

OBSTETRICIA

ABORDAJE DEL PARTO PRETERMINO

Laura Navas Brenes*
Evelyn Lankester Campos**

SUMMARY

Preterm birth is the leading cause of neonatal morbidity and mortality. That is why identifying women at risk of having a preterm delivery has become a mainstay for modern medicine. Nonetheless, this process of identification continues to be very inexact, regardless of the many advances y science and technology. The purpose of this document is to review several methods that have been proposed to identify and manage women at risk of preterm labor.

Keywords: preterm labor, preterm birth, cervical length.

GENERALIDADES

El parto pretérmino (PPT) se define como un nacimiento que ocurre entre las 20⁰/₇ y 36⁶/₇ semanas. Su diagnóstico es principalmente clínico, incluyendo: contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales (borramiento y/o dilatación de al menos 2 cm). (1) Menos del 10% de las mujeres con clínica de amenaza de parto pretérmino (APP) van a dar a luz en los siguientes 7 días, y en general, solo el 20-30% de las mujeres que tienen APP van a dar a luz a un producto prematuro. (3)

El PPT puede ser espontáneo (sea por cualquier causa que desencadene una labor de parto prematura, por una ruptura prematura de membranas, o por una insuficiencia cervical), o puede ser por indicación terapéutica (como en casos de condiciones maternas y/o fetales preexistentes que impidan llevar el embarazo a término). (2) Esta sigue siendo la principal causa de morbimortalidad perinatal, ya que la morbimortalidad está inversamente relacionada con la edad gestacional. Incluso, en embarazos menores de 28 semanas por cada día que se

* Médico General Universidad de Costa Rica.

** Médico General Universidad de Costa Rica.

prolongue el embarazo, la sobrevida aumenta en un 3%. (2,11,6). Por esta razón, existen en la práctica médica varios tratamientos (farmacológicos y no farmacológicos), con el objetivo de disminuir los índices de PPTs y sus consecuencias.

FACTORES DE RIESGO

De los principales factores de riesgo para un PPT es tener una historia de PPT previo, con un riesgo aumentado en 1.5-2 veces. Entre más casos de PPTs previos y a menor edad gestacional, mayor es el riesgo de la recurrencia. (2) Una longitud cervical corta medida por US transvaginal -definida como menos de 25mm de longitud en edades gestacionales menores de 24 semanas (o incluso hasta la semana 28)- también se asocia con un incremento en el riesgo. Entre más corta, mayor el riesgo. (2,6) Otros factores asociados son los procedimientos cervicales (LEEPs y conizaciones), e instrumentación uterina (dilatación y curetaje). En un estudio de cohorte realizado entre 1997 y 2003 se demostró que tanto el LEEP como la conización aumentan el riesgo, principalmente en mujeres que no tenían historia previa de PPT. (2,12) También se incluyen entre los factores de riesgo a

las infecciones genitales y del tracto uterino, enfermedades periodontales, entre otras, pero la relación entre ellos y el PPT no ha sido claramente demostrada por estudios recientes, o bien, los resultados han sido contradictorios. (2) Finalmente existen asociaciones entre PPT y bajo peso materno, fumado y drogas, y periodos intergenésicos cortos.

MÉTODOS DE SCREENING

Existen algunos métodos que se han propuesto para identificar a mujeres con un riesgo elevado para parto pretérmino, como se detallan a continuación:

El US transvaginal ha probado ser mejor que el US transabdominal para determinar la longitud cervical, ya que no se ve afectado por la obesidad materna, la posición del cérvix, y las sombras generadas por la presentación fetal. Además, a diferencia de la examinación digital, el US-TV permite identificar otros hallazgos ultrasonográficos que se han asociado con mayor riesgo de PPT, como lo son detritos intaamnióticos (posible señal de colonización) y una separación corio-decidual. Como hallazgo independiente, el funnel cervical no genera un aumento importante de riesgo para PPT. (2) Otras técnicas

propuestas son el screening para vaginosis bacteriana, la medición de fibronectina fetal y el monitoreo de actividad uterina en el hogar. Sin embargo, las investigaciones han fallado en demostrar una mejora en los resultados perinatales. Inclusive, en un estudio realizado en el 2013 se encontró que mujeres con screening positivo para los biomarcadores fibronectina fetal y proteína-D surfactante tenían una elevación de riesgo en 2x para PPT, comparado con las pacientes que no tenían dichos marcadores positivos. Sin embargo, el screening para los 2 marcadores en conjunto no aumentó significativamente la capacidad de predicción de PPTs en comparación con el análisis de un solo marcador, y tampoco aumentó la capacidad de detección que tiene el US-TV por sí solo para identificar a las mujeres de riesgo. Por eso, concluyeron que no es recomendable el uso de biomarcadores para predecir el riesgo de PPT en mujeres asintomáticas, debido a que el US-TV y la historia obstétrica son mejores parámetros. (2,4) Además, otro estudio que evaluó el uso de fibronectina fetal para predecir PPT en los siguientes 7 días, concluyó que este biomarcador para la predicción a corto plazo de PPT en mujeres sintomáticas es de poca utilidad. (14)

PREVENCIÓN

Existen acciones que se han recomendado para manejo preventivo de PPT, entre las que se incluyen el tratamiento antibiótico para infecciones concomitantes, restricción de la actividad física y la suplementación con Omega-3. (2) La mayoría de estas medidas no han demostrado traer mayores beneficios, como por ejemplo, en un estudio aleatorio que se publicó en el 2010, se encontró que la suplementación de Omega-3 de cadena larga poliinsaturada no generaba una reducción de los partos pretérmino en mujeres que tuvieran un antecedente de PPT y que estuvieran en tratamiento con 17-hidroxiprogesterona. (10) Una medida preventiva que sí ha demostrado tener eficacia es el uso de progesterona. Un artículo publicado en el 2011 reveló que la administración de progesterona vaginal en gel a mujeres con longitud cervical corta se asocia con un 45% de reducción en la tasa de PPT menores de 33 semanas, con mejoría en el resultado neonatal. Otros estudios corroboran la disminución de riesgo de PPT pero no demuestran mejoría en cuanto a morbilidad neonatal. (9,7) Además de la progesterona, también ha demostrado ser efectivo el uso de cerclaje cervical, el cual debe ofrecerse a todas las mujeres de alto riesgo,

como aquellas con historia de 3 o más partos pretérmino, y cuyos hallazgos ultrasonográficos del segundo trimestre evidencien una longitud cervical corta. De hecho, un metanálisis realizado en el 2011 concluyó que en mujeres con historia de PPT, embarazo único y longitud cervical menor a 25 mm, el cerclaje previene significativamente los casos de PPT y de morbilidades perinatales asociadas. (5)

RECOMENDACIONES DE ABORDAJE

La evaluación inicial incluye una historia clínica detallada, haciendo hincapié en la historia obstétrica (a descartar historia previa de PPT) y los posibles factores de riesgo para establecer la necesidad de manejo preventivo (progesterona y/o cerclaje). En el caso de mujeres con antecedentes de PPT, la suplementación con progesterona se inicia entre las 16-24 semanas y normalmente se continúa hasta las 36 semanas, el parto o ruptura de membranas (lo que suceda primero), esto independientemente de la longitud cervical que presente la paciente. Existen varias vías de administración posibles para la progesterona: las más utilizadas son progesterona 90 mg/día vía vaginal, o caproato de 17 α -hidroxiprogesterona 250 mg IM semanal. Faltan estudios

para determinar la vía más adecuada. (2,9,7). La colocación de cerclaje se recomienda en casos de mujeres con historia de PPT previo de menos de 34 semanas, con embarazo único actual y con longitud cervical menor de 25 mm detectado antes de las 24 semanas de gestación. La combinación cerclaje y progesterona debe estudiarse para comprobar si realmente hay mayor beneficio. (2,5,6) Para las mujeres sin antecedente de PPT, no es necesario medir de rutina la longitud cervical. Sin embargo, si en un US transabdominal del segundo trimestre, se evidencia la posibilidad de un cérvix corto o alguna otra anomalía, lo recomendable es realizar un US-TV. Aún así, existen varios autores que recomiendan que se inicie un screening de rutina de longitud cervical, incluso en pacientes de bajo riesgo, ya que se ha demostrado que se puede dar tratamiento preventivo efectivo en dichos casos. La ACOG aprueba ambas conductas (screening de rutina versus no screening). (2,6) Si en estas mujeres se encontrase una longitud cervical menor de 20 mm antes de las 24 semanas, se les debería ofrecer tratamiento profiláctico con progesterona vaginal. En estas mujeres, el uso de cerclaje no ha demostrado ser de beneficio. En los casos de gestación múltiple, no se han encontrado medidas

que demuestren prevenir el PPT, e incluso, se cree que el uso de cerclaje podría incrementar los casos de PPT en estos embarazos. (2)

MANEJO INTERVENCIONISTA

Las intervenciones médicas para detener una labor de parto pretérmino deben ir dirigidas a los casos en que un retraso en el parto realmente vaya a generarle un beneficio al producto. Por ejemplo, se ha visto que la terapia tocolítica usualmente es efectiva por sólo 48 horas, por lo que esta sólo se le debe administrar a los casos en los que un atraso de sólo dos días en el parto vaya a beneficiar al neonato. En general, la tocólisis no está indicada en productos con edades gestacionales no viables, sólo en casos donde hubo un desencadenante conocido de la labor de parto que pueda detenerse (por ejemplo cirugía intraabdominal reciente). Por otro lado, el límite máximo para el uso de esta terapia es a las 34 semanas, en donde los beneficios de prolongar el embarazo por unos días no sobrepasan los riesgos que generan estos medicamentos. Contraindicaciones para la tocólisis: óbito fetal, anomalía fetal letal, sufrimiento fetal, preeclampsia severa/eclampsia, sangrado materno con alteraciones

hemodinámicas, corioamnioitis, entre otras. En casos de mujeres con contracciones uterinas pero sin cambios cervicales, no deben administrarse tocolíticos. Muchos medicamentos han sido utilizados para inhibir las contracciones miométricas, entre ellos:

1-Bloqueadores de canales de Ca²⁺: como ejemplo está la nifedipina. Es tan efectiva como los agonistas beta-adrenérgicos y asocian menos efectos adversos. Además en un estudio realizado en el 2012, la nifedipina mostró tener la capacidad de postergar el embarazo por más tiempo que otros medicamentos. Contraindicado en hipotensión y lesiones cardíacas dependientes de precarga, como la insuficiencia aórtica. (1,11)

2-Atosiban: es un inhibidor de oxitocina y vasopresina. Ha demostrado tener buena tolerancia entre las mujeres y además tiene menor índice de falla terapéutica dentro las 48 horas de tratamiento. (1,11)

3-AINES: contraindicado en Coagulopatías, disfunción hepática, disfunción renal, o úlceras gastroduodenales. Pueden causar el cierre prematuro del Ductus Arterioso en el feto, por eso medicamentos como la indometacina se utilizan antes de la semana 32. (1)

4-Agonistas beta-adrenérgicos: como ejemplo está la terbutalina. Debido a sus efectos secundarios

severos en la madre y posibles efectos deletéreos en el feto, su uso está limitado a 48-72 horas como máximo, de forma inyectable (vía oral no se debe utilizar), y monitorizando adecuadamente a la madre y feto. Genera tanto taquicardia materna como fetal, por lo que está contraindicado en casos de enfermedad cardíaca materna que sea sensible a la taquicardia, y en DM mal controlada. (1)

Uso de Esteroides: es la intervención médica más beneficiosa en los casos de PPT. Se recomienda el uso de rutina de un único ciclo de esteroides entre las 24-34 semanas, independientemente del estado de las membranas ovulares, ya que reduce en gran medida la morbimortalidad neonatal (reduce casos de distress respiratorio, hemorragias intracraniales, enterocolitis necrotizante y muerte). Se dice que se puede administrar una segunda dosis única de rescate, cuando el ciclo inicial de esteroides fue 2 semanas o más antes, y la edad Gestacional es de 33 semanas o menos. El uso de más de dos ciclos no está indicado. Los esteroides más utilizados son la betametasona (12 mg c/d IM, #2 dosis) y la dexametasona (6 mg c/12h IM #4 dosis). (1)

Papel del Sulfato de Magnesio: varios estudios han evaluado el uso de MgSO₄ para la

neuroprotección en casos de PPT, y los resultados sugieren que la administración anteparto de MgSO₄ reduce el riesgo de morbilidades neurológicas como parálisis cerebral. Este medicamento no debe utilizarse como toclítico; se debe tener cuidado al combinarlo con agonistas beta-adrenérgicos o bloqueadores de canales de calcio. (1,13,9)

Uso de antibióticos: solamente recomendado si la APP asocia una ruptura prematura de membranas, o si la madre salió positiva en el tamizaje por Streptococco del grupo B. (1)

Reposo en cama e hidratación: no han demostrado reducir el riesgo de PPT, y podría amumentar el riesgo de TVP, por lo que debe tenerse cuidado y no deben recomendarse de rutina. (1)

CONCLUSION

Debido al gran impacto en los índices de morbimortalidad infantil, grandes esfuerzos deben realizar los equipos de salud para tratar de disminuir la incidencia de partos pretérmino y no solo reducir las consecuencias materno-fetales que estos acarrear, si no también disminuir los costos en internamientos, usos de UCIs, y atención en salud a largo plazo por comorbilidades. Aunque se han realizado múltiples estudios para tratar de establecer el

abordaje indicado en estos casos, este sigue siendo un proceso inexacto, donde la clínica continúa siendo el pilar para el diagnóstico y las medidas terapéuticas siguen estando a prueba. No está de más señalar que queda mucho camino por recorrer para alcanzar el manejo óptimo en las amenazas de parto pretérmino.

RESUMEN

El parto pretérmino es la principal causa de morbimortalidad neonatal. Es por esto que la identificación de mujeres en riesgo de un parto prematuro se ha vuelto un pilar fundamental para la medicina moderna. Sin embargo, a pesar de los múltiples avances en ciencia y tecnología, este proceso de identificación continúa siendo muy inexacto. El propósito de este documento es revisar varios de los métodos propuestos para la identificación y manejo de las mujeres en riesgo de parto pretérmino.

BIBLIOGRAFIA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Preterm Labor. Practice Bulletin. No. 127. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 119, No. 6, June 2012
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prediction and Prevention of Preterm Birth. Practice Bulletin Number 130. OBSTETRICS & GYNECOLOGY

- Vol. 120, No. 4, October 2012
3. Bastek, J. et al. Clinical Prediction Rules for Preterm Birth in Patients Presenting With Preterm Labor. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 119, No. 6, June 2012
4. Bastek, J. et al. Biomarkers and Cervical Length to Predict Spontaneous Preterm Birth in Asymptomatic High-Risk Women. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 122, No. 2, Part 1, August 2013
5. Berghella, V. et al. Cerclage for Short Cervix on Ultrasonography in Women With Singleton Gestations and Previous Preterm Birth. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 117, No. 3, March 2011
6. Berghella, V. et al. Cervical Length Screening With Ultrasound-Indicated Cerclage Compared With History-Indicated Cerclage for Prevention of Preterm Birth. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 118, No. 1, July 2011
7. Dodd, J.M. et al. Progesterone for the Prevention of Preterm Birth OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 112, No. 1, July 2008
8. Gibbins, K.J. et al. evaluation of the clinical use of magnesium Sulfate for Cerebral Palsy Prevention. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 121, No. 2, Part 1, February 2013
9. Hassan, S.S. et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38: 18–31 Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.9017
10. Harper, M. et al. Omega-3 Fatty Acid Supplementation to Prevent Recurrent Preterm Birth. OBSTETRICS & GYNECOLOGY

- Vol. 115, No. 2, Part 1, February 2010
11. Salim, R. et al. Nifedipine Compared With Atosiban for Treatin Preterm Labor. OBSTETRICS & GYNECOLOGY. Vol 120, No. 6, December 2012
 12. Maija Jakobsson, MD, Loop Electrosurgical Excision Procedure and the Risk for Preterm Birth. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 114, No. 3, September 2009
 13. Mercer, B.M. et al. Magnesium Sulfate for Preterm Labor and Preterm Birth. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 114, No. 3, September 2009
 14. Sanchez-Ramos, L. Fetal Fibronectin as a Short-Term Predictor of Preterm Birth in Symptomatic Patients. A Meta-Analysis. OBSTETRICS & GYNECOLOGY Vol. 114, No. 3, September 2009.