

Amenaza de Parto Pretérmino

Definición

El parto pretérmino es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo.

Frecuencia

El parto pretérmino aparece en el 5-10% de todos los embarazos.

Conceptos

Parto Pretérmino: Se define como el parto que se produce entre las 28 y las 37 semanas de embarazo.

Parto Inmaduro: Es el parto que ocurre entre las 20 semanas y las 28 semanas de embarazo. Antes de las 20 semanas hablamos de aborto y no de parto.

Amenaza de Parto Pretérmino: Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 28 y las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino.

Síntomas

Contracciones uterinas regulares, con o sin dolor.

Sensación de presión pelviana (siente que el niño empuja hacia abajo o se siente pesada).

Dolor de espalda o en las caderas y vientre tipo menstruación.

Cambios en la secreción vaginal.

Cólicos abdominales (con o sin ganas de pujar).

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

El parto pretérmino continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye un reto y punto de atención continua para el obstetra.

Los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detección del "embarazo de alto riesgo", han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematuridad.

La identificación oportuna de factores de riesgo de parto prematuro es imprescindible para instituir un tratamiento adecuado y así poder entregar al pediatra productos de mayor madurez y peso, y a la madre un bebé sano, como es el objetivo final de la obstetricia.

Se denomina **parto pretermino o prematuro** al que se produce entre las 28 y 36 semanas de gestación. El nacimiento antes del término (prematuro) es el problema aislado más grande en la obstetricia debido a sus tasas altas de morbilidad y mortalidad.

FRECUENCIA: Oscila entre el 2 y 12 % del total de los nacimientos según las diferentes estadísticas del orbe.

ETIOLOGIA: Las principales causas de acortamiento de la duración del embarazo (partos de pretérmino), y que están fuertemente asociadas a los tres grandes factores ambientales, socioeconómicos y educacionales son:

- a) Desnutrición (maternofetal).
- b) La infección (materna, ovular, fetal, neonatal).
- c) El embarazo múltiple.
- d) La rotura prematura de las membranas.
- e) La prematurez iatrogénica por inducción o por cesárea anticipada.
- f) La hipertensión crónica o inducida por el embarazo.
- g) El hidramnios.
- h) El esfuerzo físico y el estrés psíquico.
- i) Las alteraciones úterocervicales (malformaciones, miomas, incompetencia istmicocervical).
- j) Defectos congénitos.

FACTORES AMBIENTALES

1. Condición socioeconómica deficiente, que está estrechamente relacionada con desnutrición.
2. Falta de asistencia prenatal especializada.
3. Trabajo profesional fatigante o de esfuerzos importantes.
4. Embarazo no deseado
5. Madre soltera.

FACTORES MATERNOS

1. Edad de la madre (menores de 20 y mayores de 30 años).
2. Talla materna; frecuente en pacientes con talla menor de 1.50 m.
3. Paridad: relativamente más frecuente en primigestas.
4. Desnutrición: se relaciona frecuentemente con déficit de aporte proteico de menos de 50 g diarios. LO mismo se menciona en anemia menor de 11g.
5. Intervalo intergenésico: menores de dos años.
6. Peso menor antes del embarazo: menor de 45 kg.

7. Hábito alcohólico y tabaquismo: se ha visto que la hipoxemia condiona placentas pequeñas, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas. Lo mismo se ha visto en grandes consumidores de café y adictas a narcóticos.
8. Partos prematuros repetidos: se ha observado que cuando hay uno o más partos prematuros y más de un aborto, se llegan a presentar nuevos partos prematuros hasta en un 18 %.
9. Enfermedades maternas: aquí se incluyen todos los padecimientos que complican la gestación, y que como resultado dan una insuficiencia placentaria que conduce a hipoxia fetal crónica y un menor aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo normal del feto, y que en algunos casos imposibilitan llevar a término la gestación por indicación médica precisa como único medio de salvaguardar la vida a la madre y/o al producto. En este grupo están los factores de complicaciones obstétricas mencionadas en el primer grupo.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE PARTO PRETERMINO

Se basa en tres pilares: *la edad del embarazo, las características de las contracciones y el estado del cuello uterino*. Cuando estos signos y síntomas no son del todo evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de factores que elevan el riesgo de prematuridad (partos previos pretérmino, infección urinaria, rotura prematura de membranas, etc.)

La *edad del embarazo* oscila entre las 20 y 36 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen la edad gestacional. Cuando hay dudas sobre la fecha de la última menstruación o ésta se desconoce, *el tamaño y la madurez fetal* son los signos de mayor importancia. La medida de altura uterina, del diámetro biparietal u otros por ultrasonografía, de los parámetros del líquido amniótico en el caso de realizarse una amniocentesis, son los elementos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo de pretérmino.

Las *contracciones uterinas* se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa

En una gestación amenazada de interrupción prematura, las medidas a tomar pueden ser diferentes según que el feto presente un crecimiento adecuado o retardo para su edad gestacional.

EN EL RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. La causa más común es la mala nutrición fetal. Esta puede deberse a que la madre recibe una ingesta calórica insuficiente o que a dichos aportes calóricos y/o de oxígeno no llegan al feto. En este último caso, la alteración puede ser producida por patologías maternas propias de la gestación (preeclampsia).

EN LA AMENAZA DE PARTO O PARTO PRETÉRMINO

(En particular con un tamaño fetal adecuado para su edad gestacional) La oportunidad de aplicar un tratamiento antenatal en el parto prematuro (uteroinhibición, inducción de la

madurez pulmonar fetal y control de la patología asociada) ha sido revisada por el Programa latinoamericano del CLAPOPS/OMS.

La captación precoz de embarazadas con factores de riesgo de parto prematuro removibles es mayor en aquellos lugares donde la organización de la atención perinatal se encuentra regionalizada. Donde ésta es deficiente el porcentaje de mujeres con control prenatal es más bajo, el ingreso de partos prematuros a los centros de salud resulta generalmente tardío, sin oportunidades de prevención antenatal.

TRATAMIENTO ANTENATAL DE LA AMENAZA O DEL PARTO PRETÉRMINO

A base de fármacos y hormonas, que actúan como uterinhibidores y otros como inductores de la madurez pulmonar fetal.

La adrenalina inhibe la contractilidad del útero humano grávido. Su aplicación, sin embargo, ha sido descartada porque a dosis útiles provoca múltiples efectos colaterales indeseables. El etanol frena la liberación hipofisiaria de oxitocina pero su empleo se ha visto restringido por su débil efecto uteroinhibidor en relación con los betamiméticos, así como por la importancia de sus efectos indeseables.

1) FARMACOS BETAMIMETICOS.

Efectos Uterinos. Estos agentes betaestimulantes poseen la propiedad de inhibir la contractilidad uterina de la mujer grávida. Es importante recordar que la respuesta individual a las aminas simpaticomiméticas varía mucho. Se acepta que la dosis útil para inhibir el útero está más relacionada con su actividad espontánea previa que con la edad de la gestación. Por vía intravenosa se logra la máxima potencia uteroinhibidora con rápida instalación del efecto. Este se presenta en un lapso que oscila entre 5 y 20 minutos. Una vez suspendido el betamimético, la desaparición se produce entre los 30 y 90 minutos.

Efectos colaterales: Se producen principalmente efectos cardioaceleradores, vasodilatadores e hipotensivos; también provocan lipólisis y glucogenolisis.

Fármacos betamiméticos.

- ♦ Etilerina
- ♦ Isoxsuprina
- ♦ Orciprenalina
- ♦ Salbutamol
- ♦ Terbutalina
- ♦ Ritodrina
- ♦ Fenoterol

2) FARMACOS ANTIPROSTAGLANDINAS.

Se ha demostrado que las síntesis de prostaglandinas y su liberación pueden ser inhibidas por agentes antiinflamatorios o antipiréticos del tipo de la aspirina o indometacina.

Efectos uterinos: la administración de la indometacina a la madre (100mg al día, dosis media) reduce significativamente la contractilidad uterina y detiene el parto pretérmino. Su uso se potencia o se adiciona al de los betamiméticos. Su uso se extiende sólo durante tres días (dosis total 300mg), para obtener, junto con los betamiméticos, una uteroinhibición sostenida que permita dar tiempo al efecto inductor de la madurez pulmonar fetal de los corticoesteroides (48 a 72 hrs).

MADURACION PULMONAR: La síntesis de agente surfactante es el hecho de mayor importancia en la maduración pulmonar fetal. Administración de betametasona a la madre (12 mg i.m./día durante dos días) reduce significativamente la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de membrana hialina del recién nacido. TRH en gestaciones de 26 a 31 semanas.

TRATAMIENTO DE ATAQUE

- a) Reposo absoluto en cama.
- b) Uteroinhibidor de rápida instalación (betamiméticos : fenoterol, infusión IV continua de 1-4 microg./min. (evitar taquicardias superiores a 120 lat/min y variaciones de la presión arterial superiores al 15 %.
- c) Uteroinhibidor de lenta evolución pero de efecto sostenido: indometacina, 100mg por vía rectal.

La finalización del tratamiento de ataque será cuando la contractilidad uterina haya decrecido a menos de 2-3 contracciones/hora; la contractilidad no disminuya luego de 8 horas de infusión, y el parto progrese superando los cuatro de dilatación.

TRATAMIENTO DE SOSTEN:

- a) Reposo absoluto en cama las primeras 48 horas.
- b) Restricción de exámenes vaginales.
- c) Indometacina por vía bucal, 25mg c/6 hrs durante tres días
- d) Betametasona 12 mg i.m. a las 24 hrs. de la primera dosis. Se repetirá cada 7 días si el embarazo no alcanzó las 32 semanas.

TRATAMIENTO AMBULATORIO.

- a) Retorno gradual a sus actividades hasta la semana 36.
- b) Betametasona 12 mg i.m cada 7 días de comenzando el tratamiento si el embarazo no alcanzó las 32 semanas.
- c) Control prenatal. El primero al cuarto día del alta, los siguientes cada 7 días.

Niveles de riesgo

Deben ser atendidas en la Unidad de ARO las gestantes consideradas de alto y muy alto riesgo, excepto las presentaciones viciosas y las malformaciones uterinas sin complicaciones durante la gestación, porque el riesgo se limita al momento del parto.

Definición de los niveles de riesgo

Riesgo alto

Riesgo muy alto

Definición de los niveles de riesgo

Amenaza de parto prematuro: Desencadenamiento del trabajo de parto antes de las 37 semanas cumplidas.

Anemia grave: Hemoglobina inferior a 9 gr./dl. Hto. inferior al 25%.

Cardiopatía grado I: La que no limita la actividad física.

Cardiopatía grado II: La que obliga a una limitación ligera de la actividad física.

Cardiopatía grado III: La que provoca una limitación acentuada de la actividad física.

Cardiopatía grado IV: Aquella en la que cualquier actividad física provoca manifestaciones de descompensación.

Cirugía uterina previa: Toda intervención practicada sobre el cuerpo del útero que haya llegado a cavidad endometrial.

Diabetes gestacional: Diabetes que se diagnostica (por TTOG patológico) por primera vez en la actual gestación.

Diabetes pregestacional: La que se conoce antes del embarazo actual, tanto si es insulín dependiente como no.

Drogadicción y alcoholismo: Consumo abusivo.

Embarazo prolongado: 42 semanas o más de gestación.

Endocrinopatía: Toda alteración de una glándula endocrina que comprometa la salud de la gestante (hiperprolactinemia, hiper o hipotiroidismo, Addison, etc.)

Gestación múltiple: Portadora de 3 o más fetos.

Gran multiparidad: Mujer que ha parido 4 o más fetos viables previamente.

Historia obstétrica desfavorable: Todos aquellos antecedentes obstétricos que puedan gravar la morbimortalidad perinatal o materna (dos o más abortos previos, partos prematuros, neonatos de bajo peso, partos distócicos, cesáreas, subnormalidad de posible causa obstétrica, muertes fetales o neonatales,..)

Incompetencia cervical: Diagnosticada por "reflujo" cervical en la histerosalpingografía, paso de un tallo de Hegar del n1 7 o diámetro ecográfico del OCI de 11 mm o más en el embarazo actual.

Isoinmunización: Test de Coombs indirecto positivo en una gestante Rh negativa.

Obesidad mórbida: IMC > 40.

Oligoamnios e Hidramnios: Comprobados ecográficamente.

Malformación fetal confirmada: Fundamentalmente por ecografía.

Malformación uterina: Portadora de una malformación congénita del útero.

Muerte perinatal recurrente: Una o más muertes fetales o neonatales.

Multiparidad: 5 o más.

Placenta previa: La que se inserta total o parcialmente en el segmento inferior del útero.

Preeclampsia leve: Gestante que, después de las 20 SG presenta una TA diastólica igual o superior a 90 mm Hg o sistólica igual o superior a 140 mm Hg; o bien un incremento de la primera 15 mm Hg, o de la segunda de 30 mm Hg sobre la basal; al menos en dos ocasiones, con un intervalo de 6 horas y con la mujer en reposo.

Preeclampsia grave: Toda gestante que presente, después de la semana 20 una TA diastólica igual o superior a 110 mm Hg o sistólica igual o superior a 160 mm Hg; al menos en dos ocasiones, con un intervalo de 6 horas y con la mujer en reposo.

Presentación viciosa: Después de las 38 semanas

Retardo de crecimiento intrauterino: Velocidad de crecimiento del feto inferior a la esperada por los datos anteriores.

Sospecha de malformación fetal: Por estudio ecográfico, citogenético o de otro tipo.

Riesgo alto

Anemia grave
Cardiopatía grado II
Cirugía uterina previa
Diabetes gestacional
Embarazo gemelar
Embarazo prolongado
Endocrinopatía
Hemorragia de 21 y 31 trimestre
Hidramnios y/o oligoamnios
Historia obstétrica desfavorable
Infección materna:

- Hepatitis B y C
- Toxoplasmosis
- Pielonefritis
- Rubeola
- Lúes
- Streptococo B hemolítico
- HIV
- CMV

Obesidad mórbida
Preeclampsia leve

Presentación viciosa
Sospecha de malformación fetal

Riesgo muy alto

Amenaza de parto prematuro
Cardiopatía grado III y IV
Diabetes pregestacional (DMID y DMNID)
Drogadicción y alcoholismo
Gestación múltiple
Incompetencia cervical
Isoinmunización
Malformación uterina
Malformación fetal confirmada
Muerte perinatal recurrente
Patología asociada grave
Placenta previa
Preeclampsia grave
Retraso de crecimiento intrauterino
Rotura prematura de membranas en el pretérmino