

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Práctica Clínica

**SEDENA**

**SEMAR**

Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino

## Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS-063-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**Vivir Mejor**

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

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://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: **Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino**. México: Secretaría de Salud; 2009.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

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

**ISBN: 978-607-7790-35-8**

## O60 Parto prematuro

### Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino

#### **Autores:**

Dra. Patricia Franco Coops Médico Gineco-Obstetra

Dr. Julio García Baltazar Médico Gineco-Obstetra

Dr. Mauro Alberto Ochoa Torres Médico Gineco-Obstetra

Dra. Olivia Sánchez Rodríguez Médico Gineco-Obstetra

Dr. Hugo Bernardo Sánchez Tovar Médico Gineco-Obstetra

Dr. José Manuel Segura Zavala Médico Gineco-Obstetra

#### **Validación Interna:**

Dr. Oscar Moreno Álvarez Ginecología y Obstetricia  
Medicina Materno-Fetal

Dr. Claudio Quinzaños Fresnedo Ginecología y Obstetricia

#### **Validación Externa:**

Dr. Ismael Muñoz Navarro Médico Gineco-Obstetra  
Dr. Guillermo Alberto Jiménez Solís Médico Gineco-Obstetra

Dr. Juan Gerardo Barroso Villa Médico Gineco-Obstetra

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto Mexicano del Seguro Social

Subdirector médico del turno matutino/ Hospital de Gineco-Pediatría No. 3A, México, D.F.

Jefe del área de supervisión y evaluación de procesos/ Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad Jefe de embarazo de alto riesgo/ UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 23, Monterrey Nuevo León

Médico de base adscrito a perinatología/ UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, México, D.F.

Médico adscrito a gineco-obstetricia/ Hospital General Regional No. 36 Puebla, Pue.

Médico de base adscrito al servicio de embarazo de alto riesgo/ UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia, Guadalajara, Jalisco

Coordinador de Programas Médicos  
División de Apoyo a la Gestión  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad  
Coordinador de Programas Médicos  
División de Evaluación y Rendición de Cuentas  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

**Academia Mexicana de Cirugía**

**Academia Nacional de Medicina de México**

<b>Índice:</b>	<b>Pág.</b>
1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta guía.....	7
3. Aspectos Generales.....	8
3.1 Justificación.....	8
3.2 Objetivo de esta Guía.....	8
3.3 Definición.....	9
4. Evidencias Y Recomendaciones.....	10
4.1 Prevención Primaria.....	11
4.1.1 Medidas generales.....	11
4.1.1.1 Pruebas de detección específica (pruebas de tamizaje o screening poblacional).....	11
4.1.1.2 Factores de riesgo.....	12
4.1.2 Diagnóstico.....	13
4.1.2.1 Diagnóstico Clínico.....	13
4.1.2.2 Pruebas Diagnósticas.....	14
4.1.3 Tratamiento.....	15
4.1.3.1 Tratamiento Farmacológico.....	15
4.1.3.2 Tratamiento no Farmacológico.....	17
4.2 Criterios de referencia y Contrarreferencia.....	17
4.2.1 Criterios técnico médicos de Referencia.....	17
4.2.1.1 Referencia al tercer nivel de Atención.....	17
4.3 Vigilancia y Seguimiento.....	18
4.4 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando Proceda.....	18
Algoritmos.....	19
5 . Definiciones Operativas.....	22
6 . Anexos.....	23
6.1 Protocolo de Búsqueda.....	23
6.2 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la Recomendación.....	24
6.3 Medicamentos.....	29
7 . Bibliografía.....	32
8. Agradecimientos.....	34
9. Comité Académico.....	35
10. Directorio.....	36
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	37

# 1. CLASIFICACIÓN

Registro IMSS-063-08	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Medico Gineco-Obstetra
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	O60 PARTO PREMATURO
<b>CATEGORÍA DE GPC</b>	Segundo Y Tercer Nivel de Atención <span style="float: right;">Diagnóstico Tratamiento</span>
<b>USUARIOS POTENCIALES</b>	Médico Gineco-Obstetra
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 23, Monterrey Nuevo León, UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, México, D.F. UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia, Guadalajara, Jalisco Hospital de Gineco-Pediatría No. 3A, México, D.F. Hospital General Regional No. 36 Puebla, Pue. <span style="float: right;">Diagnóstico, Prevención y Tratamiento</span>
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Mujeres con amenaza de parto pretérmino
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ultrasonido Obstétrico (edad gestacional y longitud cervical)</li> <li>2. Fibronectina fetal</li> <li>3. Amniocentesis para determinar madurez pulmonar fetal e infección intraamniótica</li> <li>4. Terapia tocolítica que incluyan B-miméticos, bloqueadores de los canales de calcio; drogas antiinflamatorias no esteroideas y antagonista selectivo de la oxitocina</li> <li>5. Antibióticos (únicamente para profilaxis del estreptococo del grupo B)</li> <li>6. Uso de esteroides prenatales</li> <li>7. Medidas generales (hidratación y reposo)</li> </ol> <p>NOTA: La terapia tocolítica de mantenimiento fue considerada, pero no recomendada como una práctica rutinaria. Igualmente la hidratación y el reposo son consideradas pero no recomendadas en forma rutinaria.</p>
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valor predictivo de las pruebas para riesgo de parto pretérmino.</li> <li>2. Resultados neonatales (disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal).</li> <li>3. Efectividad de la tocolisis y antibióticos en prolongar el embarazo o mejorar los resultados neonatales.</li> <li>4. Disminución del promedio de días / estancia hospitalaria materna y neonatal en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).</li> <li>5. Mejora de la calidad de vida de los neonatos.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Satisfacción de los usuarios.</li> </ol>
<b>METODOLOGÍA</b>	<p>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: <b>19</b> Guías seleccionadas: <b>3 del período 2003-2008</b> Revisiones sistemáticas y Metaanálisis: ....Ensayos Clínicos ....Estudios de Cohorte ....Estudios de Casos y Controles ....Estudios de Caso Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: 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</p>

	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 *
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: <b>Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica</b> Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Validación Externa: <b>Academia Mexicana de Cirugía/ Academia Nacional de Medicina de Mexico</b>
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	REGISTRO <b>IMSS-063-08</b> Fecha de Publicación: 2009, Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

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

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo de mayor relevancia para parto pretérmino?
2. ¿Cuáles son los datos clínicos que identifican parto pretérmino?
3. ¿Cuál es la utilidad de los métodos diagnósticos para identificar parto pretérmino?
4. ¿Cuál es la confiabilidad de las pruebas diagnósticas para iniciar el tratamiento del parto?
5. ¿Cuál es el beneficio de la hidratación y el reposo en el manejo del parto pretérmino?
6. ¿Cuál es la utilidad del uso de tocolíticos en el manejo del parto pretérmino?
7. ¿Cuál es la edad gestacional que beneficia el uso de tocolíticos en el manejo de parto pretérmino?
8. ¿Cuál es el tocolítico de primera elección para el tratamiento del parto pretérmino?
9. ¿Qué pacientes con parto pretérmino deben recibir esquema de inductores de maduración pulmonar?
10. ¿Cuál sería la indicación del uso de antibióticos en las pacientes con parto pretérmino?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino representa no sólo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada sobre todo por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad.

Los gastos que se requieren en forma global para atender las consecuencias del parto pretérmino, son de gran trascendencia tanto para las familias, la sociedad, las instituciones y los gobiernos.

A pesar del aspecto multifactorial de las causas del parto pretérmino, se han identificado varios factores de riesgo que de alguna forma u otra se han asociado al parto prematuro sin resultados estadísticos contundentes. Sin embargo, esto representa la oportunidad de continuar estudiándolos con el propósito de identificar a aquellos que nos permitan predecir con la mayor certeza, los casos que tendrán una interrupción prematura de la gestación.

Es imperante conocer los factores de riesgo y métodos diagnósticos actuales, que permitan identificar de manera oportuna, a las pacientes con riesgo de parto pretérmino en nuestra población derechohabiente, ya que por las características del mismo, el porcentaje de pacientes representa alrededor de la tercera parte de la atención obstétrica.

La importancia de este documento, estriba en la atención de un problema muy frecuente en nuestro medio que ocasiona altos costos y saturación de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatales, con un alto índice de morbilidad y mortalidad neonatal.

Por lo anterior, es importante identificar a los factores predictivos existentes en las pacientes que culminaron su embarazo mediante un parto pretérmino, su diagnóstico oportuno y el mejor manejo disponible para tratar de disminuir este problema de salud pública, cuya incidencia no se ha logrado modificar en mucho tiempo.

Se recomienda la difusión de esta Guía de Práctica Clínica al personal de salud involucrado en la atención médica de la paciente obstétrica para alcanzar los objetivos indicados.

El propósito de esta GPC es ser una herramienta para estandarizar el diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino en el segundo y tercer nivel de atención.

#### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino**” 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 segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Unificar criterios para el diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino.
2. Proporcionar los elementos adecuados para la toma de decisiones en el diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino en la actualidad.
3. Presentar los diferentes métodos propuestos para el diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino y su evidencia científica en la práctica clínica.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 DEFINICIÓN

**Parto pretérmino.** Se define como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación o con un peso igual o mayor de 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde 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. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)


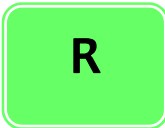

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

<b>Evidencia / Recomendación</b>	<b>Nivel / Grado</b>
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	Ia [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.



Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	BUENA PRÁCTICA

## 4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

### 4.1.1 MEDIDAS GENERALES

#### 4.1.1.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA (PRUEBAS DE TAMIZAJE O SCREENING POBLACIONAL)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Ante la presencia de un parto pretérmino se debe buscar de forma intencionada la presencia de infecciones a través de urocultivo y cultivo de secreción vaginal con el objetivo de especificar el uso de antibiótico.</p>	<p>A Guía Clínica Costa Rica, 2005</p> <p>II ICSI, 2007</p>
 <p>Ante la presencia de parto pretérmino es necesario corroborar por ultrasonido la edad gestacional, para establecer el pronóstico de sobrevida del neonato y sus posibles complicaciones</p>	<p>A COMEGO, 2008</p>

4.1.1.2 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p> <p>Algunos factores de parto pretérmino son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parto pretérmino previo</li> <li>▪ Aborto habitual</li> <li>▪ Anormalidades uterinas</li> <li>▪ Incompetencia cervical</li> <li>▪ Ruptura prematura de membranas</li> </ul>	<p>III [E:Shekelle] British, 2005</p> <p>4 Guía Clínica Costa Rica, 2005</p>
<p><b>R</b></p> <p>El factor de riesgo más importante para predecir parto pretérmino es el antecedente de parto pretérmino</p>	<p>B COMEGO, 2008</p>
<p><b>R</b></p> <p>El Tamizaje de factores de riesgo para parto pretérmino en la población general, no ha mostrado ser de utilidad.</p>	<p>C Guía Clínica Costa Rica, 2005</p>
<p><b>R</b></p> <p>Las pacientes con antecedente de parto pretérmino deben recibir consejo preconcepcional o atención médica temprana en el embarazo.</p>	<p>B COMEGO, 2008</p> <p>C [E: Shekelle] British, 2005</p>

4.1.2 DIAGNÓSTICO  
4.1.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>R</b></p> <p>Los síntomas y signos de parto pretérmino no son específicos y la exploración clínica del cérvix es subjetiva e inexacta para el diagnóstico temprano de esta entidad nosológica.</p>	<p>B COMEGO, 2008</p>
<p><b>E</b></p> <p>El tacto vaginal tiene una reproducibilidad limitada entre los examinadores, especialmente cuando los cambios no son pronunciados</p>	<p>4 COMEGO, 2008</p>
<p><b>R</b></p> <p>No utilice el examen físico del cérvix de manera rutinaria para evaluar el riesgo de todas las pacientes de presentar parto pretérmino.</p>	<p>A Guía Clínica Costa Rica, 2005</p>
<p><b>E</b></p> <p>Se considera la presencia de una amenaza de parto pretérmino de uno o más de los siguientes síntomas y signos:</p> <p>a) Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 4/20 min ó 6/60 min ó más).</p> <p>b) Dilatación cervical igual ó mayor de 2 cm.</p> <p>c) Borramiento cervical igual ó mayor de 80%.</p>	<p>II a [E:Shekelle] British, 2005</p> <p>A,C,R ICSI, 2007</p>

4.1.2.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>R</b></p>	<p>La evaluación ultrasonográfica de la longitud cervical y prueba de fibronectina fetal tienen elevado valor predictivo negativo; por lo tanto, el uso único o de ambas, permite determinar que tipo de pacientes no requerirán tocólisis.</p> <p>C COMEGO, 2008</p>
<p><b>E</b></p>	<p>La amniocentesis puede ser usada en mujeres con amenaza de parto pretérmino para valorar la madurez pulmonar fetal e infección intraamniótica.</p> <p>II 2 ACOG, 2003</p>
<p><b>R</b></p>	<p>No utilice el ultrasonido endovaginal ni la medición de fibronectina fetal para evaluar el riesgo de todas las pacientes</p> <p>B Guía Clínica Costa Rica, 2005</p>
<p><b>R</b></p>	<p>La fibronectina fetal se realizará entre las semanas 24 a 34 de gestación en pacientes con riesgo de parto pretérmino</p> <p>C [E: Shekelle] British, 2005</p>
<p><b>R</b></p>	<p>La medición de la longitud cervical se realizará entre la semana 20.1 a 34 de gestación en pacientes con riesgo de parto pretérmino</p> <p>C [E: Shekelle] Iglesias, 2007</p>

4.1.3 TRATAMIENTO  
4.1.3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<p><b>R</b></p>	<p>No está definido un tocolítico de primera elección para el manejo del parto pretérmino.</p>	<p>A ACOG, 2003</p>
<p><b>R</b></p>	<p>Los antibióticos no parecen prolongar la gestación y solo deben usarse para la profilaxis del estreptococo del grupo B en pacientes en las cuales el parto es inminente.</p>	<p>A COMEGO, 2008</p>
<p><b>R</b></p>	<p>El tratamiento de mantenimiento ya sea con drogas tocolíticas o tocólis repetidas no mejora el resultado perinatal.</p>	<p>A ACOG, 2003</p>
<p><b>R</b></p>	<p>Las drogas tocolíticas pueden prolongar el embarazo de 2 a 7 días permitiendo la administración de esteroides para mejorar la madurez pulmonar fetal y considerar la referencia de la madre a un tercer nivel.</p>	<p>A COMEGO, 2008</p>
<p><b>R</b></p>	<p>Se recomienda el uso de Terbutalina 0.25 mg subcutánea cada 20 minutos a 3 hrs controlando a intervalos regulares la presión arterial y la frecuencia cardiaca en la madre, en conjunto con un control estricto de líquidos.</p>	<p>A ACOG, 2003</p>
<p><b>R</b></p>	<p>Se recomienda el uso de Indometacina 100 mg rectal de dosis inicial, con 25-50 mg VO o VR cada 4-6 horas por un máximo de 48 hrs. Solo utilizar en embarazos con menos de 32 semanas de gestación.</p>	<p>A COMEGO, 2008</p>
		<p>C [E: Shekelle]</p>
		<p>Guía Paciente con síntomas de Amenaza de parto Prematuro, 2007</p>
		<p>C [E: Shekelle]</p>
		<p>Sempertegui, 2008</p>
		<p>C</p>
		<p>[E: Shekelle]</p>
		<p>British, 2005</p>
		<p>D</p>
		<p>Guía Clínica Costa Rica, 2005</p>

**E**

La Dexametasona y Betametasona, esteroides de elección para inducir madurez pulmonar fetal, han demostrado disminuir las complicaciones propias de la prematuridad a corto y largo plazo.

A,B,C,D  
ICSI, 2007

**R**

La administración de 2 dosis de 12 mg de Betametasona o Dexametasona IM, con 12-24 hrs de intervalo, se recomienda como esquema de inducción de madurez pulmonar fetal.

C  
[E:Shekelle]  
British, 2005  
C  
[E: Shekelle]  
British, 2005

A  
Guía Clínica Costa Rica, 2005

**R**

La edad gestacional recomendada para la aplicación de corticoides para inducción de madurez pulmonar fetal en pacientes con riesgo de parto pretérmino es de 24 a 34 SDG.

A  
COMEGO, 2008  
A  
Guía Clínica Costa Rica, 2005

**✓/R**

Las circunstancias clínicas y disponibilidad de los tocolíticos determinarán el tratamiento a emplear.

✓  
Buena práctica

**R**

Los tocolíticos no deben utilizarse como terapia de mantenimiento ni de repetición.

A  
ACOG, 2003

**R**

Utilizar la Indometacina como tocolítico si la paciente presenta enfermedad cardiovascular, hipertiroidismo, diabetes o hipertensión, siempre y cuando se trate de un embarazo igual o menor a 32 SDG.

B  
Guía Clínica Costa Rica, 2005

**R**

Se recomienda el uso de Atosiban administrado con un bolo inicial de 6.7 mg, seguido de 300 mcg por min por 3 hrs, luego 100 mcg por min a completar 48 hrs.

C  
[E: Shekelle]  
Guía Paciente con síntomas de Amenaza de parto Prematuro, 2007

C  
[E: Shekelle]  
Sempertegui, 2008



**R**

Los esteroides se deben indicar para inducir la madurez pulmonar, no se recomiendan ciclos repetidos.

A  
Guía Clínica Costa Rica. 2005

**R**

Existe evidencia del beneficio de la administración de Betametasona y Dexametasona IM aún en casos de parto pretérmino inminente.

A  
COMEGO, 2008  
A  
Guía Clínica Costa Rica. 2005

#### 4.1.3.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**R**

El reposo en cama y la hidratación no parecen mejorar la incidencia de parto pretérmino, por lo cual no debe ser una recomendación rutinaria

B  
ACOG, 2003

**R**

El internamiento prenatal para guardar reposo no ha mostrado ser efectivo en disminuir el parto pretérmino y la morbilidad perinatal, por lo cual se recomienda individualizar cada caso. El reposo absoluto puede presentar efectos adversos en las mujeres y debe evitarse en la medida de lo posible.

B  
Guía Clínica Costa Rica, 2005

B  
Guía Clínica Costa Rica, 2005

### 4.2 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

#### 4.2.1 Criterios técnico médicos de Referencia

##### 4.2.1.1 Referencia al tercer nivel de Atención

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**✓/R**

Será motivo de referencia embarazos con fetos potencialmente viables (27-32 SDG) en caso que la unidad de referencia, no cuente con unidad de terapia intensiva neonatal

✓  
Buena práctica

### 4.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

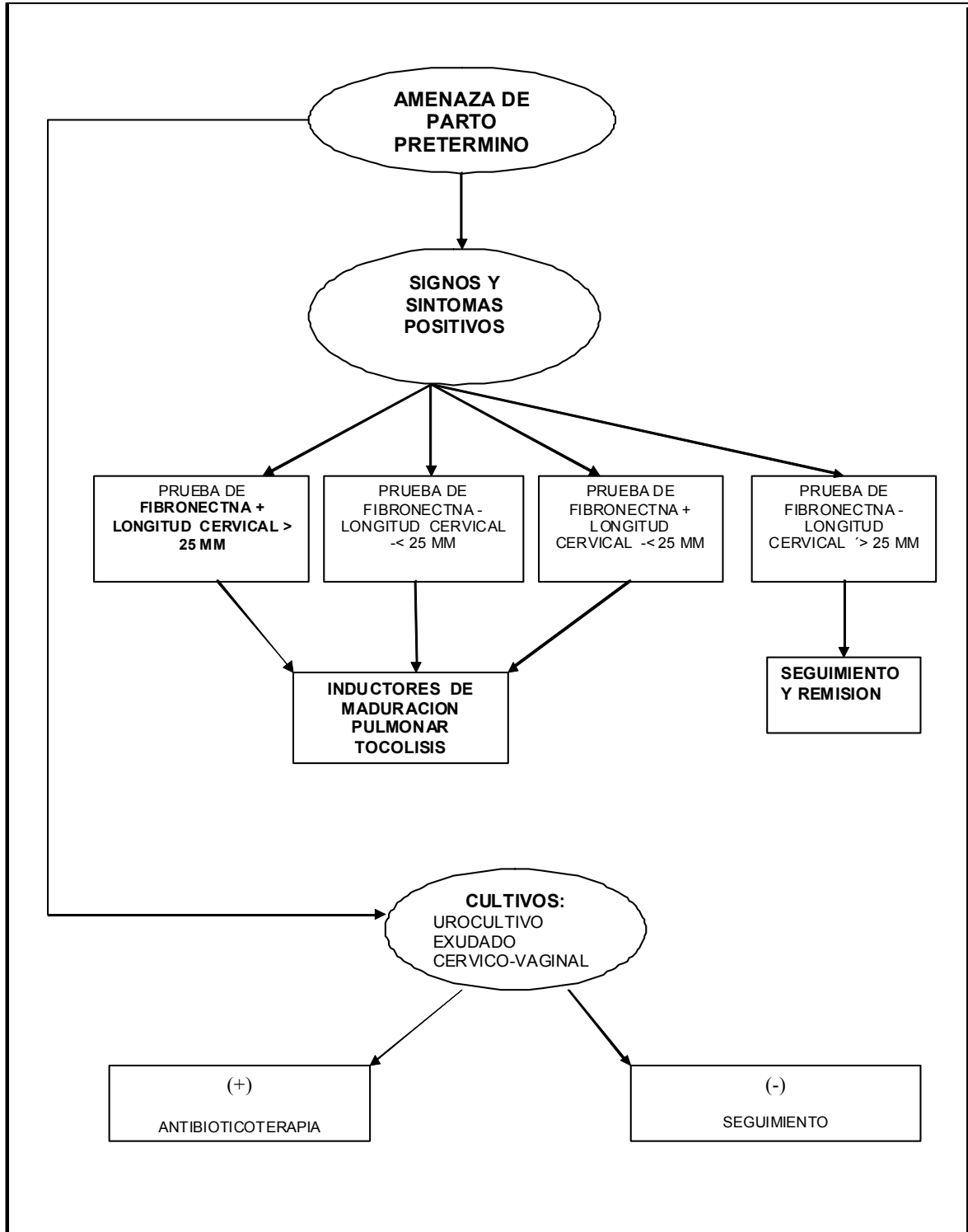
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>E</b> La determinación de edad gestacional en que se presenta el parto pretérmino marcará el pronóstico de sobrevida y complicaciones a corto y largo plazo del neonato.	A,C,R ICSI. 2007  A COMEGO, 2008  III [E: Shekelle] British, 2005
<b>✓/R</b> Las pacientes con pruebas diagnósticas positivas (longitud cervical $\leq$ de 25 mm ó Fibronectina Fetal (FNF) +) se citarán a los 14 días de la primera evaluación para nuevo control de una o ambas pruebas.	✓ Buena práctica
<b>✓/R</b> En caso de resultar FNF positiva en el estudio control, se repetirá cada 14 días hasta reportarse negativa y/o alcanzar la semana 34 de gestación	✓ Buena práctica
<b>✓/R</b> En caso de longitud cervical $\leq$ de 25 mm se repetirá el estudio cada 14 días hasta alcanzar la semana 34 de gestación	✓ Buena práctica

### 4.4 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

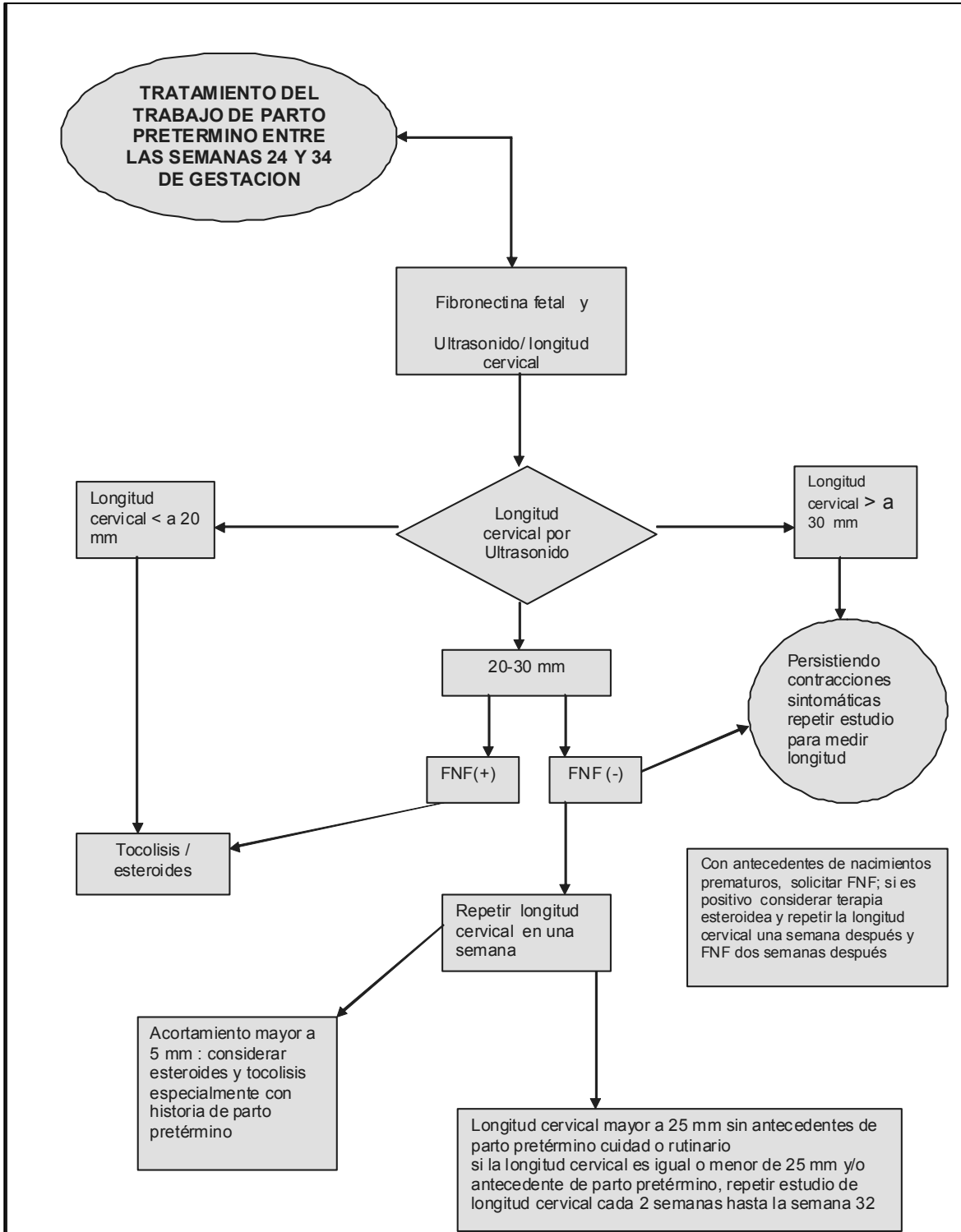
Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<b>✓/R</b> Toda paciente deberá cubrirse con incapacidad de acuerdo a su estancia hospitalaria.	✓ Buena práctica
<b>✓/R</b> La continuidad de la incapacidad se valorará de acuerdo a la evolución clínica y pruebas diagnósticas específicas.	✓ Buena práctica

## ALGORITMOS

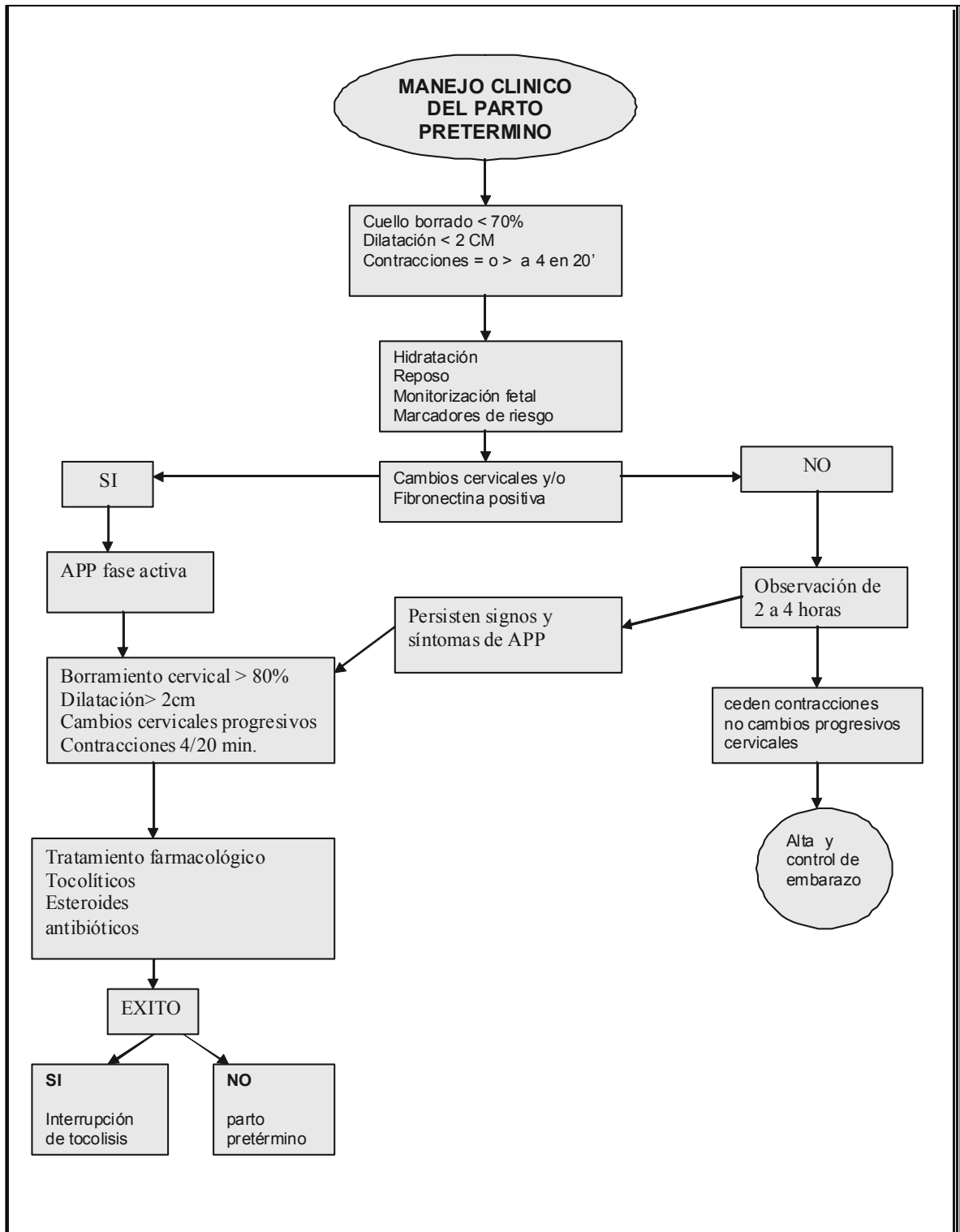
ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO



**ALGORITMO 2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL PARTO PRETÉRMINO**



**ALGORITMO 3. MANEJO CLÍNICO DEL PARTO PRETÉRMINO**



## 5. DEFINICIONES OPERATIVAS

**Parto pretérmino de extrema prematuridad.** Cuando el parto ocurre antes de la semana 28 de gestación, representando el 10% de los casos de parto pretérmino, concepto plasmado en la referencia No 3 y 5.

**Parto pretérmino de gran prematuridad.** Cuando el parto ocurre entre la semana 28 y 32 de gestación, representando un 20% de los casos de parto pretérmino.

**Parto pretérmino de prematuridad media.** Cuando el parto ocurre entre la semana 33 y 36 de gestación, representando un 70% de los casos de parto pretérmino.

**Parto pretérmino espontáneo.** Es el que ocurre sin causa conocida o identificada y son los más frecuentes.

**Parto pretérmino inducido.** Es el que ocurre por situaciones obstétricas que pueden comprometer el pronóstico materno o fetal.

**Signos y síntomas tempranos de parto pretérmino:** Son inespecíficos y comprenden dolor tipo cólico parecido a la menstruación, dolor lumbar bajo y constante, contracciones uterinas de intensidad leve a intervalos irregulares, con o sin pérdidas transvaginales

**Trabajo de parto pretérmino.** Se considera un síndrome caracterizado por el borramiento y dilatación del cérvix uterino, o por aumento de la irritabilidad uterina a causa de diversos factores que varían según la edad gestacional, concepto especificado en la Revista Médica del IMSS en el año 2005.

## 6. ANEXOS

### 6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y manejo del parto pretérmino

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y manejo del parto pretérmino en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontraron 6 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG). Management of preterm labor. Washington (DC): American College Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2003 May. 9 p. (ACOG practice bulletin, No. 43).
2. Guideline. Tratamiento y prevención de parto pretérmino. Centro Cochrane de Centroamérica 2005 ([http:// www.cochrane.ihcai.org/programa](http://www.cochrane.ihcai.org/programa) seguridad paciente Costa Rica).
3. Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y manejo del Parto Pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO).2008; págs: 129-149.
4. Guideline. Management of labor. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); Mar 2007. p.72

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: preterm labor y preterm birth.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

## **6.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN**

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.



**CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES**

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

**CUADRO II. NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNECOLOGIST (ACOG). 2003****Niveles de evidencia**

Nivel	Significado
I	Evidencia obtenida de por lo menos un buen ensayo clínico controlado aleatorizado
II-1	Evidencia obtenida de un buen ensayo clínico controlado no aleatorizado
II-2	Evidencia obtenida de un buen estudio de cohorte o casos-controles, de preferencia de más de un centro o grupo de investigación
II-3	Evidencia obtenida de múltiples series con o sin intervención. Resultados relevantes en experimentos no controlados pueden ser incluidos en este tipo de evidencia
III	Evidencia procedente de opinión de expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comité de expertos. Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y de casos

**Fuerza de la recomendación**

Grado	Significado
A	Recomendaciones basadas sobre las mejores y consistentes evidencias científicas
B	Recomendaciones basadas sobre evidencias científicas limitadas o inconsistentes.
C	Recomendaciones basadas principalmente sobre opinión y consenso de expertos

Fuente: American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG). Management of preterm labor. Washington (DC): American College Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2003 May. 9 p.

**Cuadro III. Guías de Práctica Clínica. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. (COMEGO) 2008**

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	ESTUDIOS EN QUE SE BASA
A	1a	Revisión sistemática de ensayos con asignación aleatoria (sin heterogeneidad), sin variaciones relevantes en la dirección y magnitud de los resultados entre los estudios individuales, con poder estadístico
	1b	Ensayo clínico individual con asignación aleatoria, con intervalo de confianza estrecho (resultados concluyentes), con poder estadístico
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte
	2b	Estudio de cohorte individual bien diseñado. Ensayo clínico con asignación aleatoria de baja calidad (sesgos en aleatorización, en cegamiento o con menos de 80% de seguimiento)
C	3a	Revisión sistemáticas de estudios de casos-control
	3b	Estudios de casos-control individual bien diseñado
	4	Estudios de cohorte de baja calidad, estudios de casos-control de baja calidad, serie de casos
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita, basada en la fisiología o en principios fisiopatológicos

Fuente: Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y manejo del Parto Pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO).2008

**CUADRO IV. TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. CRITERIOS TÉCNICOS Y RECOMENDACIONES BASADAS EN EVIDENCIA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. COSTA RICA 2005**

Niveles de Evidencia para tratamiento		
Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A (extremadamente recomendable)	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none*)
B (recomendación favorable)	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso-control individuales.
C	4	

(recomendación favorable, pero no concluyente)		Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D (corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación)	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

**Fuente:** Guideline. Tratamiento y prevención de parto pretérmino. Centro Cochrane de Centroamérica 2005 (<http://www.cochrane.ihcai.org/programa> seguridad paciente Costa Rica).

**CUADRO V. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI) MANAGEMENT OF LABOR. 2007**

<b>Clases</b>	<b>Reportes primarios de información de nueva colección</b>
CLASE A	Estudios aleatorizados y controlados
CLASE B	Estudio de cohorte
CLASE C	Ensayo clínico controlado no aleatorizado con un estudio concurrente o estudio de casos y controles. Estudio con sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica Estudio descriptivo de base poblacional.
CLASE D	Estudio seccional Serie de casos Reporte de casos
<b>Clases</b>	<b>Reportes que sintetizan o reflejan colecciones de reportes primarios</b>
CLASE M	Meta-análisis Decisión-análisis Análisis de costo-beneficio Análisis de costo-efectividad.
CLASE R	Artículo de Revisión Reporte de consenso Consenso de comité de expertos
CLASE X	Opinión médica

<b>Grados de Recomendación</b>	
<b>GRADO I</b>	La evidencia es obtenida del resultado de estudios de diseño sólido que responden a la pregunta de investigación. Los resultados son clínicamente importantes y consistentes con excepciones menores. Los resultados se encuentran libres de dudas serias acerca de la generalización, sesgos y fuga de información en el diseño de investigación. Los estudios con resultados negativos tienen ejemplos suficientemente extensos para tener poder estadístico adecuado.
<b>GRADO II</b>	La evidencia es obtenida del resultado de estudios de diseño sólido que responden a la pregunta de investigación pero con inconsistencias entre los resultados de diferentes estudios o debido a las dudas de generalización, sesgos y dudas de información en el diseño o tamaño de la muestra inadecuado. Alternativamente la evidencia es obtenida de estudios con diseño débil, y cuyos resultados han sido confirmados en otros estudios consistentes.
<b>GRADO III</b>	La evidencia es obtenida del resultado de un número limitado de estudios de diseño débil para responder a la pregunta de investigación. La evidencia obtenida de estudios de diseño sólido no esta disponible, debido a que no se han realizado estudios de diseño adecuado o los estudios que se han realizado no son concluyentes debido a la falta de generalización, sesgos o tamaño de la muestra inadecuado.
<b>GRADO IV</b>	La evidencia consiste únicamente en los argumentos en experiencia clínica, no sustentable, por ningún estudio de investigación.

Fuente: Guideline. Management of labor. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); Mar 2007. p.72

## 6.3 MEDICAMENTOS

**CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE PARTO PRETÉRMINO**

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1545	Atosiban	Bolo inicial de 6.75, seguido de 300 mcg en 3 hrs y luego 100 mcg x min a completar 48 hrs.	6.75 mg/ envase con 0.9 ml (inyectable)	Máximo 48 hrs	<p>MATERNOS</p> <p>Presentación poco frecuente de náusea, vómito, cefalea y dolor torácico, sin requerir discontinuar el medicamento.</p> <p>FETALES. No se han reportado.</p>	No combinarse con otros medicamentos.	Ninguna conocida, hipersensibilidad a la fórmula
1546			37.5 mg/ envase con 5.0 ml (inyectable)				
2141	Betametasona	12 mg IM cada 12 o 24 hrs por 2 dosis (24 mg en total)	Fosfato sódico de betametasona 5.3 mgs; equivalente a 4 mg de betametasona/ envase con un frasco ampula o una ampolleta con 1 ml.	Máximo por 48 hrs	<p>MATERNOS.</p> <p>Infección, hiperglucemia, edema pulmonar y supresión adrenal.</p> <p>FETALES. No hay reportes en los esquemas recomendados (esquema único).</p>	Disminuye su efecto con: fenobarbital, fenitoína, rifampicina al aumentar su biotransformación. Aumenta la irritación gastrointestinal con antiinflamatorios no esteroideos y alcohol. Incrementa la hipokalemia producida por tiacidas y furosemide.	Diabetes materna descontrolada. Infección activa

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4241	Dexametasona	12 mg IM cada 12 o 24 hrs por 2 dosis (24 mg en total).	Fosfato sódico de dexametasona equivalente a 8 mg/ envase con un frasco ampula o ampolleta con 2 ml.	Máximo por 48 hrs.	MATERNOS. Infección, hiperglucemia, edema pulmonar y supresión adrenal.  FETALES. No hay reportes en los esquemas recomendados (esquema único).	El fenobarbital, la fenitoína y la rifampicina disminuyen su efecto por biotransformación. La indometacina y la aspirina aumentan el riesgo de úlcera péptica. Los diuréticos tiazídicos y furosemide favorecen el desarrollo de hipokalemia.	Diabetes materna descontrolada. Infección activa.
3412	Indometacina	100 mg inicial vía Rectal, con dosis de mantenimiento de 25 a 50 mg VO o VR cada 4 a 6 hrs por un máximo de 48 hrs.	100 mg/ envase con 6 o 15 supositorios	Máximo por 48 hrs	MATERNOS. Pirosis, náuseas.  FETALES: Constricción del ducto arterioso, hipertensión pulmonar, disminución reversible en la función renal con oligohidramnios, hemorragia intraventricular, hiperbilirrubinemia y enterocolitis necrotizante.	No debe de administrarse asociado a: ácido acetilsalicílico, diflunisal, anticoagulantes, probenecid, ciclosporina. Asociado con los diuréticos disminuye su efecto natriurético y antihipertensivo. Aumenta la concentración de digoxina.	Daño hepático o renal significativo. Enfermedad ácido péptica activa. Trastorno de coagulación y trombocitopenia. Hipersensibilidad a los AINEs y Asma. Embarazos mayores de 32 SDG, fetos con restricción del crecimiento y/o oligohidramnios.
3413			25 mg/ envase con 30 cápsulas				

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
0597	Nifedipino	10 mg VO cada 15 min durante la primera hora, hasta que se detengan las contracciones, máximo 40 mg. Luego 60 a 160 mg.	10 mg/ envase con 20 cápsulas	Máximo 7 días	<p>MATERNOS. Rubor, cefalea, mareo, náuseas e hipotensión transitoria (&lt;15 mm Hg en la sistólica y &lt; de 10 mm en la diastólica asociado a &gt; 10 lts x min en la FC).</p> <p>FETALES. No se han reportado</p>	Con betabloqueadores se favorece la hipotensión e insuficiencia cardíaca, la ranitidina disminuye su biotransformación y con jugo de toronja puede aumentar su efecto hipotensor, con diltiazem disminuye su depuración y fenitoina su biodisponibilidad.	Hipotensión Materna menor de 90/50. Enfermedad cardíaca, utilizar con precaución en enfermedades renales.
0432	Terbutalina	0.25 mg Subcutánea cada 20 min a 3 hrs.	0.25 mg/ envase con 3 ampollitas	No mayor a 7 días	<p>MATERNOS Taquicardia, edema agudo de pulmón, hiperglucemia, isquemia miocárdica, hipokalemia.</p> <p>FETALES Taquicardia, hiperinsulinemia, hiperglucemia, hipertrofia miocárdica y septal, isquemia miocárdica</p>	Con inhibidores de la MAO se puede presentar hipertensión arterial sistémica sostenida. Con bloqueadores adrenérgicos beta (propranolol) se inhibe el efecto broncodilatador del fármaco.	Enfermedad Cardiovascular, hipertiroidismo, Diabetes, Hipertensión e Hipotensión.

## 7 . BIBLIOGRAFÍA

1. Berghella V, Hayes E, Visintine J, Baxter J. Fetal fibronectin testing for reducing the risk of preterm birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2008 Oct 8;(4): CD006843.
2. Calderón G, Vega M, et al. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev Med IMSS* 2005; 43 (4): 339-342.
3. Castaigner V, Picone O, Frydman R. *Accouchement du premature*. EMC (Elsevier SAJ Paris).
4. Crowther C, Harding J. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003935.DOI: 10.1002/14651858.CD003935.pub2
5. Doyle L, Crowther C, Middleton P, Marret S. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD004661.DOI:10.1002/14651858.CD004661.pub 2.
6. *Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y manejo del Parto Pretérmino*. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO).2008; p: 129-149.
7. *Guía para Atención del Paciente con síntomas de Amenaza de Parto Prematuro*. 2007. Compañía Suramericana de Servicios de salud. SA.
8. *Guidelines*. American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG). Management of preterm labor. Washington (DC): America College Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2003 May. 9 p. (ACOG practice bulletin, no. 43).
9. *Guideline*. Assessment of risk factors for preterm birth. American College of Obstetricians and Gynecologists; Oct 2001.p.8. ACOG Practice Bulletin No. 31. p.1-5.
10. *Guideline*. Management of labor. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); Mar 2007. p.72
11. *Guideline*. Perinatal care at the threshold of variability. America College of Obstetricians and Gynecologists, Sep 2002 p.8. ACOG Practice Bulletin No 38 p. 1-7.
12. *Guideline*. Tratamiento y prevención de parto pretérmino. Centro Cochrane de centroamerica ([http:// www.cochrane.ihcai.org/programa](http://www.cochrane.ihcai.org/programa) seguridad paciente Costa Rica).



13. Hollier L. Preventing preterm birth. What works, what doesn't. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60 (2): 124-131.
14. Iglesias M, Samoroo J, Casanova E, Uzcátegui O. Parto Pretérmino: Valor predictivo del estrijo salival, vaginosis y longitud cervical. *Rev Obs Ginecol Venez* 2007; 67(3):143-151.
15. McDonald H, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD000262. DOI:10.1002/14651858.CD000262.pub 3.
16. Morrison J. Preterm labor: Prediction and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005 ; 32 (3): 341- 532.
17. Obstetric Guideline 2a. Preterm labor. British Columbia Reproductive Program, March 2005. P.1-18.
18. Papatsonics D, Flenady V, Cole S, Liley H. Oxitocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD004452. DOI:10.1002/14651858.CD004452.pub2
19. Sempertegui AJ, Fármacos tocolíticos utilizados en la amenaza de parto pretermino.
20. Stetzer B, Mercer B. Antibiotics and preterm labor. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43 (4): 809-17.
21. Tucker J, Mc Guire W. Epidemiology of preterm birth. *Br Med J* 2004; 329(7467): 675-678.
22. Whitworth M, Quenby S. Prophylactic oral betamimetics for preventing preterm labour in singleton pregnancies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD006395. DOI:10.1002/14651858.CD006395. pub 2

## 8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

### Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Efrain Arizmendi Uribe	Delegado Delegación Norte del Distrito Federal
Dr. Ricardo Aviles Hernández	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Norte del Distrito Federal
Dr. Ricardo Martínez Aguirre	Director Hospital Gineco-Pediatría 3-A, D. F.
Ing. Jorge Luis Hinojosa Moreno	Delegado Delegación Regional Nuevo León
Dr. Francisco Filiberto Fabela Blas	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Regional Nuevo León
Dr. Miguel Eloy Torcida González	Director UMAE HGO No 23. Monterrey, Nuevo León
Lic. Salvador Enrique Rochin Camarena	Delegado Delegación Sur del Distrito Federal
Dr. Evaristo Hinojosa Medina	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Sur del Distrito Federal
Dr. Gilberto Tena Alvarez	Director UMAE HGO No 4. D.F.
Lic. Francisco Javier Bermudez Almada	Delegado Delegación Estatal Puebla
Dr. Eduardo Ramón Morales Hernández	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Estatal Puebla
Dr. Víctor Amaral Sequiera Herrera	Director Hospital Regional No. 36, Puebla
Lic. Benito Gerardo Carranco Ortiz	Delegado Delegación Estatal Jalisco
Dr. Manuel Cervantes Ocampo	Jefe De Prestaciones Médicas Delegación Estatal Jalisco.
Dr- Gerónimo A. Hernández Arévalo	Director UMAE HGO, Guadalajara, Jalisco
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (comisionado)
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Analista UMAE HE CMNR
Lic. Uri Iván Chaparro González	Analista UMAE HO CMN SIGLO XXI

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE**  
**División de Excelencia Clínica**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

## 10. DIRECTORIO

### DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

#### **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
**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 Morin  
**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**

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno  
**Director de Prestaciones Médicas**

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno  
**Titular de la Unidad de Atención Médica**

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández  
**Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad**

Dra. Leticia Aguilar Sánchez  
**Coordinadora de Áreas Médicas**

## 11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico