



INFORMACION PARA PROFESIONALES

PARTO PREMATURO: PREVENCIÓN Y MANEJO

Am Fam Physician. 2017 Mar 15;95(6):366-372.

En los Estados Unidos, el parto prematuro es la principal causa de morbilidad neonatal y es el motivo más común de hospitalización durante el embarazo. La tasa de parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación) ha estado disminuyendo desde 2007. El diagnóstico clínico de parto prematuro se realiza si hay contracciones regulares y cambios cervicales concomitantes. Menos del 10% de las mujeres con un diagnóstico clínico de parto prematuro darán a luz dentro de los siete días de la presentación inicial. Las mujeres con un antecedente de parto prematuro espontáneo tienen 1,5 a dos veces más probabilidades de tener un parto prematuro en embarazos posteriores. El uso de progesterona prenatal se asocia con una disminución significativa en el parto prematuro en ciertas mujeres embarazadas. Las recomendaciones actuales son prescribir progesterona vaginal en mujeres con un cuello corto y sin antecedentes de parto prematuro y usar suplementos de progesterona independientemente de la longitud cervical en mujeres con antecedentes de parto prematuro espontáneo. El cerclaje cervical se ha utilizado para ayudar a corregir defectos estructurales o debilitamiento cervical en mujeres de alto riesgo con un cuello uterino acortado. Un pulso de corticosteroides es la única intervención prenatal que ha demostrado mejorar los resultados neonatales después del parto, incluyendo una reducción en la mortalidad neonatal, hemorragia intracraneal, enterocolitis necrotizante e infección neonatal. Los tocolítics, especialmente los inhibidores de prostaglandina y los bloqueadores de los canales de calcio, pueden dar tiempo para la administración de corticosteroides prenatales y transferirlos a un centro de atención terciaria si es necesario. Cuando se usa en poblaciones específicas de riesgo, el sulfato de magnesio proporciona neuroprotección y disminuye la incidencia de parálisis cerebral en neonatos prematuros.

Traducción: Dr. Javier Caballero R.