



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Huamán-Guerrero, Moisés

PARTO PRETÉRMINO: DIAGNÓSTICO

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 54, núm. 1, enero-marzo, 2008, pp. 22-23

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PARTO PRETÉRMINO: DIAGNÓSTICO

RESUMEN

Se hace una breve presentación sobre los parámetros en los que se basa el diagnóstico del parto pretérmino, señalándose las situaciones de dinámica uterina, modificaciones del cérvix y hallazgos ecográficos que pudieran presentarse.

PALABRAS CLAVE: parto pretérmino, diagnóstico, cérvix uterino, ecografía.

Preterm birth: diagnosis

ABSTRACT

We do a brief presentation on the parameters for preterm labor diagnosis, including uterine dynamics, uterine cervix modifications and ultrasound findings.

KEY WORDS: preterm birth, diagnosis, uterine cervix, ultrasound.

INTRODUCCIÓN

La OMS y la FIGO definen el parto pretérmino como aquel que ocurre entre las 22 y 37 semanas de gestación; representa el 8 al 10% de los partos y es la principal causa de morbilidad neonatal por las complicaciones: síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, septicemia, enterocolitis necrotizante y muerte. A menor edad gestacional y menor peso, estas complicaciones son más frecuentes y graves.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la presencia de uno o más de los parámetros: contracciones uterinas prematuras, y/o cambios cervicales (dilatación y/o borramiento), sangrado vaginal, consecuencia de la activación de la interfase decidua-membranas corioamnióticas. En algunos casos el diagnóstico es seguro, en otros serán necesarias reevaluaciones clínicas y/o pruebas adicionales; hay sobrediagnósticos y subdiagnósticos, situación más riesgosa considerando que la respuesta terapéutica depende de la rapidez de su inicio. Pueden darse diferentes situaciones:

Escenario 1

Gestante entre 22 y 37 semanas con dinámica uterina regular (2 a 3 contracciones cada 10 minutos,

Moisés Huamán-Guerrero

Médico Ginecólogo-Obstetra
Director Instituto Latinoamericano de Salud Reproductiva (Ilsar).

Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:22-23

de buena intensidad) y dilatación de 2 cm a más; en estos casos, el diagnóstico de trabajo de parto prematuro es más seguro (sensibilidad 50 a 65%, especificidad 91 a 94%).

Escenario 2

Dinámica uterina regular, pero el cérvix está cerrado o es permeable a menos de 2 cm; en estos casos, el diagnóstico no es definitivo y tendrá aplicación la cardiotocografía y la cervicometría por ecografía transvaginal, que es el parámetro más seguro de pronóstico, considerando que si la distancia del orificio interno al externo es menor de 20 mm, el riesgo del parto prematuro es alto (S: 75 a 100%, E: <50%), por lo que se puede afirmar que el ultrasonido tiene alto valor predictivo, pero no diagnóstico, y que el examen físi-

co dará el diagnóstico definitivo de parto prematuro. La cardiotocografía, si bien agrega costos, es importante, considerando que las pacientes perciben menos de la mitad de las contracciones que realmente se producen.

Escenario 3

Dinámica uterina irregular, con contracciones espaciadas y de intensidad baja, cérvix con dilatación menor de 2 cm. El diagnóstico definitivo se alcanzará con la conducta del escenario 2. El diagnóstico es con frecuencia retrospectivo.

Escenario 4

Cambios cervicales como acortamiento, reblandecimiento, centralización, permeabilización, sin dinámica uterina demostrable clínica o tocográficamente; en estos casos, realizar la cervicometría vaginal,

buscando parámetros de riesgo, como longitud cervical menor de 20 mm, embudización de las membranas en el endocérvix, en cuyo caso, es más importante la longitud del segmento de cérvix residual que la profundidad del embudo, como predictor de parto pretérmino.

El sangrado vaginal es 3 veces más frecuente en el parto pretérmino que en el de término, y puede ser considerado como predictor clínico en cualquiera de los escenarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andersen HF, Nugent CE, Wanty SD, et al. Prediction of risk for preterm delivery by ultrasonographic measurement of cervical length. Am J Obstet Gynecol. 1990;163: 859.
2. Cabero LI. Parto pretérmino. En: Lluis Cabero Roura (editor). Elevado Riesgo Obstétrico. Barcelona: Masson SA; 1996: 47-95.
3. Cabero LI, Cerquera MJ. Amenaza de parto prematuro. En: Protocolos de Medicina Materno Fetal (Perinatología). 2^{da} edición. Madrid: Ediciones Ergon, SA; 2000:56-60.
4. Canete L.M. Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Edit Fiscam, 2003:139-50.
5. Freitas F, Lópes G, Martins-Costa S. Conducta no parto pretérmino. Medicina Materna e Perinatal. Edit. Revinter. 2000:131-5.
6. Gomez R, Galasso M, et al. Ultrasonographic examination of uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labor and intact membranes. Am J Obstet Gynecol. 1994;171:956.
7. Lams JD. Prediction and early detection of preterm labor. Obstet Gynecol. 2003;101 (2):402-12.
8. Miskovic B, Klobucar A, Kos M, Latin V. Evaluación del cérvix durante el embarazo. Ecografía en Medicina Materno- Fetal. Barcelona: Masson SA; 2001:325-30.
9. Pacora P, Romero R. El parto pretérmino y el nacimiento prematuro. En: Pacheco J (editor). Ginecología, Obstetricia y Reproducción, 2^{da} Edición. 2007:1244-67.
10. Ramos JG, Martins Costa S. Parto prétermino. En: Freitas FM, Martins-Costa S, Ramos JGL y col. Rotinas em Obstetrícia. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993:119-29.
11. Romero R, Chaimorapongsa, T, Espinoza J. Micronutrients and intrauterine infection, preterm birth and the fetal inflammatory response syndrome. J Nutr. 2003;133:1668S-1673S.
12. Stubbs TM, Van Dorstein JP, Clinton MM. The preterm cervix and preterm labor. Am J Obstet Gynecol. 1986;155:829.