana tenían 1.85 veces mas posibilidades de tener partos pretérmino que las mujeres sin la infección.

2,3

Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado de controles sin aleatorizar, Estudios bien diseñados no experimentales descriptivos, que incluyen estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos
Antenatal care NICE 2008

E

El alto riesgo de tener parto pretérmino permanece en mujeres en quienes se les diagnosticó vaginosis bacteriana durante los primeros meses del embarazo incluso si la vaginosis bacteriana regresa espontáneamente mas tarde en el embarazo.

3

Estudios bien diseñados no experimentales descriptivos, que incluyen estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos
Antenatal care , NICE 2008

R

En mujeres embarazadas sintomáticas, las pruebas y el tratamiento para vaginosis bacteriana es recomendado para la resolución de los síntomas. El criterio diagnóstico es el mismo para las mujeres embarazadas y las que no lo están.

A

Hay buena evidencia que recomienda la acción preventiva.

Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy, SOGC 2008.

R

El tratamiento con antibióticos por vía oral o vaginal es aceptable para lograr la curación de los síntomas en las mujeres embarazadas con vaginosis bacteriana, que están en bajo riesgo de efectos adversos en el embarazo.

A

Hay buena evidencia que recomienda la acción preventiva.

Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy, SOGC 2008

R

Mujeres asintomáticas y mujeres sin factores de riesgo identificados para parto pretermino no deben de someterse a tamizaje de rutina para tratar la vaginosis bacteriana.

B

Hay suficiente evidencia para recomendar las medidas de acción para la prevención clínica

Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy, SOGC 2008

R

Mujeres con alto riesgo de parto pretermino pueden beneficiarse al realizar el tamizaje de rutina y el tratar la vaginosis bacteriana.

B

Hay suficiente evidencia para recomendar las medidas de acción para la prevención clínica

Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy, SOGC 2008

R

Si el tratamiento para la prevención de resultados adversos durante el embarazo es prescrito, este debe de ser con metronidazol 500mg vía oral dos veces al día por siete días o clindamicina 300 mg vía oral dos veces al día por siete días, la terapia vía vaginal no se recomienda para esta indicación.

B

Hay suficiente evidencia para recomendar las medidas de acción para la prevención clínica

Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy, SOGC 2008

R

Los exámenes deben de ser repetidos un mes después del tratamiento para asegurar que la curación se ha conseguido.

L

Hay insuficiente evidencia (en cantidad y calidad) para recomendar las medidas de acción para la prevención clínica otros factores pueden influir en la decisión.

Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy, SOGC 2008

E

Placenta previa

Se han realizado Revisiones retrospectivas en las cuales se ha demostrado que los resultados en mujeres con placenta previa son muy variables y no siempre se predicen con los acontecimientos prenatales, sin embargo mujeres con placenta previa quienes han sangrado tienden a tener partos pretérmino.

III

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados no experimentales descriptivos, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos

RCOG Placenta previa and placenta previa accreta diagnosis and management.

E

Evidencia obtenida de series de casos y estudios de casos y controles demuestra que hay un aumento en la incidencia del paso de meconio, parto pretérmino, sufrimiento fetal, parto por cesárea y hemorragia postparto relacionada con colestásis obstétrica.

III

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados no experimentales descriptivos, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos

RCOG 2006 Obstetric cholestasis

R

Los obstetras deben de estar pendientes (y deben aconsejar a las pacientes) complicadas con colestasis obstétrica que están en riesgo incrementando de parto pretérmino de forma iatrogénica y espontánea.

B

Recomendación que requiere la disponibilidad de estudios bien controlados, pero no ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de las recomendaciones.

RCOG 2006 Obstetric cholestasis

E

Pre eclampsia- eclampsia

La principal patología que afecta al feto en la pre eclampsia, es el parto pretérmino así como insuficiencia placentaria y por consiguiente restricción en el crecimiento intrauterino.

Ia

Evidencia obtenida de meta-análisis de estudios controlados aleatorizados.

RCOG Pre eclampsia eclampsia 2006

E**En la ruptura prematura de membranas**

La infección intrauterina se define como bacterias en el líquido amniótico; se encuentran en el 36% de las mujeres con ruptura prematura de membranas, la mayoría de las infecciones son subclínicas sin signos obvios de corioamnionitis. Bacterias en el líquido amniótico incrementa el riesgo de parto pretérmino, sepsis neonatal, síndrome de distrés respiratorio, enfermedad pulmonar crónica, leucomalasia, hemorragia periventricular y parálisis cerebral. El tacto vaginal debe de ser evitado a excepción de que existe sospecha de que la mujer pueda estar en trabajo de parto. Todo esto debido a que los microorganismos pueden ser transportados desde la vagina hacia el cérvix provocando la infección liberando prostaglandinas y causar trabajo de parto pretérmino. Un estudio retrospectivo reportó que el periodo de latencia entre ruptura prematura de membranas y el parto en las pacientes quienes se les realizó tacto vaginal fue significativamente menos que si se utilizara un espejo vaginal estéril para el examen.

IIa,IIb

Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado,
Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado cuasi-experimental
RCOG 2006 PROM

E

Los embarazos obtenidos por reproducción asistida se encuentran en un riesgo más alto de resultados perinatales adversos que los embarazos espontáneos incluyendo mortalidad perinatal, parto pretérmino y bajo peso al nacer.

II-2

Evidencia obtenida de estudios de cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o estudios de casos y controles, preferentemente de más de un centro o grupo de estudio.
SOGC 2006 Pregnancy Outcomes After Assisted Reproductive Technology

R

Embarazos obtenidos por reproducción asistida deben de llevar una vigilancia prenatal estrecha.

A

Existe buena evidencia para recomendar esta acción clínica preventiva
SOGC 2006 Pregnancy Outcomes After Assisted Reproductive Technology

E

Un factor de riesgo importante en los embarazos obtenidos con tecnologías de reproducción asistida son los embarazos múltiples, aunque lo mas común es tener embarazos bicoriónicos ya está aumentando la tasa de gemelos monocoriónicos. Los riesgos que existen al tener embarazos múltiples incluyen altas tasas de mortalidad perinatal, parto pretérmino, bajo peso al nacer, hipertensión gestacional, desprendimiento de placenta y placenta previa. La mortalidad perinatal en embarazos gemelares en reproducción asistida parece ser menor que en embarazos gemelares concebidos espontáneamente.

E

La incompetencia cervical es generalmente sobrediagnosticada como causa de pérdida gestacional en el segundo trimestre.

Actualmente no existe una prueba satisfactoria y objetiva que pueda identificar incompetencia cervical en las mujeres no embarazadas. El diagnóstico se realiza usualmente basado en la historia de pérdidas en el segundo trimestre precedida por ruptura prematura de membranas espontáneas o dilatación cervical sin dolor. La evaluación de la longitud cervical por ultrasonido transvaginal durante el embarazo puede resultar útil en predecir parto pretérmino en los casos en el que se sospecha incompetencia cervical, sin embargo dos estudios controlados aleatorizados fallaron en demostrar algún resultado significativo que mejore la supervivencia perinatal del cerclaje cervical indicado por ultrasonido.

Un estudio reportó que el cerclaje cervical electivo disminuyó el parto pretérmino y partos de bebés con muy bajo peso al nacer, pero los beneficios fueron más marcados en mujeres con tres o más pérdidas en el segundo trimestre o parto pretérmino, sin embargo no hubo mejoras en la supervivencia perinatal.

II-2

Evidencia obtenida de estudios de cohorte bien diseñados (prospectivos o retrospectivos) o estudios de casos y controles, preferentemente de más de un centro o grupo de estudio.

SOGC 2006 Pregnancy Outcomes After Assisted Reproductive Technology

Ib

Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorizado

RGO 2003 The Investigation And Treatment Of Couples With Recurrent Miscarriage

R

El cerclaje cervical esta asociado con peligros potenciales relacionados con la cirugía y con el riesgo de estimular contracciones uterinas , por lo tanto solo debe de ser indicado en pacientes con buenas probabilidades de beneficiarse con dicho procedimiento.

B

Recomendación que requiere la disponibilidad de estudios bien controlados, pero no ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema de las recomendaciones

RGOC 2003 The Investigation And Treatment Of Couples With Recurrent Miscarriage

E

Con respecto al efecto de la depresión en las complicaciones obstétricas, algunos investigadores concluyen que no hay relación, mientras que otros informan de una asociación entre la ansiedad y la depresión con trabajo de parto prematuro (OR2.1, 95%: 1,1 a 4,1).

3

Evidencia obtenida de estudios no analíticos por ejemplo reporte de casos y series de casos.

Antenatal Care ,NICE 2008

4.3 MÉTODOS DE TAMIZAJE PARA FACTORES DE RIESGO

4.3.1 EVALUACIÓN DE LA LONGITUD CERVICAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

No hay evidencia disponible para realizar de forma rutinaria la longitud cervical por ultrasonido; sin embargo se indica en mujeres que tienen un riesgo incrementado de parto pretérmino, El acortamiento del cérvix se asocia con un riesgo más alto de parto pretérmino.

B

Hay suficiente evidencia para recomendar las medidas de acción para la prevención clínica
Ultrasound Cervical Assessment in Predicting Preterm Birth 2001

R

La longitud cervical es mejor cuando se toma por vía vaginal.

B

Hay suficiente evidencia para recomendar las medidas de acción para la prevención clínica
Ultrasound Cervical Assessment in Predicting Preterm Birth 2001

R

La longitud del cérvix por ultrasonido transvaginal tiene un alto valor predictivo negativo si la longitud es mayor de tres centímetros después de las 24 semanas. Esta información puede ser usada para evitar intervenciones innecesarias.

B

Hay suficiente evidencia para recomendar las medidas de acción para la prevención clínica *Ultrasound Cervical Assessment in Predicting Preterm Birth 2001*

4.3.2 DETERMINACIÓN DE FIBRONECTINA FETAL

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

Hay evidencia de calidad para demostrar que una única muestra cérvico vaginal en el segundo trimestre con un resultado positivo para niveles de fibronectina tiene un valor moderado para predecir parto pretérmino espontáneo menor de 37 semanas, pero un resultado negativo disminuye la probabilidad de parto pretérmino espontáneo solo minimamente.

Ib

Evidencia obtenida de estudios nivel I *Antenatal care NICE 2008*

E

En las pacientes sintomáticas con alto riesgo de parto pretérmino con un resultado negativo es poco probable que experimenten nacimiento pretérmino en los siguientes siete días. El beneficio de la prueba de fibronectina fetal es que tiene un alto valor predictivo negativo.

I

La evidencia obtenida de resultados de estudios bien diseñados para contestar la pregunta, los resultados son clínicamente y consistentemente importantes con pocas excepciones. *ICSI 2000*

4.3.3 EXAMEN DIGITAL CERVICAL

R

Evidencia/Recomendación

El examen vaginal de rutina para valorar el cérvix no es un método efectivo para predecir parto pretérmino y por lo tanto no debe de ser recomendado.

Nivel/Grado

A

Recomendación basada directamente en el nivel I de evidencia.

Antenatal care NICE 2008

4.3.4 DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE IL-6 Y 8 CÉRVICO VAGINAL

E

Evidencia/Recomendación

Aunque los estudios sobre el rendimiento diagnóstico de los niveles cérvico-vaginales de IL-6 en mujeres asintomáticas son limitados, la evidencia disponible muestra que tiene una precisión pobre de detección para predecir parto pre término espontáneo.

Nivel/Grado

II

Estudios con nivel de evidencia nivel 2 y revisiones sistemáticas con nivel de evidencia 2.

Antenatal care NICE 2008

E

Aunque las pruebas son limitas, éstas muestran que la probabilidad de parto pretérmino espontáneo menor de 37 semanas se incrementa mínimamente con una prueba positiva para la IL-8 cervico vaginal.

II

Estudios con nivel de evidencia nivel 2 y revisiones sistemáticas con nivel de evidencia 2.

Antenatal care NICE 2008

4.3.5 DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ALFA FETO PROTEÍNA MATERNA.

E

Evidencia/Recomendación

Resultados positivos y negativos para determinación del alfa feto proteína de las 15 a las 20 semanas parecen tener poco valor predictivo para parto pretérmino espontáneo, sin embargo la evidencia es limitada.

Nivel/Grado

II

Estudios con nivel de evidencia nivel 2 y revisiones sistemáticas con nivel de evidencia 2.
Antenatal care NICE 2008

4.3.6 DETERMINACIÓN SÉRICA DE LOS NIVELES MATERNOS DE PROTEÍNA C REACTIVA

E

Evidencia/Recomendación

Existe falta de estudios de calidad para determinar el valor diagnóstico de los niveles séricos maternos de proteína C reactiva. Sin embargo la evidencia demuestra que los resultados positivos y negativos tienen valor predictivo pobre para predecir parto pretérmino en embarazos menores de 37 semanas.

Nivel/Grado

III

Estudios con nivel de evidencia nivel 3 y revisiones sistemáticas con nivel de evidencia 3.
Antenatal care NICE 2008

5. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy*. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2004 Oct. 15 p. (ACOG practice bulletin; no. 56). [141 references].
2. Royal College of obstetricians and Gynaecologist (RCOG). *The management of preeclampsia/eclampsia*. Guideline No (10) March 2006.
3. Royal College of obstetricians and Gynaecologist (RCOG). *The investigation and treatment of couples with recurrent miscarriage*. Guideline No (17). May 2003.
4. Royal College of obstetricians and Gynaecologist (RCOG). *Obstetric Cholestasis*. Guideline No (43). January 2006.
5. Royal College of obstetricians and Gynaecologist (RCOG). *Preterm Prelabour Rupture of Membranes*. Guideline No (44). November 2006.
6. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOJC). *Ultrasound Cervical Assessment in Predicting Preterm Birth*. Clinical Practice Guideline. No. 102, May 2001.
7. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOJC). *Diagnosis and Management of placenta previa*. Clinical Practice Guideline. No. 189, March 2007.
8. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOJC). *Management of twin Pregnancy (Part 1)*. Consensus Statement. No.91. July 2000.
9. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOJC). *Pregnancy Outcomes After Assisted Reproductive Technology*. Consensus Statement. No.173. March 2006.
10. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOJC). *Screening and Management of Vaginal Bacteria in Pregnancy*. Consensus Statement. No.211. August 2008.
11. Institute for Clinical System Improvement. *Routine Prenatal Care*. Health Care Guideline. 20th edition. August 2008.
12. Institute for Clinical System Improvement. *Fetal fibronectin for the prediction of preterm labour*. Technology Assessment.
13. Institute for Clinical System Improvement. *Home uterine activity monitoring for detection of preterm labor*. Technology Assessment Report. May 2006.
14. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal Care. Routine Care for the healthy pregnant women*. Clinical Guideline. March 2008.
15. Dras. Cristina Laterra, Elsa Andina e Ingrid Di Marco. *guías de practica clínica amenaza de parto prematuro*. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2003, 22 (1)
16. U.S. Department of Veteran Affairs, Veterans Health Administration, Veterans Health Administration. *DoD/VA clinical practice guideline for the management of uncomplicated pregnancy*. Washington (DC): Department of Veteran Affairs; 2002 Oct. Various p. [533 references]

7. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Dr. Miguel Ángel Martínez Enríquez	Revisión de la literatura
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Ing. David Felipe Mares Silva	Revisión editorial
Ing. Laura Alejandra Vélez Ruíz Gaitán	Revisión editorial
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Juan Francisco Molinar

Horcasitas

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del

Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche

Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles

González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco

Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa

Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de

Salubridad General

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contralmirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico