
	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

PARTO PREMATURO Y

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
Dr. Ricardo Díaz Serani Jefe de CR Gineco-Obstétrico Hospital y CRS El Pino	MT Mariluz Alfaro Villega Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Hospital y CRS El Pino	Dr Francisco San Miguel Director Hospital y CRS El Pino
Fecha: 01 de Septiembre de 2013	Fecha: 20 de Octubre del 2013	Fecha: 12 de Noviembre del 2013

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

1. Objetivo:

- Identificación oportuna de las pacientes con mayor riesgo de tener un parto prematuro.
- Disminuir la variabilidad en la práctica obstétrica para diagnosticar y tratar la patología descrita con el objetivo de disminuir las consecuencias adversas derivadas del nacimiento prematuro.
- Acercar la evidencia disponible a nuestro quehacer diario, que permita tomar mejores y pertinentes decisiones clínicas.
- Generar un proceso de análisis periódico de los resultados acontecidos en las pacientes embarazadas con esta condición.

2. Alcance:

Pacientes con riesgo de parto prematuro

3. Responsables:


Supervisión: Médico Jefe del CR Gineco-Obstetricia

Ejecución:

- Médicos que se desempeñen en CCRR Gineco-Obstetricia, Pabellón y Urgencia maternal, son responsables de la evaluación e indicación de tratamientos médicos.
- Profesionales Matronas y/o Técnicos Paramédicos que se desempeñen en CCRR Gineco-Obstetricia, Pabellón y Urgencia maternal, son responsables de la ejecución de las indicaciones médicas.
- Médicos y Matronas de pacientes Particulares que ingresen al CCRR Pensionado responsables de la aplicación del protocolo.

4. Definiciones:

Parto Prematuro es el que ocurre antes de las 37 semanas. La OMS ha definido el límite inferior en 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso o 25 centímetros de longitud corona rabadilla.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

Población objetivo podemos agruparla en

Población general: Población embarazada sin factores de riesgo.

Población de riesgo: Población que posee un mayor riesgo de ocurrencia de parto prematuro.

5. Desarrollo:

5.1 INTRODUCCIÓN


En el mundo la incidencia de parto prematuro es alrededor de un 10%, existiendo diferencias geográficas en esta cifra. Chile tiene una incidencia de parto prematuro de un 6%.

De acuerdo a la edad gestacional en que se produce un nacimiento de pretérmino podemos señalar que el 5% ocurre bajo las 28 semanas (prematurez extrema), 15% ocurre entre 28 y 31 semanas, 20% entre las 32 y 33 semanas y el 60-70% lo hará desde las 34 hasta las 36+6 semanas lo que actualmente conocemos como el prematuro tardío.

La importancia de esta condición es de primer orden constituyendo la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal incluyendo las secuelas a largo plazo. Parto prematuro da cuenta del 75% de la mortalidad perinatal y es responsable de más del 50% de la morbilidad a largo plazo. Si bien es cierto que la mayoría de los nacidos de pretérmino sobrevivirá, ellos están en elevado riesgo de alteraciones del neurodesarrollo y de complicaciones respiratorias y gastrointestinales.

El Recién nacido de menos de 1500 gramos tiene 180 veces más riesgo de morir durante el primer año de vida que los nacidos con peso superior a 2500 gramos.

Con respecto a morbilidad este grupo presenta complicaciones que son más frecuentes a medida que la edad gestacional y peso de nacimiento son menores. Estas incluyen hiperbilirrubinemia, enfermedad de membrana hialina, enterocolitis necrotizante, hemorragia intra craneana, sepsis y secuelas neurológicas. Estas secuelas van desde anomalías leves de las funciones cognitivas hasta la parálisis cerebral.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

La detección de grupos de riesgo tendría un impacto más importante en los prematuros de menos de 32 semanas, grupo en que se concentra la mayor mortalidad, morbilidad y secuelas.

La mayor sobrevida lograda en los prematuros de muy bajo peso ha hecho enfocar recursos a los problemas derivados de la prematurez extrema.

5.2 RECOMENDACIONES DIAGNOSTICAS:

Definición Amenaza/Síntoma Parto Prematuro

La definición está basada en la presencia de dinámica uterina y modificaciones cervicales. La dinámica uterina es de 1 a 2 contracciones en diez minutos durante 30 minutos junto al borramiento de al menos un 50% y/o dilatación de 1 centímetro. Es importante destacar que esta definición puede no ser universal por lo que pueden existir otras en la literatura. Se adopta la recomendación de la guía Minsal Parto Prematuro 2010 para uniformidad a nivel nacional.

Importante es destacar que podemos incluir en la definición los casos de dinámica uterina persistente sin modificaciones cervicales. Esta situación la podemos encontrar por coito reciente, asociada a stress materno, uso de sustancias ilícitas como cocaína y sospechar desprendimiento de placenta ante la persistencia de las contracciones.

Definición Trabajo De Parto Prematuro

Dos o más contracciones en 10 minutos asociada a modificaciones cervicales presentando 80% de borramiento y al menos 3 centímetros de dilatación.


Definición Rotura Prematura De Membranas

Solución de continuidad de las membranas amniocoriales antes del inicio del trabajo de parto.

Esta puede ser de pre término o término si ocurre antes o después de las 37 semanas de gestación.

Incompetencia Cervical

Considerar la presencia de incompetencia cervical ante la presencia de modificaciones cervicales sin dinámica uterina. Es importante tener en cuenta que

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

la sola presencia de dilatación temprana en el embarazo condiciona un aumento significativo de riesgo de parto prematuro como de infección de la cavidad amniótica.

5.3 CLASIFICACION

El parto prematuro actualmente conforma uno de los grandes síndromes de la obstetricia. Por lo tanto su diagnóstico nos obliga a una amplia evaluación de posibles etiologías.

Clásicamente el parto prematuro se ha dividido en tres grupos en proporciones más o menos similares.

- a.- Idiopático
- b.- Como consecuencia de la rotura prematura de membranas
- c.- Por Indicación Médica debido a causa materna o fetal (latrogénico.)

Si nos centramos en el grupo clásicamente llamado idiopático en la actualidad se han identificado numerosos mecanismos etiopatogénicos entre los cuales podemos señalar: infección intra amniótica, isquemia útero placentaria, disfunción cervical, sobre distensión uterina, factores endocrinos, hormonales, alérgicos y stress materno. Cada una de estas causas cuenta con mayor o menor grado de evidencia en la literatura.


5.4 INTERVENCIONES EN EL MANEJO DEL SINDROME DE PARTO PREMATURO

Las intervenciones para reducir morbilidad y mortalidad se pueden clasificar en :

Primarias: Son destinadas a todas las mujeres, previo o durante la gestación y pesquisar factores de riesgo.

Secundarias: dirigidas a las mujeres que presentan un riesgo aumentado de tener un parto prematuro buscando disminuir o eliminar dichos factores.

Terciarias: Destinadas a evitar el nacimiento prematuro y mejorar los resultados perinatales en pacientes que consultan con síntomas de parto prematuro.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

Pesquisa factores de riesgo.

Sólo el 20-30% de los pacientes que presentan parto prematuro tendrá factores de riesgo.

El uso de Score de riesgos basados en tablas sólo ha mostrado sensibilidades del 40-50% con un valor predictivo positivo de 20%

Control preconcepcional.

Recomendada a toda la población en edad fértil. Promoción y prevención.

Corrección de estilos de vida: hábitos, consumos de tabaco, drogas, etc.

Alimentación correcta.

Consejo de atención y tratamiento dental efectivo.

Antecedentes obstétricos.

Suplementación ácido fólico: larga data para efectividad. Mínimo un año.

Reducción entre el 50 y 70% de los partos prematuros precoces. (bajo 32 y bajo 28 semanas respectivamente)

Control Prenatal

Búsqueda de factores de riesgo.


Detección infección del tracto urinario: Tratamiento bacteriuria asintomática.

Reduce parto prematuro. (RR 0,5.)

Medición de longitud cervical 20-24 semanas a población general.: Cérvix < 15 mm corresponde al 1% de la población identificando al 30% de los partos prematuros. Si se utiliza cérvix de <25 mm esto involucra al 5% de la población identificando al 40% de los partos prematuros.

El uso de progesterona natural en población general con cérvix < 15 mm ha mostrado reducir la ocurrencia de parto prematuro bajo 34 semanas. RR:0.56

Un trabajo recientemente publicado por Hassan S.S. y Romero R. usando progesterona natural en gel vaginal en población general con cérvix entre 10 y 20

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

mm logró una disminución de parto prematuro menor a 33 semanas de un 45 % y además muestra mejoría de los resultados perinatales.

Intervenciones de Prevención Secundaria.

Población con detección de factores de riesgo deben recibir la información AUGÉ. En este grupo de pacientes se recomienda:

Búsqueda de vaginosis bacteriana: Tratamiento: Metronidazol 500 mg cada 8 horas por 5 días. (Minsal 2010)

Pacientes con uno o más partos prematuros menor a 35 semanas se recomienda cervicometría cada 15 días a contar de la semana 14. Si el cérvix se acorta bajo 25 mm (o 15 mm) el cerclaje es alternativa.


Paciente con historia clásica de incompetencia cervical : cerclaje indicado por historia (electivo)

En población general con cérvix corto sin antecedente de parto prematuro no se indica cerclaje.

Cervicometría 22–24 semanas: Buscando el equilibrio entre sensibilidad y especificidad se recomienda utilizar puntos de corte mayor (25 mm) en población de riesgo y usar un punto de corte de 15 mm para población de bajo riesgo. Una vez realizada la detección de cérvix corto se indica progesterona micronizada vía vaginal en dosis de 200 mg hasta la semana 36 de gestación. Reducción de riesgo: 40%.

Embarazo gemelar: en la actualidad no se evidencia beneficio ni con cerclaje ni progesterona micronizada.

Tratamiento efectivo de la enfermedad periodontal puede ser beneficioso.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

Intervenciones De Prevención Terciaria: Paciente con Síntoma de Parto Prematuro

Confirmar edad gestacional y criterios diagnósticos según lo definido.

Hidratación inicial. Solución fisiológica o Ringer lactato: 500 ml en dos horas. Precaución en pacientes con hipervolemia como por ejemplo embarazos gemelares

Cervicometría: > 30 mm abordaje conservador.

<15 mm. Iniciar tocólisis y maduración pulmonar en forma temprana.

Evaluación materna: Signos de infección, patología obstétrica concomitante.

Evaluación fetal: Bienestar fetal.

Decidir beneficio de tocólisis según evaluación materno fetal.

Determinar presencia de contraindicaciones de tocolisis:


Según Guía Minsal 2010 pueden ser absolutas o relativas:

Absolutas:

- Corioamnionitis Clínica
- Metrorragia Severa
- Malformación fetal incompatible con la vida
- Óbito fetal
- Patología Materna grave
- Deterioro grave del bienestar fetal
- Trabajo de parto avanzado (≥ 6 cm)

Relativas:

- Dilatación mayor de 3 y menor de 6 cm
- Edad gestacional >34 semanas
- Madurez pulmonar fetal
- Metrorragia moderada
- Restricción de crecimiento fetal
- Rotura prematura de membranas

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

- Síndrome hipertensivo del embarazo

Indicación de tocolíticos

Primera Línea Nifedipino:

Esquema de uso: 20 mg cada 20 minutos .máximo tres dosis. Si contracciones uterinas cesan, continuar con 10 mg cada 6 horas o 20 mg cada 8 horas hasta 12 horas sin contracciones o hasta 48 horas (inducción de madurez pulmonar.

Fármacos de segunda línea:

Fenoterol


Protocolo de uso del Fenoterol	
Preparación de la droga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampolla 10 ml = 0,5 mg ▪ 4 ampollas de fenoterol en 500 ml suero glucosado 5%
Dosis de Carga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 30 ml/hora (2 µg/min) ▪ Aumentar la dosis en 0,5 µg/min cada 30 minutos hasta que cesen las contracciones uterinas o se desarrollen efectos colaterales. ▪ Dosis máxima: 3-4 µg/min.
Dosis de Mantención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución progresiva de la dosis luego de 12 horas de ausencia de contracciones uterinas. ▪ Mantener 0,5 - 1 µg/min hasta 48 horas. ▪ Monitorización del pulso y presión arterial.

Atosiban

Protocolo de uso del Atosiban	
Dosis de Carga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolo endovenoso de 6.75 mg en un minuto. ▪ Se usa una ampolla de 0.9 ml (7.5 mg/ml)
Dosis de mantención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primeras 3 horas: infusión de 300 µg/min (18 mg/h) ▪ Sigüientes 45 horas: infusión de 100 µg/min (6 mg/h) ▪ Se usa 2 ampollas de 5 ml (7.5 mg/ml). Diluir 10 ml en 90 ml de Ringer o Suero fisiológico (concentración final 75 mg/100 ml) para mantención inicial (3 horas a 24 ml/h) y completa (45 horas a 8 ml/h).

Tercera línea:

Indometacina. Precaución por cierre prematuro del ducto arterioso especialmente en gestaciones mayores de 32 semanas.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

Indicación de Corticoides para inducir madurez pulmonar

Betametasona: 12 mg i.m. cada 24 horas por dos dosis. Se usa las formulas acetato/fosfato o fosfato.

Criterios de administración NIH año 1994.

La evidencia actual no respalda el uso de dosis repetidas en embarazos con riesgo mantenido de parto pre término.

Es aceptado indicación dosis de rescate si han pasado mas de 15 días de la indicación inicial y persiste o reaparece el riesgo de nacimiento prematuro.

Ante fracaso de tocólisis inicial: Evaluar progresión de modificaciones cervicales. Signos clínicos de infección, realizar amniocentesis en busca de infección intraamniótica.

5.5 INDICACIONES PARA REALIZAR AMNIOCENTESIS:

Falla respuesta a tocólisis

Sospecha de Corioamnionitis: Fiebre de origen no precisado.

Leucocitosis: (recuento > 15.000 leuc / mm³)


Dilatación cervical importante al ingreso

Embarazo con DIU (importante presencia de candidas)

Embarazo con cerclaje (electivo o urgencia)

5.6 CRITERIOS DE INFECCION DE LIQUIDO AMNIOTICO:

- Presencia de gérmenes a la tinción gran
- Recuento celular mayor a 50 células /mm³
- Glucosa: < 14 mg/dl
- LDH > 400 U/L

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

Prevención de sepsis neonatal precoz por estreptococo beta hemolítico grupo B:

- Realizarla si se desencadena trabajo de parto prematuro.

Esquemas:

- Penicilina: 5 millones en bolo e.v. y continuar con 2,5 millones cada 4 horas hasta el parto.
- Ampicilina 2grs en bolo e.v. y continuar con 1 gr cada 4 horas hasta el partos.
- Alternativas en caso de alergia: Clindamicina. 600 mg e.v. cada 8 horas.
- Una vez producido el nacimiento se suspende la administración de estos antibióticos.
- Si la paciente tiene cultivo vagino perineal para estreptococo beta hemolítico grupo negativo reciente no indicar profilaxis.

Neuroprotección Para El Recién Nacido Prematuro.


La nueva guía MINSAL 2010 de Prevención de Parto prematuro, basado en la evidencia disponible promueve la utilización del Sulfato de Magnesio con este fin.

Estos mismos datos llevaron al American Congress of obstetricians and Gynecologists y a la Sociedad de Medicina Materno Fetal a publicar su opinión en donde señalan:

“Ninguno de los estudios individuales encontró un beneficio con respecto al outcome primario. No obstante, la evidencia disponible sugiere que sulfato de Magnesio administrado antes de que se produzca un nacimiento prematuro precoz, reduce el riesgo de parálisis cerebral en los infantes sobrevivientes.

Para el uso de Sulfato de magnesio se deben tener guías con criterios de inclusión, regímenes de tratamiento, uso de tocolíticos concomitante y realizar la monitorización en acuerdo a alguno de los trabajos mas grandes publicados.”

Criterios de inclusión para Neuroprotección.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

Pacientes en trabajo de parto prematuro en que falle la tocólisis y trabajo de parto progrese.

Edad gestacional menor a 34 semanas.

Casos necesario tratar para evitar una caso de parálisis cerebral varia entre 1 en 46 y 63.

Régimen de uso:

- Dosis de carga: 5 gramos de Sulfato de magnesio endovenoso en 30 minutos.
- Dosis mantención: 1 gramo /hora hasta que ocurra el parto o máximo 24 horas.
- Preparación: 4 ampollas de sulfato de magnesio (ampolla: 5ml al 25%; 1.25 gr cada una),
- En 230 ml de suero fisiológico (solución 0.02 g/ml).
- Administrar 250 ml en 30 minutos.


5.7 ATENCION DEL PARTO PREMATURO

Si el trabajo de parto prematuro se desencadena se debe considerar:

1. Limite de viabilidad de unidad neonatal.

En nuestro hospital el límite esta en las 29 semanas de gestación. Embarazos de menor edad gestacional deberán ser trasladados según coordinación de la red asistencial y si el cuadro clínico lo permite. De no ser posible su traslado deberá resolverse en Hospital El Pino.

Vía del parto: Actualmente no existe clara evidencia que demuestre beneficios de la vía alta en recién nacidos de bajo peso o muy bajo peso con respecto a un parto vaginal atendido en forma cuidadosa. Cualquier presentación que no sea cefálica deberá interrumpirse vía operación cesárea.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

2. El parto debe realizarse con monitorización continua, anestesia peridural

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Considera riesgo entre infección intraamniótica y/o fetal v/s prematuridad.
Una vez realizado el diagnóstico, el manejo dependerá de la edad gestacional.

RPM EN PACIENTES CON GESTACIÓN MENORES DE 24 SEMANAS.

Grupo de mayor incidencia de morbilidad materna morbimortalidad perinatal.

Complicaciones maternas

Corioamnionitis: hasta un 40% en lo publicado. Habitualmente buena evolución materna aunque existen casos de compromiso materno severo.

Pronóstico fetal:


- Sobrevida promedio: 40%
- RPM bajo 20 semanas: sobrevida 10%
- RPM entre 23 y 24 semanas: sobrevida 60 -70%

Morbilidad neonatal:

- Distress respiratorio
- Hemorragia intraventricular.
- Sepsis neonatal.
- Deformidades de extremidades por oligohidramnios y al periodo de latencia de este. (10-20%).
- Hipoplasia pulmonar: 5 -28% (letalidad mayor del 70%). Dependiente de la edad gestacional de la rotura de membranas y de la presencia de oligoamnios absoluto.

MANEJO CLINICO:

- Consejo médico transparente informando el pronóstico, secuelas, chances de sobrevida y alternativas de manejo.
- Hospitalizar.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

- Evaluar parámetros infecciosos
- Evaluar estado fetal
- Cultivos cervico vaginales según disponibilidad.
- NO TACTAR A LA PACIENTE. Privilegiar realización cervicometría.No usar tocolíticos de rutina.
- Se indicará corticoides alcanzadas las 24 semanas.
- Uso de antibióticos pueden disminuir el riesgo de infección clínica materna, aunque no hay clara evidencia en este grupo de pacientes que se mejore el pronóstico o el periodo de latencia.
- Seguimiento con recuento de glóbulos blancos y PCR semanal o según clínica.
- Ecografía obstétrica semanal o más frecuente según necesidad.
- Privilegiar vía de parto vaginal si no existen contraindicaciones.

MANEJO CLINICO EN ROTURA DE MEMBRANAS ENTRE 24 Y 34 SEMANAS


Manejo expectante si es que no existen contraindicaciones para ello.

Los pilares del manejo en este periodo son:

- No TACTAR, salvo presencia de signos clínicos de trabajo de parto.
- Vigilancia materno fetal: Destinado a identificar la aparición de signos de infección materna y a identificar oportunamente las fuentes de daño fetal: Infección, desprendimiento de placenta, accidentes de cordón.
- Uso de Corticoides para inducción de madurez pulmonar
- Uso de antibióticos desde el ingreso.

INDICACIÓN DE INTERRUPCIÓN O DESESTIMAR MANEJO ESPECTANTE

- Muerte fetal
- Corioamnionitis clínica
- Confirmación bioquímica de madurez pulmonar con edad gestacional mayor a 32 semanas y estimación de peso fetal mayor a 2000 gr.
- Infección intra amniótica subclínica demostrada con feto mayor a 32 semanas de edad gestacional.
- Deterioro de unidad feto placentaria

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

- Malformación incompatible con la vida
- Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (metrorragia, hipertono)
- Patología materna o fetal que se beneficie con la interrupción del embarazo.

ACCIONES ESPECÍFICAS DURANTE MANEJO ESPECTANTE.

- Toma de cultivos cervico vaginales y examen de orina.
- Recuento de glóbulos blancos y PCR: Un recuento de leucocitos mayor a 15.000/mm o una tendencia al alza debe hacer sospechar infección. La misma consideración se debe tener con respecto a la PCR. Estos exámenes deben ser interpretados con criterio clínico y no deben transformarse en la única herramienta para decidir la interrupción del embarazo.
- Ecografía obstétrica: Entrega importante información con respecto al bienestar fetal, cantidad de liquido, realización de cervicometría.
- Amniocentesis: No de rutina. Permite determinar la presencia de infección intraamniótica y madurez pulmonar. Realizar según caso individual.


USO DE ANTIBIOTICOS SISTEMICOS

Medida ampliamente respaldada por la evidencia actual prolongando el periodo de latencia en forma significativa.

Esquema recomendado: Ampicilina 1gr cada 6 horas EV y eritromicina 500 mg cada 6 horas EV por 48 horas. Luego continuar con Ampicilina 500 mg cada 6 horas vía oral y eritromicina 500 mg cada 8 horas hasta completar 7 días.

Otros esquemas recomendados en forma empírica incluyen: Clindamicina + gentamicina y cefalosporinas+ clindamicina.

En embarazos con dispositivos intrauterinos y que sufren RPM el riesgo de infección por candidas está considerablemente elevado. En este grupo se debe agregar Fluconazol en dosis de 150 mg /día por 7 días.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

INDUCCION DE MADUREZ PULMONAR

Se mantienen las indicaciones clásicas de indicación de corticoides.

Betametasona: 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.

TOCOLISIS:

En este grupo se desaconseja el uso rutinario de tocolíticos.

En forma excepcional podrían indicarse por razones logísticas como traslados o según evaluación individual en donde se plantea el claro beneficio de su uso para lograr un curso de corticoides.

ROTURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZOS DE EDAD GESTACIONAL MAYOR A 34 SEMANAS

- Establecer diagnóstico preciso: Utilización de exámenes complementarios (Cristalización, Amniosure, Nitrazina)
- Verificar edad gestacional.
- Evaluación condición materna y fetal (pesquisa de infección y bienestar fetal)

Una vez confirmado el diagnóstico: HOSPITALIZAR E INTERRUMPIR.


En este grupo de pacientes se iniciará el trabajo de parto dentro de las 24 primeras horas en el 70% de los casos, mientras que el 90% lo hará a las 72 horas.

La indicación de interrupción inmediata del embarazo está apoyada por meta análisis que muestra menor incidencia de infecciones (Corioamnionitis clínica) sin aumentar la tasa de cesáreas.

Vía de parto es decidida con los criterios obstétricos habituales.

Inducción:

Misotrol : 50 microgramos cada 6 horas

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

Ocitocina según esquema habitual.

No hay clara superioridad de un método sobre otro en los datos actuales.
Determinación por condiciones cervicales es razonable.

PROFILAXIS PARA STREPTOCOCO. BETA HEMOLÍTICO GRUPO B.

Penicilina sódica E.V: 5 millones y luego 2.5 millones cada 4 horas hasta el parto.

O

Ampicilina: E.V. 2 gr y luego 1 gr cada 4 horas hasta el parto.

En caso de alergia a β -lactámicos:

Clindamicina

Eritromicina.

5.8 COMPLICACIONES DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE PRETÉRMINO

Corioamnionitis:

Criterios diagnósticos:

Temperatura materna > 38° C.

Sensibilidad uterina

Descarga de flujo turbio o de mal olor por orificio cervical externo


Taquicardia materna

Taquicardia fetal.

Leucocitosis. (> 15000 glóbulos blancos/mm)

Este cuadro representa hasta en un 16% de las RPM ocurridas a término. Esto va aumentando a medida que es menor la edad gestacional de ocurrencia.(30% en pretérminos)

Tratamiento: Interrupción del embarazo bajo cobertura antibiótica de amplio espectro.

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

Preferir vía de parto vaginal. En caso de realizar cesárea considerar que no hay diferencias en la incisión realizada, se recomienda colocación de compresas en correderas parietocólicas. Lavado durante el cierre con suero.

Lo ideal es que la interrupción ocurra dentro de las 6- 12 horas del diagnóstico.

Esquema antibióticos sugeridos:

Penicilina sódica: 4 -5 millones EV cada 6 horas + gentamicina 160 a 240 mg en dosis única o fraccionada.

Ampicilina: 1 gr cada 6 horas e.v. + gentamicina 160 a 240 mg en dosis única o fraccionada.

Ampicilina sulbactan 2 gr EV cada 8 horas + Clindamicina 600 a 900 mg EV cada 8 horas.


Ceftriaxona 1-2 gr EV cada 12 – 24 horas + Clindamicina 600 a 900 mgr cada 8 horas EV.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA.

- Incidencia: hasta 5%
- Riesgo Materno: coagulopatía de consumo, histerectomía obstétrica.
- Riesgo fetal: Muerte, asfixia.
- Manejo: Interrupción por la vía mas expedita.

ASFIXIA PERINATAL

Mayor incidencia condicionada por accidentes de cordón, DPPNI, oligohidroamnios, infección intraamniótica y fetal (Funisitis). Mayor presencia de monitoreo fetal y perfil biofísico alterado (Hasta 20%)

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

MUERTE FETAL

- Incidencia reportada 2%
- Causas: infección, causa isquémica placentaria, accidentes de cordón. DPPNI.
- Prevención: Plan de vigilancia adecuado según caso clínico. Registro basal, Perfil
- Biofísico, ecografía obstétrica. Frecuencia de los exámenes semanal-bisemanal.

1. Distribución:


- Ginecología y Obstetricia, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

2. Documentación de Referencia:

- Goldemberg R, Lancet,2008;371:75-84
- Iams J, Romero R. Lancet,2008; 371: 164-75
- Saigal S. Lancet 2008; 371: 261-69
- Hassan S, Romero R. Ultrasound Obstet Gynecol 2011;
- Gomez R, Romero R. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 678-89
- Fonseca E. Am j Obstet Gynecol 2003; 188: 419-24
- Fonseca E, Celic E, Parra M, Nicolaides K. N Engl. J Med 2007;357: 462-9
- To M, Alfirevic Z, Nicolaides K. Lancet 2004; 363: 1849 – 53
- Meiss P. N Engl J Med 2003; 348: 2379-85
- Guia Parto Prematuro Ministerio de Salud De Chile. Año 2010.
www.minsal.cl
- Norman J. Lancet 2009; 373: 2034-40
- Rouse,D. N Engl J Med 2008; 359:895-905 (Estudio BEAM)
- Crowther CA. JAMA 2003; 290: 2669-76 (Estudio ACTOMgSO₄)

3. Flujograma:

No Aplica

	HOSPITAL Y CRS EL PINO SUB DIRECCIÓN MÉDICA	Característica: No Aplica Complementario: CCRR Gineco-Obstetricia / Comité de Gestión Clínica Médica
		Código: HGO-13
		Fecha de Aprobación: 12 de Noviembre del 2013
		Fecha de Vigencia: 12 de Noviembre del 2018
		Revisión :01
PARTO PREMATURO Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		

4. Control de cambio del Documento:

Corrección N°	Fecha	Descripción de la Modificación	Publicado en
0	2011	Edición	-
1ª	01/09/2013	Formalización y modificación de formato.	Carpeta compartida

5. Anexos:

No aplica