
PROTOCOLO: ASISTENCIA AL PARTO DEL PREMATURO EN GESTACIONES ÚNICAS

ASISTENCIA AL PARTO DEL PREMATURO EN GESTACIONES ÚNICAS
--

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

En relación a la atención al parto de un prematuro, especialmente, si el parto se produce antes de las 35.0 semanas de gestación, se deben tener en cuenta algunas consideraciones distintas a las que se tienen en un parto a término. El objetivo de este protocolo es detallar, de manera esquemática, aquellos aspectos a considerar (antes, durante y después del parto) en la atención del parto de un prematuro.

2. CONSIDERACIONES ANTES DEL PARTO

- Recordar iniciar la siguiente **medicación** en la paciente en trabajo de parto:
 - Sulfato de Magnesio si < 32.0 semanas o <34.0 semanas en caso de feto CIR (ver protocolo “neuroprofilaxis”). Se aconseja introducir el MgSO4 solamente ante riesgo de parto inminente o progresión imparable de condiciones cervicales (o bien porque progresa a pesar de tocolisis, o bien porque no está indicada la tocolisis) en una paciente previamente estable.
 - Antibiótico: si la paciente no recibía antibioterapia previa, valorar inicio de antibiótico si:
 - Cultivo vagino-rectal para SGB positivo o desconocido (ver protocolo “prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B”).
 - Sospecha clínica de corioamnionitis (ver protocolo “corioamnionitis”).
 - RPM (ver protocolo “rotura prematura de membranas”).

- Contactar con **Neonatología**: se debe intentar contactar con Neonatología con la máxima antelación posible, dado que el escenario óptimo implica que el neonatólogo pueda estar presente en la sala de partos durante la asistencia al parto y para realizar una valoración inmediata al neonato. La información mínima que debe transmitirse siempre es:
 - Verificar la disponibilidad de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) para asumir el prematuro.
 - Información relacionada con la gestación:
 - Identificación de la paciente (nombre y número de historia clínica)
 - Edad gestacional, peso fetal estimado y sexo.
 - Antecedentes relevantes y resumen breve del episodio actual (incluir serologías y SGB).
 - Si existe sospecha de infección y resultados de amniocentesis/cultivos.

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL PARTO DEL PREMATURO EN GESTACIONES ÚNICAS

- Tratamiento recibido: administración de corticoides (nº dosis), antibióticos y/o MgSO₄.
- En el caso de RPM: tiempo desde RPM y tiempo de anhidramnios.
- Pronóstico de parto:
 - Tiempo esperado hasta el parto (inminente vs intento de tocolisis)
 - Vía del parto (recordar que, ante una cesárea con anestesia general, se debe informar a neonatología y realizar la cesárea de manera urgente tan pronto como anestesia permita iniciar la cirugía y pinzar el cordón inmediatamente tras la salida del neonato con el objetivo de reducir al mínimo los efectos sobre el neonato secundarios a la anestesia general materna).
- Contactar con equipo de **Matronas:**
 - Asegurar la comunicación de neonatología con equipo de matronas para confirmar disponibilidad de todo el material necesario en la sala de reanimación de partos para el momento del nacimiento. En general, el material necesario es:
 - Cuna de reanimación precalentada.
 - Material de estabilización cardio-respiratoria (sistema de aspiración, pulsioxímetro, sistema de ventilación).
 - Medicación para reanimación inmediata (adrenalina) y surfactante.
 - Sistema de humidificación y calentamiento a 37°C de gases medicinales para neonatos.
 - Gorro precalentado, tallas calientes y bolsa de polietileno precalentada para neonatos < 32s y /o < 1500g.
 - Incubadora de transporte enchufada y encendida a 36.5-37°C.
 - Asegurar la disponibilidad de una matrona y soporte auxiliar para atención del recién nacido y solicitar apoyo de la enfermera neonatal en prematuridad extrema (si < 28 semanas).
 - Adecuar la temperatura ambiente: sala de partos, quirófano y sala de reanimación neonatal (si es una estancia diferente) a 25-27°C (recordar que tras la salida del neonato de sala de partos puede reducirse la temperatura según indicación del equipo médico). Evitar corrientes de aire.
- Contactar con **Anestesiología:**
 - Informar de la vía del parto prevista.
 - Prever las potenciales dificultades en la extracción si es por cesárea: edades gestacionales muy precoces, oligohidramnios de larga evolución.
 - Informar de las posibles complicaciones (anillo uterino, hemorragia masiva...) para tener en cuenta potenciales soluciones como el uso de útero-relajantes (nitroglicerina) o la administración precoz de uterotónicos.

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL PARTO DEL PREMATURO EN GESTACIONES ÚNICAS

- **Informar a los padres:** Debe hacerse conjuntamente con Neonatología. Se debe informar a los padres de las posibles complicaciones neonatales intraparto y postparto según la edad gestacional y la vía del parto; y de posibles complicaciones maternas (especialmente ante partos o cesáreas a edades gestacionales muy precoces). Todas las actuaciones previstas en cada caso deben explicarse a los padres y es de vital importancia el consenso de nuestra actuación con ellos, especialmente en edades gestacionales muy extremas. A la hora de asesorar a los padres será de importancia conocer el pronóstico respecto supervivencia y secuelas del prematuro según la edad gestacional, el peso, etc., cifras que pueden variar según el centro y que deben darse por parte de neonatología.

3. MANEJO DEL PARTO PREMATURO

Aspectos a tener en cuenta durante el trabajo de parto:

- Recomendamos la posición de litotomía para el parto de cara a las actuaciones que deberemos realizar durante y tras el nacimiento del neonato.
- Recomendamos en nuestro centro la monitorización cardiotocográfica continua, a pesar de la escasa evidencia sobre el efecto de la monitorización continua versus intermitente en los resultados perinatales en prematuros y teniendo en cuenta que un registro cardiotocográfico correcto tiene un alto valor predictivo negativo (VPN) pero un registro poco satisfactorio no traduce necesariamente hipoxia ni acidosis fetal (especialmente en partos prematuros).
- Se contraindica la realización de pH calota fetal en gestaciones <34.0 semanas. Dada la escasa literatura disponible, es controvertida la indicación de su realización entre 34.0 y 36.6. Por tanto, podrá indicarse puntualmente en pacientes con un pronóstico de parto vaginal favorable (buena progresión del parto y condiciones cervicales avanzadas).
- Si el parto requiere de una instrumentación, el fórceps o las espátulas de Thierry son los instrumentos de elección en partos prematuros. El vacuum es una contraindicación absoluta si edad gestacional <34.0 semanas; y relativa entre 34.0 y 36.0 semanas (poca evidencia en las guías clínicas).
- Informar a neonatología de que va a tener lugar el parto. En los partos de menos de 30 semanas, la intención del aviso no es sólo que el neonatólogo esté en la sala de reanimación, sino que esté presente dentro de la sala de partos durante el parto. En caso de que el parto se produzca mediante cesárea, se procederá a la entrada de un neonatólogo en quirófano (si menos de 30 semanas), que deberá realizar todas las medidas de asepsia establecidas y colocarse bata y guantes estériles para poder recoger al neonato y realizar la evaluación inicial que se describirá posteriormente.

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL PARTO DEL PREMATURO EN GESTACIONES ÚNICAS

Elección de la vía del parto:

- Parto ≥ 26.0 semanas:

- Si presentación CEFÁLICA: recomendaremos el parto vaginal como vía de elección (en ausencia de contraindicaciones materno-fetales a la vía vaginal).
- Si presentación NO CEFÁLICA: recomendaremos la cesárea como vía del parto de elección.

- Parto alrededor de la viabilidad: entre 23.0 (ó 24.0 según centros) y < 26.0 semanas:

- Si presentación CEFÁLICA: Parto vaginal como vía de elección (en ausencia de contraindicaciones materno-fetales a la vía vaginal).
- Si presentación PODÁLICA: Existe controversia en relación a la vía del parto de elección. Teniendo en cuenta:
 1. La limitación de la evidencia disponible: controversia sobre la vía del parto entre la revisión sistemática de 2013 y del 2018 (sin existir estudios prospectivos ni randomizados) y apenas información sobre las 23 semanas;
 2. La dificultad técnica y el riesgo de morbilidad derivado de la realización de una cesárea en esta franja de edad gestacional;
 3. y los resultados de morbimortalidad en edad gestacional extrema, que pueden diferir según el centro

Consideramos que los potenciales riesgos/beneficios no son suficientes para realizar una recomendación firme, puesto que dependen enormemente de la edad gestacional, la progresión del parto, la experiencia del profesional que atiende dicho parto y las características de la paciente. La vía del parto en estas situaciones deberá individualizarse según cada caso por los especialistas que asistan el parto.

En estos casos es muy importante **consensuar la vía del parto con los padres y los neonatólogos.**

Es por ello que en nuestro centro, dado que la viabilidad se sitúa a partir de las 23.0 semanas (aunque cabe individualizar cada caso y consensuarlo siempre con los padres), la propuesta es:

- Si dinámica uterina instaurada, condiciones de parto (aproximadamente >3-4cm de dilatación y primer plano de Hodge), registro cardiotocográfico correcto y progresión adecuada: considerar posibilidad de parto vaginal.
 - Ante un caso de menos de 24.0 semanas en el cual se haya consensuado por parte de pediatría y los padres la NO reanimación al recién nacido, optar por la vía vaginal.
- Si SITUACIÓN NO LONGITUDINAL: Cesárea como vía de parto de elección.

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL PARTO DEL PREMATURO EN GESTACIONES ÚNICAS

4. ATENCIÓN POSTNATAL INMEDIATA AL NEONATO PREMATURO

- 1º) **Necesidad de bolsa de polietileno** si neonato ≤ 32.0 semanas y/o <1500 gramos para evitar la pérdida de calor. Colocar al neonato en bolsa de polietileno previamente atemperada a 26°C, cubrir cabeza y cuerpo tan pronto sea posible (no es necesario esperar al pinzamiento del cordón umbilical). Independientemente de la edad gestacional, si no es necesaria la bolsa de polietileno, es necesario evitar el enfriamiento del neonato cubriéndolo con **mantas o sábanas secas precalentadas** y cambiarlas si se humedecen y evitar corrientes de aire.
- 2º) Colocación del **gorro precalentado** (si el neonato precisa de bolsa de polietileno, se colocará sobre la bolsa). De igual manera, la identificación del neonato se colocará sobre el gorro del neonato si se precisa bolsa de polietileno para evitar la pérdida de calor que supondría abrir la bolsa para colocarla en el tobillo.
- 3º) Colocar el recién nacido entre las piernas de la madre (crear espacio previamente) para que quede a la altura o por debajo de la placenta hasta el pinzamiento de cordón.
- 4º) **Momento del pinzamiento de cordón:**
- Lo primero a tener en cuenta tras el nacimiento es si el neonato cuenta con la estabilidad necesaria para realizar un pinzamiento tardío de cordón. La estabilidad o no del neonato vendrá determinada por el neonatólogo (o por la matrona/ginecólogo ante ausencia del neonatólogo). En términos generales, podemos decir que un neonato que presente signos de vitalidad (movimientos espontáneos o sonidos respiratorios) es susceptible de poder realizar un pinzamiento tardío de cordón.
- **Si Neonato estable:** realizar pinzamiento tardío tras un mínimo de 30 segundos y óptimo a los 60 segundos. El clampaje de cordón más allá de los 3 minutos no está recomendado. El pinzamiento tardío es importante independientemente del grado de prematuridad.
 - **Si Neonato inestable e imposibilidad de al menos 30 segundos de espera:** La actuación en esta situación es controvertida. Dado que actualmente no disponemos de suficientes herramientas para realizar una recomendación sobre si se debe realizar *Milking* previamente al pinzamiento precoz de cordón o no, nos guiaremos por las recomendaciones del equipo de neonatología que evalúe al neonato en el momento del nacimiento.

Cómo realizar el Milking: colapsar el cordón con la mano a más de 20 cm del neonato, y deslizar la mano suavemente en dirección al neonato durante unos 2-3 segundos para facilitar el paso de la

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL PARTO DEL PREMATURO EN GESTACIONES ÚNICAS

sangre de cordón al neonato. Liberar el cordón umbilical durante 2 segundos para permitir su llenado y repetir la maniobra 3-5 veces. Pinzamiento del cordón posteriormente.

Si es posible, **pinzar siempre el cordón a unos 4-5cm del ombligo** del recién nacido para facilitar un eventual acceso vascular si es requerido por parte de neonatología.

Registrar en el informe de partos el tiempo transcurrido desde el nacimiento al pinzamiento de cordón y si se ha realizado o no *Milking*.

5º) **Avisar** a neonatología en el momento en el **que se pinza el cordón**, con lo que se activará el reloj para evaluación del Apgar en la sala de reanimación.

6º) **Recogida de sangre de cordón:** Si edad gestacional por debajo de 32 semanas y/o <1500 gramos de peso fetal estimado o sospecha de patología grave. Esta sangre servirá para la realización de una primera analítica y pruebas cruzadas del neonato.

METODOLOGÍA DE LA RECOGIDA:

- Tubos necesarios:
 - HCM: se dispondrá de bolsitas individuales con los tubos necesarios que estarán junto con las bolsas de polietileno (ambas cosas se utilizan en los mismos casos). Cada bolsa constará de **2 tubos pequeños**, uno de tapón verde (sin medio) y otro EDTA de tapón lila (llenar 0.5mL de sangre de cordón en cada uno, hasta la maca superior) **+ 1 tubo EDTA de hemograma de adultos** (2-3mL de sangre de cordón).
 - HSJD: Dos tubos EDTA con 2 ml de sangre de cordón en cada tubo.
- La extracción de la sangre de cordón debe realizarse lo más distal posible a la placenta y evitar exprimir el cordón para evitar la contaminación por la gelatina de Wharton.
- Los tubos se entregarán a los pediatras, que realizarán las peticiones pertinentes.

7º) **Favorecer el vínculo** entre madre y neonato: contacto piel con piel siempre que sea posible optimizando las medidas que evitan el enfriamiento del neonato (temperatura de paritorio 25-27°C sin corrientes de aire, colocar gorro tras el nacimiento, cubrir con sábanas/toallas secas precalentadas y cambiarlas si se humedecen).

:

- Si edad gestacional 35.0 semanas o superior y neonato vigoroso/estable: favorecer piel con piel directamente.
- Si edad gestacional entre 32.0 y 34.6 y neonato vigoroso: Actuar según indicaciones del neonatólogo. El neonato deberá estar supervisado por parte de un profesional sanitario y/o monitorizado con un pulsioxímetro y se darán pautas de posición y observación a la familia. Es de especial importancia evitar el enfriamiento y controlar la temperatura del neonato cada

PROTOCOLO: ASISTENCIA AL PARTO DEL PREMATURO EN GESTACIONES ÚNICAS

15-30 minutos hasta comprobar que se mantiene correcta (36,5-37,5°C). Se puede hacer el traslado a la Unidad Neonatal en canguro con el padre si así lo desea.

- En el resto de situaciones (neonato no vigoroso o edad gestacional por debajo de 32.0 semanas), se procederá al traslado a la sala de reanimación neonatal de sala de partos para la valoración por parte de neonatología.

Responsables del protocolo:	Clara Murillo, Marta Larroya, Eva Meler, Teresa Cobo, Sílvia Ferrero, Ana Herranz, Miquel Alsina, Esther Crespo, Dolors Salvia, Montse Palacio.
Fecha del protocolo y actualizaciones:	06/02/2020
Última actualización:	06/02/2020
Próxima actualización:	06/02/2024
Código Hospital Clínic:	MMF-99-2020
Código Sant Joan de Deu:	