



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**“AMENAZA DE PARTO  
PREMATURO”**

ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

Los partos de pretérmino o prematuros son términos que se utilizan para definir a los recién nacidos que nacen demasiado pronto. Nacimiento antes de concluir las 37 semanas

- 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial
- Elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo
- Tercera parte de la atención obstétrica



De acuerdo a la EG se clasifican:

- **Parto pretérmino muy temprano:** Nacimiento entre las 20 semanas con 0 días hasta las 23 semanas con 6 días.
- **Parto pretérmino temprano:** Nacimiento entre las 24 semanas con 0 días hasta las 33 semanas con 6 días.
- **Parto pretérmino tardío:** Nacimiento entre las 34 semanas con 0 días hasta las 36 semanas con 6 días.

De acuerdo a su causa se clasifica en:

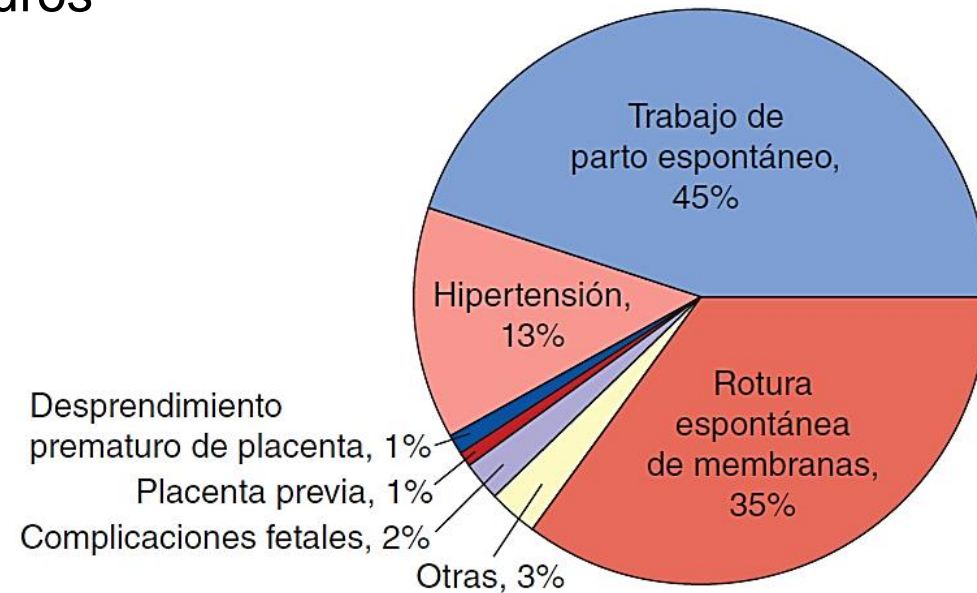
- **Parto pretérmino espontáneo**
- **Parto pretérmino iatrógeno**



Leveno, S. et al. (2011). *Williams Obstetricia*. México D. F.: Mc Graw Hill.

## PARTO PREMATURO TARDÍO

Constituyen cerca del 75% de todos los partos prematuros



Complicaciones obstétricas relacionadas con partos prematuros tardíos

## CAUSAS DEL PARTO PREMATURO

1. El parto por indicaciones maternas o fetales en las cuales se induce el trabajo de parto o el lactante nace mediante cesárea antes del trabajo de parto.
2. Trabajo de parto prematuro espontáneo inexplicable con membranas intactas.
3. Rotura prematura de membranas a pretérmino idiopáticas
4. Partos gemelares y múltiples



Leveno, S. et al. (2011). *Williams Obstetricia*. México D. F.: Mc Graw Hill.

# INDICACIONES MÉDICAS Y OBSTÉTRICAS

(30 a 35%)

## Más frecuentes:

- Preeclampsia
- Sufrimiento fetal
- Tamaño pequeño para la edad gestacional
- Desprendimiento prematuro de placenta

## Menos frecuentes:

- Hipertensión crónica
- Placenta previa
- Hemorragia inexplicable
- Diabetes
- Nefropatía
- Isoinmunización Rh
- Malformaciones congénitas



# ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO

(30 a 35%)

Rotura de membranas antes del trabajo de parto y antes de las 37 semanas

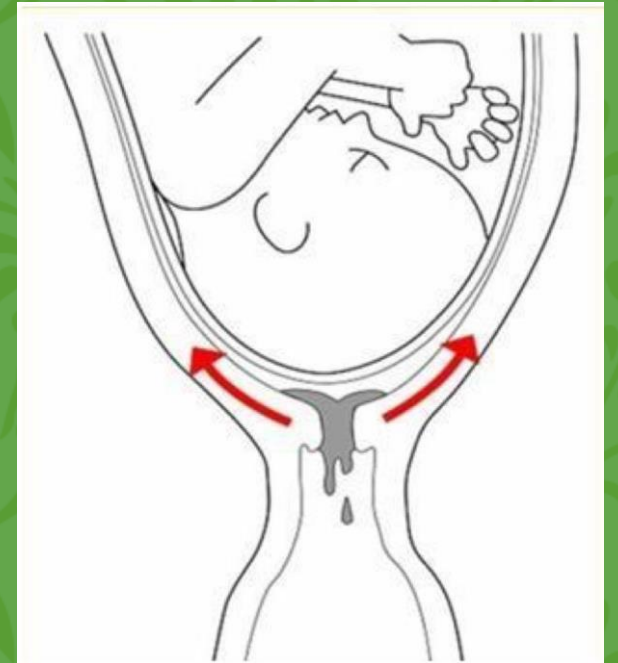
- Infección intraamniótica
- Condición socioeconómica baja
- IMC bajo (menos de 19.8)
- Deficiencias nutricionales
- Tabaquismo



# TRABAJO DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO

(40 a 45%)

- Retiro de progesterona
- Inicio de oxitocina
- Activación decidual
- Desviaciones del crecimiento fetal normal





## ANTECEDENTES Y FACTORES QUE CONTRIBUYEN

### ❖ Amenaza de aborto

La hemorragia vaginal en las primeras etapas del embarazo (tanto leve como intensa en el segundo trimestre <28 semanas) se acompañaron de un parto prematuro subsiguiente, desprendimiento prematuro de placenta y pérdida posterior del embarazo antes de las 24 semanas

### ❖ Factores relacionados con el estilo de vida

- Tabaquismo
- Aumento de peso insuficiente de la madre
- Consumo de drogas
- Mujeres con sobrepeso u obesidad
- Edad joven o avanzada de la madre
- Pobreza
- Talla baja
- Factores laborales (caminar o estar de pie por periodos prolongados, condiciones de trabajo extenuantes y largas horas de trabajo semanal)
- Depresión, ansiedad y estrés crónico

## ❖ Infecciones

- Producción de prostaglandina estimulan las contracciones uterinas
- Ureaplasma urealyticum y mycoplasma hominis
- Urocultivo y cultivo de secreción vaginal

## ❖ Vaginosis bacteriana

- Aborto espontáneo
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionitis
- Infección del líquido amniótico

## ❖ Parto prematuro previo (factor de riesgo más importante)

## ❖ Factores genéticos

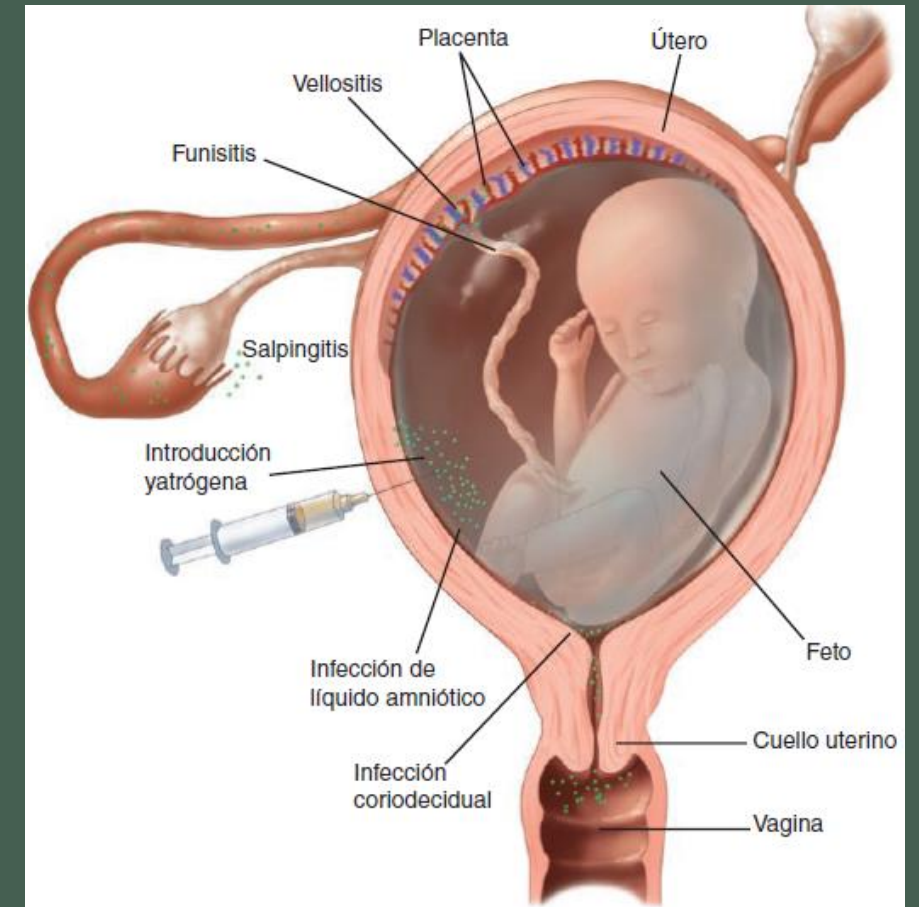
## ❖ Malformaciones congénitas

## ❖ Raza y etnia (mujeres de raza africana y afrocaribeña)

## ❖ Periodontitis

## ❖ Intervalo entre embarazos y parto prematuro (menos de 18 meses y más de 59 meses)

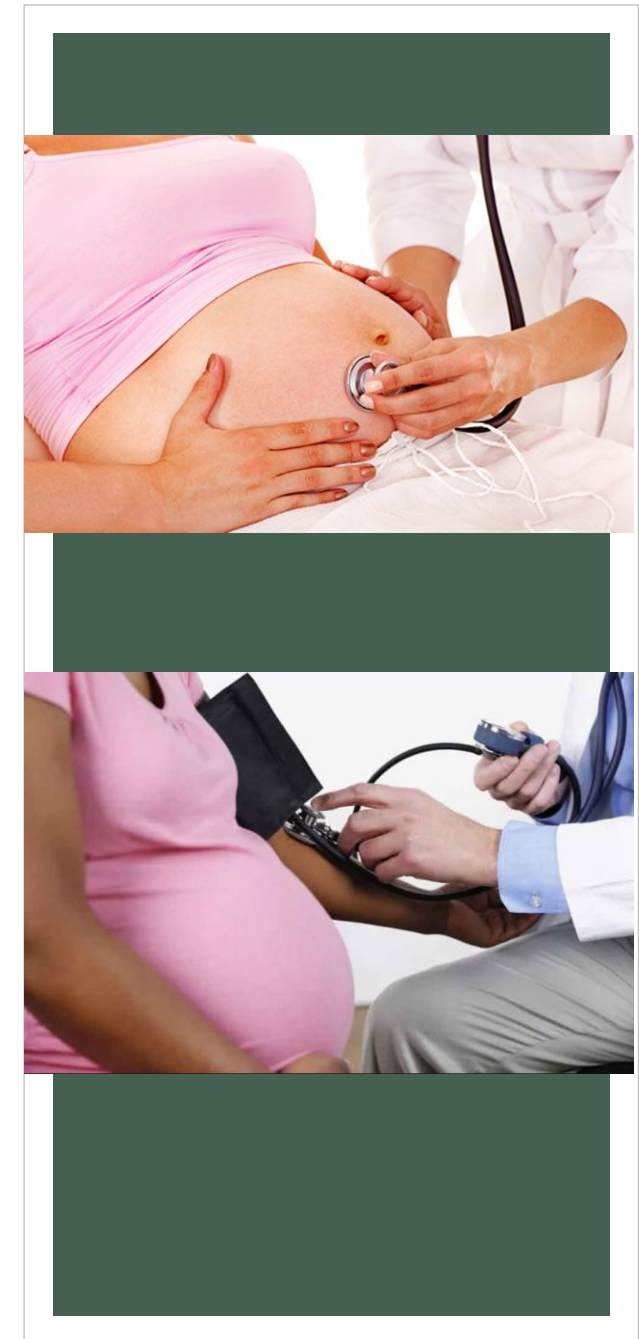
## ❖ Defectos mullerianos: útero didelfo, septado, unicornes, arcuato



## EVALUACION INICAL EN SOSPECHA DE PARTO PRETERMINO

- **Historia clínica** (incluyendo de forma completa los antecedentes obstétricos de la paciente, así como, la evolución de la gestación actual)
- Evaluación de **signos y síntomas** de parto pretérmino, consignando los factores de riesgo
- **Signos vitales maternos** (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria)
- Revisión del patrón de **frecuencia cardíaca fetal**
- Evaluación de la frecuencia, duración e intensidad de la **contracción**
- **Examen del útero** para evaluar la firmeza, la sensibilidad, el tamaño fetal y la posición fetal

Leveno, S. et al. (2011). *Williams Obstetricia*. México D. F.: Mc Graw Hill.



## DIAGNÓSTICO

- Referir a la mujer con parto pretérmino a una unidad hospitalaria con unidad de cuidados intensivos neonatales
- Administración de glucocorticoides en la madre para promover la inducción de madurez pulmonar
- Establecer un tratamiento en las mujeres con parto pretérmino con antibióticos efectivos que evitan o disminuyan la infección por estreptococo B hemolítico



## Síntomas de la paciente

Criterios para documentar el trabajo de parto prematuro:

1. Contracciones uterinas clínicamente documentadas (2 en 10 min, > 4 en 20 minutos o >8 en una hora).
2. Dilatación cervical >3 cm
3. Borramiento del cuello uterino igual o mayor de 80%.
  - Con o sin membranas amnióticas íntegras

Sin embargo, en la actualidad, tales datos clínicos se consideran factores de predicción inexactos del parto prematuro

## Primeras 24 horas:

- Contracciones uterinas, dolorosas o indoloras, suaves e irregulares
- Presión pélvica
- Sensación de presión en la vagina
- Cólicos parecidos a los menstruales
- Secreción vaginal de mucosidad, que puede ser clara, rosada o ligeramente con sangre (tapón de mucoso)
- Lumbalgia

## Cambios cervicouterinos

### Dilatación cervicouterina

- Dilatación cervicouterina asintomática después de la etapa media del embarazo

### Longitud del cuello uterino

- Se realizará entre la semana 20.1 a 34 de gestación
- <35 mm

### Insuficiencia cervicouterina

- Dilatación cervical recurrente e indolora y el nacimiento espontáneo en el segundo trimestre del embarazo sin rotura espontánea de membranas, hemorragia o infección

### Fibronectina fetal

- Al parecer refleja la remodelación del estroma del cuello uterino antes del trabajo de parto.
- Permite la detección de fibronectina en las secreciones cervicovaginales antes de la rotura de membranas (se realizará entre las semanas 24 a 34 de gestación en pacientes con riesgo de parto pretérmino)
- Valores superiores a los 50 ng/ml se consideran positivos.

O la valoración ultrasonografica permite determinar que tipo de pacientes no requerirán tocólisis

## ANTE LA PRESENCIA DE PARTO PRETÉRMINO

Corroborar por ultrasonido la edad gestacional, para establecer el pronóstico de sobrevivencia del neonato y sus posibles complicaciones



# COMPLICACIONES

## A CORTO PLAZO

- Hemorragia intracraneal
- Displasia broncopulmonar
- Enterocolitis necrotizante
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Anemia
- Infecciones (neumonía, sepsis, infecciones)
- Apnea
- Retinopatía del prematuro

## A LARGO PLAZO

- Parálisis cerebral
- Deficiencia en el aprendizaje
- Trastornos del desarrollo moto
- Problemas de conducta y psicológicos



## TRATAMIENTO

- ❖ No se recomienda la hidratación y el reposo estricto en cama como tratamientos específicos
- ❖ La terapia tocolítica puede retrasar el parto pretérmino. Incluye el uso de fármacos como:
  - $\beta$ -miméticos
  - Sulfato de Magnesio
  - Bloqueadores de canales de calcio (Nifedipino)
  - Nitratos
  - Bloqueadores del receptor de oxitocina.



# TRATAMIENTO DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y DEL TRABAJO DE PARTO PREMATURO

## Rotura prematura de membranas

- Antecedente de escurrimiento de líquido vaginal, sea un chorro continuo o intermitente
- Confirmación: exploración ecográfica
- Líquido amniótico es un poco alcalino (pH de 7.1-7.3) en comparación con las secreciones vaginales (pH 4.5-6.0)

## Tratamiento antimicrobiano

- Menos mujeres presentaban corioamnionitis,
- Menos recién nacidos presentaban septicemia
- El embarazo más a menudo se prolongaba siete días en las mujeres que recibían antimicrobianos

## Corticoesteroides

- Recomienda el tratamiento con una sola dosis de las 24 a las 32 semanas.

### CUADRO 36-8. Tratamiento recomendado de la rotura prematura de membranas

Edad gestacional	Tratamiento
34 semanas o más	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proceder al parto, por lo general mediante la inducción del trabajo de parto</li><li>• Se recomienda la profilaxis contra estreptococos del grupo B</li></ul>
32 semanas a 33 semanas completas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de observación a menos que se confirme la madurez pulmonar fetal</li><li>• Se recomienda la profilaxis contra estreptococos del grupo B</li><li>• Corticoesteroides: sin consenso, pero algunos expertos los recomiendan</li><li>• Antimicrobianos para prolongar la latencia si no hay contraindicaciones</li></ul>
24 semanas a 31 semanas completas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de observación</li><li>• Se recomienda la profilaxis contra estreptococos del grupo B</li><li>• Se recomienda el empleo de corticoesteroides en un solo ciclo</li><li>• Tocolíticos: no hay consenso</li><li>• Antimicrobianos para prolongar la latencia si no hay contraindicaciones</li></ul>
Antes de las 24 semanas <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asesoría de la paciente</li><li>• Tratamiento de observación o inducción del parto</li><li>• No se recomienda la profilaxis contra estreptococos del grupo B</li><li>• No se recomiendan corticoesteroides</li><li>• Antimicrobianos: son incompletos los datos disponibles sobre su empleo para prolongar la latencia</li></ul>

## PARTO PREMATURO CON MEMBRANAS INTACTAS

**Objetivo principal del tratamiento:** evitar el parto antes de las 34 semanas, si es posible

### **Amniocentesis para detectar infección**

Líquido amniótico que contenía una cifra alta de leucocitos, una baja concentración de glucosa y un incremento de la concentración de interleucina-6

- Permite valorar la madurez pulmonar fetal e infección intraamniótica.

### **Tratamiento con corticoesteroides para mejorar la maduración pulmonar fetal**

Debe administrarse a mujeres con embarazos menores a 38 semanas

**Tratamiento de rescate:** administración de una dosis repetida de corticoesteroides cuando el parto se vuelve inminente y han transcurrido más de siete días desde la dosis inicial

- betametasona o dexametasona

## Cerclaje de urgencia o de rescate

Si se reconoce la insuficiencia cervicouterina con amenaza de trabajo de parto prematuro, se puede intentar el cerclaje de urgencia, aunque con un riesgo notable de infección y aborto



# PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO

## Progesterona

- Mantener la quiescencia uterina y “bloquear” el inicio del trabajo de parto
- El tratamiento con progesterona debía limitarse a las mujeres con un antecedente documentado de parto espontáneo antes de las 37 semanas de embarazo

## Cerclaje cervicouterino

- Mujeres que tienen un antecedente de pérdida recidivante en el segundo trimestre del embarazo
- A quienes se diagnostica insuficiencia cervicouterina
- Mujeres en que se identifica un cuello uterino corto



G R A C I A S

