

RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO

Autores

Caballero Barrera, Verónica

Velasco Ruiz, Miriam

Calvo Delgado, Isabel

RESUMEN

Objetivo: Conocer la clínica y características más relevantes de la Amenaza de Parto Prematuro, así como, el tratamiento y los cuidados más apropiados.

Metodología: Revisión Bibliográfica. Se limitó la búsqueda entre los años 2006-2016, empleando la combinación de las palabras clave.

Resultados más relevantes: En España, la tasa de parto pretérmino supone casi un 7% del total de parto. A nivel mundial, representa aproximadamente 75 % de la mortalidad en esta etapa, y casi la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. No se ha demostrado que los tocolíticos profilácticos reduzcan el riesgo de parto pretérmino ni la morbimortalidad perinatal; es por ello por lo que no se administrarán de forma sistemática.

Principales conclusiones: Detener la APP y prolongar la gestación todo lo posible permite administrar los cuidados necesarios y conceder un mayor periodo de maduración al feto, esencial para reducir la morbimortalidad asociada. El Atosibán es el tocolítico autorizado como primera línea de tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Trabajo de parto prematuro, Prevención y Control, Atención de Enfermería y Matrona.

TITLE

Risk of preterm birth

ABSTRACT

Objective: To know the clinic and most relevant characteristics of the premature birth threat, and the most appropriate treatment and care.

Methodology: Bibliographic Review. The search was limited between the years 2006-2016, using the combination of keywords.

Results: In Spain, the preterm delivery rate is almost 7% of the total. Globally, it accounts for approximately 75% of mortality at this stage, as well as about half of the long term neurological morbidity. Prophylactic tocolytics haven't been shown to reduce the risk of preterm birth or perinatal morbidity and mortality, that is why they will not be administered in a systematic way.

Conclusions: Stopping risk of preterm birth and prolonging gestation as much as possible allows administering the necessary care and granting a longer period of maturation to the fetus, essential for reducing the associated morbidity and mortality. The Atosiban is the authorized tocolítico as first line of treatment.

KEYWORDS

Obstetric Labor Premature, Prevention & Control, Nursing Care and Midwife.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto pretérmino como aquel que acontece antes de las 37 semanas completas o 259 días desde la fecha de última regla (1). En función de la edad gestacional en la que ocurre definimos (2):

- Prematuridad extrema: cuando el parto se produce antes de las 28+0 semanas de gestación. Representa el 5% de los partos pretérmino (PP).
- Prematuridad severa: entre 28+1 - 31+6 semanas. Representa el 15% de los PP.
- Prematuridad moderada: entre 32 - 33+6 semanas. Representa el 20% de los PP.
- Prematuridad leve: entre les 34 - 36+6 semanas. Representa el 60% de los PP.

En 2011 la tasa de parto pretérmino en el mundo fue del 11%, con un rango que abarca entre el 5% en algunos países de Europa al 18% en regiones de África. En España la tasa de PP supone 6,70% del total de parto (3).

La amenaza de parto prematuro o APP, se define como la presencia de contracciones uterinas (al menos 4 en 20-30 minutos u 8 en una hora) acompañadas de modificaciones cervicales (dilatación cervical de al menos 2 cm o borramiento de al menos el 80%) que, en ausencia de un tratamiento adecuado o cuando este fracasa, puede llevar a un parto prematuro (4). Entre un 8 y un 24% de las mujeres que acuden a urgencias con síntomas de amenaza de parto prematuro realmente terminan en un parto (5).

En función de la etiología, el parto prematuro puede ser espontáneo o electivo. Las causas más frecuentes de parto pretérmino espontáneo son la infección intraamniótica (responsable del 14% de los casos con bolsa íntegra y del 28% con rotura prematura de membranas), los embarazos múltiples (el 15-20% de los embarazos múltiples finaliza antes de la 37 semana de gestación). El ser de raza negra multiplica por tres el riesgo de parto pretérmino, el Índice de Masa Corporal < 19 o > 30 kg/m² incrementan el riesgo de PP con una Odds Ratio de 9,8 para <32 semanas de gestación. Las infecciones genitourinarias, edades extremas, gestantes fumadoras o el estrés materno, entre otras, también aumentan la probabilidad de PP. La finalización electiva del parto antes del término sucede en un 20-25% de los casos, como consecuencia normalmente de patología materna, como puede ser la preeclampsia (2,6,7).

A pesar de los notables avances en medicina perinatal, este constituye todavía la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal. Representa aproximadamente 75 % de la mortalidad en esta etapa, así como cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (1).

En los últimos años la mortalidad del recién nacido ha descendido gracias a las mejoras en la atención médica proporcionada, con un abordaje integral pre y posparto dirigido a minimizar las consecuencias de la prematuridad. En este sentido, el uso de protectores y favorecedores de la maduración de los órganos, así como la prolongación del embarazo todo lo posible gracias al empleo de fármacos para detener la dinámica de parto, han sido y son esenciales (4,8).

OBJETIVOS

Conocer la clínica y características más relevantes de la Amenaza de Parto Prematuro, así como, el tratamiento y los cuidados más apropiados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión Bibliográfica en diferentes bases de datos (PUBMED, Cochrane Library, Scielo, CUIDEN, Google Académico). Además, se han consultado fuentes científicas de interés nacionales e internacionales como Guía NICE, Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Política Social, Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Se limitó la búsqueda entre los años 2006-2016, empleando la combinación de las palabras clave.

RESULTADOS

Evaluar el riesgo de parto pretérmino (2):

- Si longitud cervical es superior a 25 mm antes de la semana 28, superior a 20 mm entre 28- 32 semanas o superior a 15 mm más allá de las 32 semanas de gestación, y la paciente está estable, se considerará que el riesgo de presentar un parto pretérmino es bajo. Se recomienda un control obstétrico convencional.
- En el resto de casos, se individualizará el seguimiento

BIBLIOGRAFÍA

1. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Montes de Oca Santiago P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *Medisan.* 2014;18(6):841-7.
2. Cobo T, Baños N, Ferrero S, Palacio M. Hospital Universitario Clinic, Barcelona. Protocolo: Manejo De La Paciente Con Riesgo De Parto Pretermino. 2015.
3. Puigventós Latorre F, Carrillo Guivernau L, Ramis Barceló M, Galán Ramos N, González González L, Usandizaga Calparsoro M. Estudio observacional de la efectividad y seguridad de nifedipino en la amenaza de parto prematuro. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2014;57(10):451-7.
4. Salazar L, De Guirior C, Díaz D, Alcalde P, Bermejo R, Nieto C MP. Alternativas terapéuticas para la tocolisis en el manejo de la amenaza de parto pretérmino. *Rev Of la Soc Española Ginecol y Obstet.* 2016;59:112-8.
5. Lozano-Mosquera SJ, Muñoz-Pérez DL, Zuleta-Tobón JJ. Cervicometría menor o igual a 25 mm para identificar parto a los siete días en pacientes con amenaza de parto prematuro. Estudio de cohorte retrospectivo en un hospital de cuarto nivel de complejidad en Medellín, Colombia, 2009-2012 TT - Cervical length . *Rev Colomb Obs Ginecol.* 2014;65(2):112-9.
6. Susana Isabel Rodríguez-Coutiño, 1 René Ramos-González 2 Ricardo Jorge Hernández-Herrera2. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles. *Ginecol Obs Mex.* 2013;81:499-503.

obstétrico y se harán controles cada 1- 2 semanas valorando la longitud cervical.

- No se ha demostrado que los tocolíticos profilácticos reduzcan el riesgo de parto pretérmino ni la morbimortalidad perinatal; es por ello que no se administrarán de forma sistemática (2,9) .

- El uso de tocolíticos se asocia con una prolongación del embarazo de hasta 7 días, pero sin un efecto claro en la reducción de las tasas de prematuridad. La tocolisis se recomienda para completar un ciclo de corticoides o permitir el traslado de la paciente al centro de referencia (9).

- Se recomienda la administración de corticoides antenatales a todas las gestantes con riesgo de parto pretérmino entre las 24+0 y 34+6 semanas de gestación: Betametasona: 12 mg IM, cada 24 horas, 2 dosis o dexametasona: 6 mg IM, cada 12 horas, 4 dosis (9).

- La hidratación oral o intravenosa no reduce la incidencia de parto pretérmino y no se recomienda su uso rutinario (9).

- La tasa de prolongación de la gestación durante al menos 7 días era significativamente mayor con atosiban que con betamiméticos (9,10).

- El nifedipino se asocia con una reducción en el riesgo de parto en los siguientes 7 días al inicio del tratamiento y antes de las 34 semanas, así como con un mejor resultado neonatal y menor riesgo de complicaciones asociadas a la prematuridad (9,11).

- El sulfato de magnesio está recomendado para la neuroprotección fetal en caso de APP (9,12)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La amenaza de parto pretérmino (APP) es una urgencia obstétrica que, en ausencia de intervención, desemboca en un parto prematuro. Detener la APP y prolongar la gestación todo lo posible permite administrar los cuidados necesarios y conceder un mayor periodo de maduración al feto, esencial para reducir la morbimortalidad asociada. El diagnóstico apropiado y el tratamiento con corticoides y tocolíticos (si precisa) es imprescindible para ello. El Atosiban es un fármaco bien tolerado y con escasos efectos adversos, que se ha autorizado como primera línea de tratamiento (4).

7. Acosta-Terriquez JE, Ramos-Martinez MA, Zamora-Aguilar LM, Murillo-Llanes J. Prevalence of urinary tract infection in hospitalized patients with preterm labor. [Spanish]\Prevalencia de infeccion de vias urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretermino. *Ginecol Obstet Mex.* 2014;82(11):737-43.
8. Fernandez Turienzo C, Sandall J, Peacock JL. Models of antenatal care to reduce and prevent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2016;6(1):e009044.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo. Amenaza de parto pretérmino. 2014.
10. Papatsonis DNM, Flenady V, Liley HG. Maintenance therapy with oxytocin antagonists for inhibiting preterm birth after threatened preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD005938. DOI: 10.1002/14651858.CD005938.pub3.
11. Naik Gaunekar N, Raman P, Bain E, Crowther CA. Maintenance therapy with calcium channel blockers for preventing preterm birth after threatened preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD004071. DOI: 10.1002/14651858.CD004071.pub3.
12. CrowtherCA,BrownJ,McKinlayCJD,MiddletonP.Magnesiumsulphate forpreventingpretermbirthinthreatenedpreterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD001060. DOI: 10.1002/14651858.CD001060.pub2.