



Amenaza de parto pretérmino

Filipo Morán M

Ginecólogo

JUSTIFICACIÓN

- ▶ El parto pretérmino es responsable del 70-80% de la mortalidad en el periodo neonatal y su morbilidad es 30 a 40 veces superior que en los partos a termino.
- ▶ 25% corresponde a parto pretérmino iatrogénico
- ▶ Los recién nacidos pretérmino tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones como el SDRA, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, la infección neonatal, la hiperbilirrubinemia y malformaciones congénitas.

JUSTIFICACIÓN

- ▶ La mortalidad perinatal es inversamente proporcional a la edad gestacional al momento del parto, siendo más significativa por debajo de las 32 semanas.
- ▶ El porcentaje de sobrevivencia es de 78% a las 26 semanas, 69% a las 25 semanas, 46% a las 24 semanas y 29% a las 23 semanas

DEFINICIONES

- ▶ **El parto pretermino** se define como cualquier nacimiento entre la semana 20 y la semana 36 + 6 días de gestación.
- ▶ **La amenaza de parto pretérmino**, se define como: la presencia de actividad uterina, documentada por palpación uterina o por tocodinamometro externo, en un embarazo entre 22 y 37 semanas de edad gestacional, con cambios en el cuello igual o menor a 2 cm de dilatación y/o acortamiento menor del 50%.
- ▶ **El Trabajo de parto pretérmino**, se define como: la presencia actividad uterina, documentada por palpación uterina o por toco dinamómetro externo, en un embarazo entre 22 y 37 semanas de gestación, con cambios cervicales mayores de 2 cm de dilatación.



Parto Pretérmino

FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO

BIOLÓGICOS

- ▶ Paciente gran múltipara (4 o más partos)
- ▶ Historia obstétrica adversa (aborto, muerte fetal, muerte perinatal, anomalías congénitas, abrupcio y placenta previa)
- ▶ Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía)
- ▶ Anemia (hgb < 10 grs)
- ▶ Fiebre
- ▶ Problemas cervicales (incompetencia)
- ▶ Embarazo múltiple
- ▶ Polihidramnios
- ▶ Desnutrición
- ▶ Infecciones (sistémicas, urinarias tanto bacteriuria como pielonefritis), enfermedades de transmisión sexual, periodontitis
- ▶ Anomalías congénitas
- ▶ Vaginosis
- ▶ RCIU
- ▶ Preeclampsia- Eclampsia

FACTORES DE RIESGO

NO BIOLÓGICOS

- Ausencia, inicio tardío o mala calidad del control prenatal
- Falta de apoyo social, familiar o del compañero
- Estrés, depresión
- Alteraciones de la esfera mental.
- Dificultades para el acceso a los servicios de salud
- Bajo Nivel educativo
- Violencia física, psicológica y sexual contra las mujeres
- Alcoholismo.
- Drogadicción
- Tabaquismo
- Soltería, divorcio
- Ejercicio sexual como ocupación
- Fatiga ocupacional

FACTORES NO MODIFICABLES

- Parto pretérmino previo
- Raza
- Edad < 18 o > 40 años
- Bajo peso previo
- Estado socioeconómico bajo
- Anormalidad o injuria cervical
- Sobredistensión uterina:
 - Embarazo múltiple (RR 13)
 - Polihidramnios (RR8.8)
- Hemorragia obstétrica de I trimestre
- Actividad uterina excesiva
- Técnicas de Reproducción Asistida:
 - Fertilización in vitro: OR 2,99 PPT antes de semana 33

FACTORES NO MODIFICABLES DE MAYOR RIESGO

Son indicación para medición de longitud cervical (cervicometria) en semana 18-22

FACTOR DE RIESGO	RR/OR
Antecedente de PPT en gestaciones anteriores	RR 6
Cirugía cervical (Conización/LEEP)	<ul style="list-style-type: none">• OR 1.9 (IC 1.8 – 2.2) : PPT antes de sem 37• OR 2.86 (IC 2.2 – 3.7): PPT entre 28 y 31sem• OR 2.1 (IC 1.4 – 2.9): PPT antes 28 sem
Malformación uterina (útero arcuado, bidelfo o bicorne)	OR 2.3 (IC 1.3 – 4.27)
Periodo intergenesico menor de 6 meses	RR 2.2
Hemorragia obstétrica de I trim	<ul style="list-style-type: none">• OR 1.64 (IC 1.05 – 2.55): PPT antes de sm37• OR 3.05 (IC 1.1 – 8.31): PPT antes de sem32
Bajo peso materno pregestacional (IMC <19)	RR 2.7

FACTORES MODIFICABLES

- Cigarrillo
- Abuso de drogas
- Ausencia de control prenatal
- Intervalo intergenésico corto (<de 18 meses)
- Anemia severa
- Estrés
- Bacteruria y/o infección urinaria
- Infección genital (Ej. *Trichomonas vaginalis* RR 1.3)



Trabajo de Parto Pretérmino

INTERVENCIONES

PREVENCIÓN

La prevención primaria está encaminada a estrategias en pacientes antes o durante el embarazo para prevenir o reducir los riesgos asociados al parto pretérmino. Estas intervenciones tendrían mayor impacto en la reducción de la incidencia del parto pretérmino; sin embargo, por tratarse de una enfermedad multifactorial, están limitadas a aquellos factores modificables.

PREVENCIÓN

- ▶ La evidencia actual permite concluir que es posible prevenir la condición en gestantes con factores de riesgo (prevención secundaria) a través de intervenciones que son potencialmente efectivas (C4).
- ▶ Está plenamente demostrado que la administración de esteroides y la remisión oportuna para la atención del parto en instituciones que reúnan los estándares de calidad para la atención de un recién nacido prematuro, disminuyen el riesgo de morbi-mortalidad neonatal (A1).

INTERVENCIONES POTENCIALMENTE EFECTIVAS

- Progesterona natural micronizada en pacientes de riesgo con cervicometria positiva (anormal) en dosis de 200 mg día, por vía oral o intravaginal a partir de las 18 semanas de gestación y hasta las 34 semanas (D5)
- Suspender el cigarrillo en mujeres fumadoras (C4)
- Disminuir o suspender el consumo de drogas (C4)
- Evitar la multiparidad (D5)
- Cerclaje cervical en los casos indicados (B3)
- Combatir o eliminar el estrés personal o laboral (C4)
- Nutrición apropiada que incluya dietas hiperproteicas e hipercalóricas y micronutrientes

INTERVENCIONES POTENCIALMENTE EFECTIVAS

- ▶ Prevención de las infecciones urinarias, incluyendo bacteriuria asintomática mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno(A1)
- ▶ Prevención y tratamiento de las infecciones vaginales sintomáticas (B3)
- ▶ Cervicometría (valor predictivo + 50-60%) (B3)
- ▶ Sulfato de Magnesio antes de la semana 32 (A1)
- ▶ Betametasona 24 mg divididos en dos dosis IM antes de la semana 34 y a partir de la semana 24 de gestación (A1).

INTERVENCIONES POTENCIALMENTE EFECTIVAS

MEDICION DE LONGITUD CERVICAL (CERVICOMETRIA) DE TAMIZAJE PARA PPT

ESTA INDICADA la realización de Cervicometria a la semana 18 a 22, en pacientes con factores de riesgo con mayor peso epidemiológico para presentar PPT, es decir que se realizará en gestantes con: (B3).

- Antecedente de parto pretérmino en gestaciones anteriores
- Antecedente de anomalía uterina (útero arcuado, bidelfo o bicorne)
- Cirugía cervical (Conización/LEEP)
- Historia perinatal de hijos con bajo peso al nacer
- Hemorragia obstétrica de I trimestre en el embarazo actual
- Bajo peso materno pregestacional (IMC <19)

INTERVENCIONES POTENCIALMENTE EFECTIVAS

INTERPRETACION DE LA LONGITUD CERVICAL (CERVICOMETRIA) DE TAMIZAJE PARA PPT SEMANA 18 -22

Una longitud cervical menor a 25mm para esta EG, se considera cervicometria positiva o cervix corto, equivalente a un RR de 6.5 para PPT antes de semana 35 y a un RR de 7.7 (IC 4.5 – 13.4) para PPT antes de semana 32 de gestación.

Por lo tanto, ante este resultado, está indicado iniciar progesterona micronizada 200mg/día vía oral o vaginal hasta semana 34 (1B).

Además, un metanálisis concluyó que el uso de progesterona puede reducir el riesgo de parto pretermino en un 40 a 55%, siendo un factor protector con un RR de 0.58 (IC 0.48 – 0.70) en pacientes con antecedente de parto pretermino en gestaciones anteriores.



Diagnostico

Amenaza de Parto Pretermino/Trabajo de Parto Prétermino

DIAGNOSTICO

Al momento de la admisión se elaborara una historia clínica completa que incluya:

► **Motivo de consulta y anamnesis**

Identificación clara de los síntomas: percepción de dinámica uterina, momento de inicio, ritmo y frecuencia de las contracciones, perdida de líquido o sangre por vagina, otra sintomatología asociada. Estimación de edad gestacional. Indagar sobre antecedentes que podrían contraindicar la utero-inhibición.

Examen físico

- Altura uterina, situación y presentación fetal
- Identificación de actividad uterina (frecuencia, duración)
- Fetocardia
- De acuerdo a historia clínica realización de especuloscopia (sospecha de ruptura prematura de membranas o placenta previa)
- Tacto vaginal: describir las condiciones del cuello uterino: posición, situación, longitud y estación de la presentación fetal. Estado de las membranas.

Exámenes complementarios:

- Ecografía transvaginal para medir la longitud cervical (cervicometria):
 - Alto VPN y permite descartar falsas amenazas de parto pretérmino, sin aumentar las tasas de parto prematuro (B3).
 - Permite establecer la pertinencia del manejo de acuerdo a la longitud cervical encontrada.
- Monitoria fetal: el registro cardiotocográfico permite la comprobación de la dinámica uterina.



manejo

Amenaza de Parto Pretermino/Trabajo de Parto Prétermino

MANEJO

Los beneficios de prolongar la gestación dependen de la edad gestacional en la que ocurre la amenaza de parto pretérmino

- **Hasta la semana 28:** la prolongación del embarazo se asocia con un descenso en la morbi-mortalidad perinatal
- **Entre la semana 28 y 34:** se logra un descenso en la morbilidad
- **Después de la semana 34:** no se espera beneficio y se puede permitir la evolución del parto

MANEJO

- ▶ Una vez establecido el diagnóstico, se debe buscar la condición desencadenante y tener en cuenta contraindicaciones maternas y fetales para la uteroinhibición. Adicionalmente, se deberá establecer con el mayor grado de certeza la edad gestacional, evaluar el bienestar fetal, el estado de las membranas y los cambios cervicales.
- ▶ El manejo farmacológico del trabajo de parto pretérmino comprende tres grandes grupos:
 - ▶ Agentes tocolíticos
 - ▶ Inductores de madurez pulmonar fetal
 - ▶ Antibióticos.

MANEJO

Dependiendo de la edad gestacional, la dinámica uterina y la longitud cervical se establecen tres escenarios en la valoración inicial para gestaciones únicas:

Cervix sin modificaciones

- **Sem 24 – 29,6**
- **CERVICOMETRIA**
- ≥ 25 mm sin dinámica uterina: ALTA
- ≥ 25 mm con dinámica uterina: HOSPITALIZAR Y REPETIR CERVICOMETRIA EN 24 HORAS

Cervix sin modificaciones

- **Sem 30 – 33,6**
- **CERVICOMETRIA**
- ≥ 15 mm sin dinámica uterina: ALTA
- ≥ 15 mm con dinámica uterina: HOSPITALIZAR Y REPETIR CERVICOMETRIA EN 24 HORAS

Cervix con modificaciones

- **CERVICOMETRIA**
- < 25 mm entre la 24 y la 29,6 semana
- < 15 mm entre la 30 y la 33,6 semana.
- HOSPITALIZAR
- TOCOLISIS
- CORTICOIDES

MANEJO

Cervix sin modificaciones

- **Sem 24 – 29,6**
 - **CERVICOMETRIA A LAS 24 HORAS**
 - No acortamiento de cervix: SALIDA
 - Acortamiento cervical >20%
 - **Cervix \geq 25mm**: repetir cervicometria en 24hs
 - **Cervix < 25mm**
 - Tocolisis si hay dinámica uterina
 - Corticoides

Cervix sin modificaciones

- **Sem 30 – 33,6**
 - **CERVICOMETRIA A LAS 24 HORAS**
 - No acortamiento del cervix: SALIDA
 - Acortamiento cervical >20%
 - **Cervix \geq 15mm**: repetir cervicometria en 24hs
 - **Cervix < 15mm**
 - Tocolisis si hay dinámica uterina
 - Corticoides

MANEJO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- ▶ Se hospitalizará la gestante, según criterios enunciados anteriormente para los diferentes escenarios de valoración inicial (B3), garantizándose el reposo en decúbito lateral izquierdo y la hidratación por vía oral y/o parenteral cuando este indicada.
- ▶ **Se solicitarán exámenes de laboratorio:** hemograma, frotis vaginal, gram de orina, urocultivo, serología si no la tienen reciente, proteína C reactiva.
- ▶ Ecografía transvaginal con medición longitud cervical (cervicometria) y evaluación de la actividad uterina, según indicación establecida dentro de los escenarios de la valoración inicial (B3).

Uteroinhibición:

- ▶ Está indicada la administración de tocolisis en pacientes con edad gestacional entre 24 y 34 semanas más dinámica uterina evidente (8 contracciones en 1 hora o 4 en 20 minutos), con el propósito de aplicar el esquema de maduración pulmonar o transferir al nivel de atención con los requerimientos de calidad necesarios (B1).
- ▶ No existe evidencia suficiente para recomendar tocolisis de mantenimiento más allá de las 48 horas necesarias para la administración del esquema de maduración pulmonar. (A1)

Uteroinhibición:

Comparando la efectividad de los diferentes tocolíticos

- No hay evidencia clara de que exista algún tocolítico más efectivo que otro. (A1)
- Nifedipina y Atosivan: efectividad similar
- Nifedipina tiene como ventajas el bajo precio y la posibilidad de administración oral.
- Entre la Nifedipina y los Betamiméticos
 - Nifedipina se asocia con mejores resultados neonatales.
- Está indicado su uso como neuroprotección en gestaciones inferiores a 32 semanas reduce el riesgo de parálisis cerebral en casos de parto inminente (antes de 6 horas) (A1).

Uteroinhibición:

- Los calcioantagonistas son los más utilizados; dentro de ellos la Nifedipina en cápsulas o tabletas a dosis de 10 a 20 mg para ser administradas cada 4- 6 horas, sin exceder 120 mg/día (A1). Por tanto, el tocolítico de elección por costos, beneficios y disponibilidad es la Nifedipina
- El uso de los betamiméticos tiene un nivel de evidencia C4, con altos efectos secundarios asociados. Lo que lo hace una recomendación favorable pero no concluyente.

Uteroinhibición:

➤ Los Inhibidores de las prostaglandinas

- Se pueden utilizar como coadyuvantes entre la semana 24 y 28 de gestación.
- Es una alternativa de manejo en pacientes con contraindicación para el uso de calcioantagonistas.
- La Indometacina en dosis de 25 mg cada 6 horas durante 3 días (en total 300 mg), teniendo en cuenta sus complicaciones como el cierre prematuro e irreversible del ductus arterioso y el oligohidramnios.
- El efecto máximo del fármaco no se produce hasta 2 horas después de la administración.
- Se requiere control de diuresis y balance hídrico durante su administración.

Inductores de maduración pulmonar fetal:

Betametasona en dosis de 12 mg aplicada en dos dosis con un intervalo de 24 horas. Como alternativa se puede utilizar la Dexametasona en dosis de 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis (A1).

Antibióticos:

- Está indicado su uso en: corioamnionitis, infección urinaria, vaginosis bacteriana y para prevención de la sepsis neonatal por *Estreptococo Agalactiae* en casos indicados. (B3).

Antibióticos:

- ➔ **D** Se recomienda administrar profilaxis antibiótica para EGB a todas las mujeres que hayan iniciado el trabajo de parto, excepto a aquellas con cultivos negativos para EGB en las 5 semanas previas.
- ➔ **B** Se recomienda administrar penicilina G 5.000.000 IV dosis inicial, seguida de 2.5-3.000.000 unidades IV cada 4 horas hasta el parto o ampicilina 2 g IV dosis inicial, seguida por 1 g IV cada 4 horas hasta el parto, en pacientes portadoras de Estreptococo del Grupo B.
- ➔ **C** En casos de alergia documentada a la penicilina sin reacciones severas, se recomienda cefazolin 2 gm, IV dosis inicial, seguida de 1 g IV cada 8 horas hasta el parto.
- ➔ **C** En pacientes con reacciones severas de alergia a la penicilina o cefalosporinas, se recomienda clindamicina 600 mg IV cada 6 horas hasta el parto previo estudio de sensibilidad; en caso de resistencia del EGB a la clindamicina, se recomienda vancomicina 1 g IV cada 12 horas hasta el parto.

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DE PRETÉRMINO

- ▶ Siempre deberá manejarse con la gestante hospitalizada.
- ▶ Se mantendrán las indicaciones de reposo e hidratación ya descritas en el manejo de la amenaza de parto prematuro.
- ▶ Se solicitarán paraclínicos ya descritos.
- ▶ Las gestantes que al momento de la valoración inicial se encuentren en trabajo de parto y tengan una dilatación de 4 cm o más, no serán objeto de uteroinhibición y se deberá dejar evolucionar el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional (A1).
- ▶ Si la paciente se encuentra en Trabajo de Parto, en fase latente (dilatación menor de 4 cm) con edad gestacional entre la semana 24 y 33,6, se administrará uteroinhibición, con el fin de aplicar inductores de maduración pulmonar fetal y antibióticos cuando estén indicados

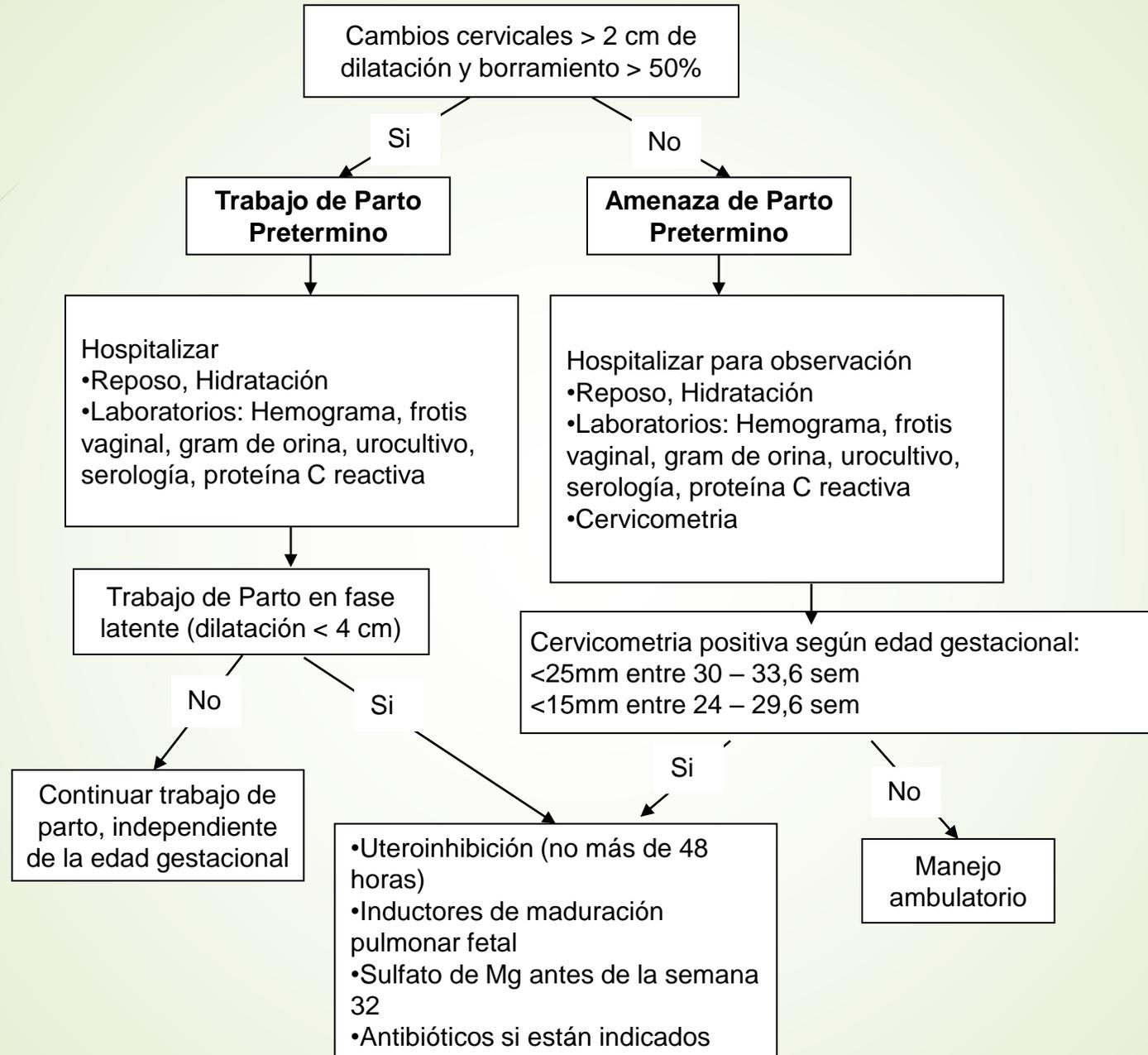
ATENCIÓN DEL PARTO PRETERMINO

- Las pacientes en Trabajo de Parto deberán ser atendidas en un nivel que disponga de personal idóneo, tecnología apropiada (monitoría fetal, partograma, manejo activo del 3er período, drogas necesarias como oxitocina, ergonovina, prostaglandinas, antibióticos, etc.) y que cuente además con presencia de pediatra o neonatólogo y con disponibilidad de UCI neonatal.
- La vía del parto será la vaginal excepto cuando exista contraindicación obstétrica.

CONTRAINDICACIONES PARA UTEROINHIBICION

- Preeclampsia severa o eclampsia.
- Abruption placentae.
- Hemorragia obstétrica severa.
- Corioamnionitis.
- Muerte fetal.
- Malformaciones incompatibles con la vida.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Diabetes descompensada.
- Nefropatía grave.
- Cardiopatías descompensadas.
- Madurez documentada.

MANEJO DE LA AMENAZA Y EL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO



BIBLIOGRAFÍA

- Berghella V, Baxter JK, Hendrix NW. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3.
- Berkowitz, GS, Blackmore-Prince, C, Lapinski, RH, Savitz, DA. Risk factors for preterm birth subtypes. Epidemiology 1998; 9:279.
- Merce BM, Merlino AA. Magnesium Sulfate for Preterm Labor and Preterm Birth. Obstet Gynecol 2009;114:650-668.
- Berkowitz, GS, Papiernik, E. Epidemiology of preterm birth. Epidemiol Rev 1993; 15:414.
- Lang CT, Iams JD. Goals and Strategies for Prevention of Preterm Birth: An Obstetric Perspective. Pediatr Clin N Am 56 (2009) 537-563
- Duley L, Bennett P. Tocolysis for women in preterm labour. Royal College of Obstetricians Gynecologists. Green-Top Guideline No. 1B Febrero de 2011.
- Cabero Y, Sanchez MA. Protocolos de Medicina Materno Fetal. Tercera Edición. 2008: 80 -84.