

## II JORNADA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA para atención primaria

# Actualización en obstetricia: prevención de parto prematuro

Montserrat González Rodríguez  
Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Hospital Universitario Infanta Elena  
Valdemoro



# Definiciones

- PARTO PRETERMINO: antes de las 37SG. Etiología compleja y multifactorial. Factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales
- AMENAZA DE PARTO PRETERMINO: proceso clínico sintomático que sin tratamiento o, cuando este fracasa, puede conducir a un parto pretérmino
  - Prematuridad extrema < 28 SG
  - Prematuridad severa 28+1-31+6SG
  - Prematuridad moderada 32-33+6 SG
  - Prematuridad leve 34- 36+6 SG

# Etiología

- Parto pretérmino espontáneo 31-40%
  - Infección intraamniótica
  - Causa vascular
  - Estrés
  - Sobredistensión uterina
- Rotura prematura de membranas 30-40%
- Finalización electiva 20-25%

# Factores de riesgo

- Parto pretérmino previo. Si < 28SG x 10
- Raza negra
- IMC bajo
- Estrés laboral
- Tabaquismo
- Período intergenésico < 6 meses
- Factores uterinos: conización previa, malformaciones, incompetencia cervical

# Consecuencias

La prematuridad es responsable de un importante porcentaje de morbi-mortalidad perinatal

- Déficits neurosensoriales
- Problemas pulmonares crónicos
- Infecciones
- Hemorragia ventricular
- Enterocolitis necrotizante



**Estrategias de prevención**

# Prevención

- Prevención primaria  
factores de riesgo
- Prevención secundaria  
detección precoz y tratamiento
- Prevención terciaria  
secuelas



# 2012



# Progesterona

American Journal of Obstetrics & Gynecology FEBRUARY 2012

## Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data

Roberto Romero, MD; Kypros Nicolaides, MD; Agustin Conde-Agudelo, MD, MPH; Ann Tabor, MD; John M. O'Brien, MD; Elcin Cetingoz, MD; Eduardo Da Fonseca, MD; George W. Creasy, MD; Katharina Klein, MD; Line Rode, MD; Priya Soma-Pillay, MD; Shalini Fusey, MD; Cetin Cam, MD; Zarko Alfirevic, MD; Sonia S. Hassan, MD





⇒ @ + Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial

*Maria Goya, Laia Pratcorona, Carme Merced, Carlota Rodó, Leonor Valle, Azahar Romero, Miquel Juan, Alberto Rodríguez, Begoña Muñoz, Belén Santacruz, Juan Carlos Bello-Muñoz, Elisa Llurba, Teresa Higuera, Luis Cabero\*, Elena Carreras\*, on behalf of the Pesario Cervical para Evitar Prematuridad (PECEP) Trial Group*



# Prevención primaria



# Prevención primaria

## Medicina Fetal

- Antecedente previo de parto pretérmino o RPM
- Historia obstétrica sugestiva de incompetencia cervical
- Episodio de APP en la gestación actual
- RPM < 24 SG
- Factores uterinos:
  - Cirugía previa: conización
  - Malformaciones uterinas: útero doble
  - Incompetencia cervical

# Prevención primaria

Maniobras preventivas:

- Screening tratamiento de la bacteriuria asintomática
- Detección y tratamiento de la vaginosis bacteriana en el 2T
- Detección y tratamiento de Chlamydia trachomatis, ureaplasma y SBH
- Valoración cervical ecográfica
- Fibronectina fetal

Clindamicina 300 v.o cada 12 horas 5 días

En el manejo clínico diario, tanto la ecografía como la fibronectina tiene una eficacia similar . Debido al mayor acceso y menor coste de la ecografía en nuestro ámbito, nosotros utilizaremos la **medida de la longitud cervical** (por ecografía transvaginal) como elemento predictor para el seguimiento de las pacientes.



Eco 20 SG

< 25 mm

# Seguimiento obstétrico

- Incompetencia cervical: cerclaje
- Antecedentes de 2 o más pérdidas fetales 2º o 3º T o pretérmino menor de 34 SG
  - Control ecográfico cada 2 semanas
  - Cultivos en la semana 12-16 y 20-22
- Ingreso previo por APP: a la semana del alta, controles cada 1-2 semanas
- RPM < 24 SG: control ambulatorio
- Metrorragias 2º y 3º T excluyendo placenta previa tienen más riesgo de RPM, reevaluar el riesgo a la semana del ingreso

Longitud cervical:

> 25mm antes de la 28

> 20 mm entre la 28-32

> 15 mm > 32 SG

BAJO RIESGO

# Progesterona

Se recomendará la utilización de progesterona 100 mg cada 24 horas en:

- Pacientes con antecedentes de pretérmino y cérvix < 25 mm
- Pacientes asintomáticas sin antecedentes con cérvix < 20mm
- Hallazgo ecográfico de acortamiento cervical progresivo hasta las 34 SG.

# Pesario cervical

- Estudio PCEP
- Cérvix corto asintomáticas
- Consulta
- Desplaza el eje de presión
- Comodidad
- Leucorrea
- Control mensual. No cervicometría
- 37SG



Figure 1: Photograph of the silicone cervical pessary  
(A) Inner diameter. (B) Outer diameter. (C) Lateral view.

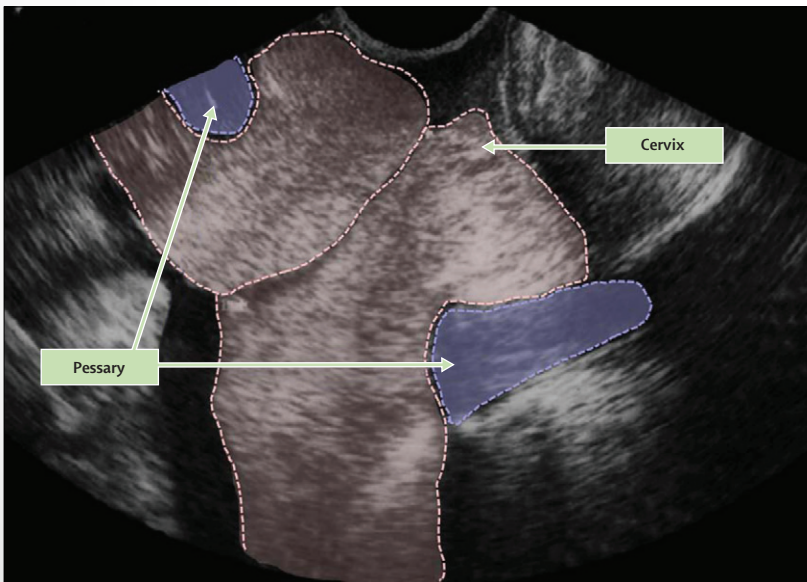
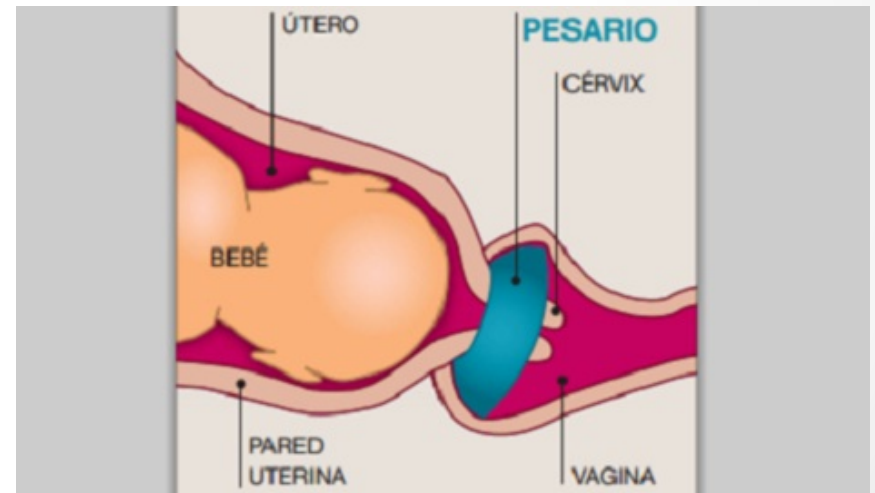


Figure 3: Ultrasound visualisation of cervical length in women using a cervical pessary<sup>33</sup>





# Prevención secundaria



# Definiciones clásicas

- **Amenaza de parto pretérmino:** presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde la 22 a la 36+6SG.
- **Dinámica regular:** contracciones uterinas persistentes ( al menos 4 en 20-30 minutos u 8 en una hora)
- **Modificaciones cervicales** presencia de borramiento > 80% o dilatación cervical mayor o igual de 2 cm.

20-30%

# En la urgencia

- Anamnesis y revisión de historia clínica
- Exploración física
- Exploración obstétrica:
  - FCF
  - Abdomen
  - Espéculo
  - Cultivos previos a TV: frotis recto-vaginal, endocervical.
  - Tacto vaginal
- Ecografía transvaginal y obstétrica básica
- RCTG
- Analítica: H, bioqca, coag y PCR. Orina
- Amniocentesis? Glucosa , leucos y Gram. Cultivo

En presencia de dinámica regular se consideran pacientes de **alto riesgo** si uno o más de :

### **Criterios clínicos:**

- Bishop  $> 0 = 5$
- Parto pretérmino anterior ( espontáneo) antes de la 34
- Gestación múltiples

### **Criterios ecográficos:**

- Longitud cervical  $< 25$  mm antes de las 28+0 SG
- Longitud cervical  $< 20$  mm entre las 28+1-31+6 SG
- Longitud cervical  $< 15$  mm a las 32 SG o más

Se consideran de **bajo riesgo** cuando no está presente NINGUNO

En ausencia de dinámica efectiva regular: es necesario valorar con precaución. Seguimiento clínico en 1-2 semanas

NO SON TRIBUTARIOS DE TRATAMIENTO TOCOLITICO ya que pueden representar un extremo de la normalidad

Restringir actividad laboral y estilo de vida hasta valorar evolución.

# Tratamiento

- Dinámica uterina en paciente de BAJO RIESGO:  
Reposo y observación 2-3 horas en urgencias  
Cede la dinámica y no modificaciones: alta y reposo relativo 24 horas  
No cede la dinámica, pero no modifica cérvix, ingreso y observación 12-24 h. NO tratamiento
- Dinámica uterina en paciente de ALTO RIESGO:  
Ingreso, tocolisis y corticoides, reposo absoluto 24 horas, RCTG/8-12 horas

La hidratación oral o intravenosa no reduce la incidencia de parto prematuro y no se recomienda su uso rutinario

# Prevención terciaria



- Secuelas respiratorias
- Secuelas neurológicas

Obstet Gynecol Clin North Am. 2012 Mar;39(1):47-63.

## Antenatal corticosteroids in the management of preterm birth: are we back where we started?

Bonanno C, Wapner RJ. Source Division of Maternal Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Columbia University College of Physicians and Surgeons, 161 West 168th Street, New York, NY 10032, USA. cab90@columbia.edu

### SYSTEMATIC REVIEWS

[www.AJOG.org](http://www.AJOG.org)

#### OBSTETRICS

## Repeat antenatal glucocorticoids for women at risk of preterm birth: a Cochrane Systematic Review

Christopher J. D. McKinlay, MBChB; Caroline A. Crowther, MD; Philippa Middleton, MPH; Jane E. Harding, DPhil

34 + 6



DOSIS REPETIDAS





## **Corticoides antenatales para acelerar la maduración fetal**

(Actualizado julio 2012)

**NOTA: Sustituye al protocolo de Pruebas de madurez fetal (2004) y al protocolo de Aceleración farmacológica de la madurez pulmonar fetal (2003).**

“Los autores de la revisión concluyen que los resultados del metaanálisis apoyan el uso de dosis repetida/s de corticoides prenatales en las mujeres que han recibido un ciclo inicial de corticoides prenatales siete o más días antes y todavía presentan riesgo de parto pretérmino, dado que esta conducta tiene un beneficio clínicamente relevante a corto plazo, en forma de disminución del SDR y de problemas de salud graves en las primeras semanas después del nacimiento.”

# Corticoides

Los criterios para el empleo de ciclos múltiples de corticoides antenatales son:

- Usarse sólo en aquéllos casos en que estén indicados. Hay que ser rigurosos en la valoración del riesgo y no pautarlos “por si acaso”
- Empleo del menor número de dosis posible. Parece prudente no sobrepasar las 6 dosis en total
- Ser conscientes del mayor efecto se obtiene cuando la dosis se ha puesto en los 7 días previos al parto

SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

No. 258, May 2011

# **Magnesium Sulphate for Fetal Neuroprotection**



- RECOMENDACIONES:

1.- Se debe considerar la administración de sulfato de magnesio para neuroprotección fetal en aquellas mujeres con riesgo de PARTO INMINENTE antes de la 31+6 SG. Grado de recomendación I- A

#### PARTO INMINENTE

- Trabajo activo de parto con dilatación de 4 cm o más con o sin RPM
- Parto programado por indicaciones materna o fetales

**SOGC Clinical Practice Guideline May 2011**

## Magnesium sulphate for fetal neuroprotection in imminent preterm birth (≤31+6 weeks)

### Woman ≤ 31+6 weeks gestation AND imminent preterm birth

- Active labour with ≥ 4 cm cervical dilation with either failure or contraindication to tocolysis
- ≥ 4 cm dilation with documented progressive change in cervical dilation
- PPRM with active labour
- Planned delivery for fetal or maternal indications

YES

NO

- Administer MgSO<sub>4</sub> loading dose, 4g IV over 30 minutes
- Follow with MgSO<sub>4</sub> maintenance infusion of 1g/hour IV until birth or a maximum of 24 hours of therapy
- Administer corticosteroids for fetal lung maturation (if not already given)
- Monitor maternal vital signs as per existing MgSO<sub>4</sub> protocols
- Provide continuous fetal heart surveillance

Woman currently not eligible for MgSO<sub>4</sub> for neuroprotection

### CLINICAL TIPS

- MgSO<sub>4</sub> may be administered before tocolytic drugs have been cleared from the maternal circulation. If nifedipine has been used for tocolysis or hypertension, there is NO contraindication to the use of MgSO<sub>4</sub> for fetal neuroprotection.
- Delivery should NOT be delayed in order to administer antenatal MgSO<sub>4</sub> for fetal neuroprotection if there are maternal and/or fetal indications for urgent delivery.
- Monitoring of serum Mg levels is NOT required.

“Imminent preterm birth” is defined as a high likelihood of birth, due to one or both of the following conditions: active labour with ≥4 cm of cervical dilation, with or without PPRM; planned preterm birth for fetal or maternal indications.

# SEGO



**proSEGO**  
www.prosego.com

**proSEGO**  
www.prosego.com

Protocolos Asistenciales en Obstetricia

## **Sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal**

Diciembre 2011

Los recién nacidos pretérmino tienen un riesgo aumentado de sufrir daño neurológico como parálisis cerebral o discapacidades físicas y sensoriales. Son varios los metaanálisis y revisiones sistemáticas que han demostrado que el sulfato de magnesio administrado antes del parto puede reducir el daño cerebral en los grandes pretérminos que sobreviven<sup>(1, 2, 3)</sup> (Tablas 1 y 2). El número necesario de casos a tratar para evitar una parálisis cerebral es de 63 (IC 95%: 43-155)<sup>(1)</sup>. (NE: Ia-A)

**Para reducir el riesgo de parálisis cerebral, ante la sospecha de parto pretérmino inminente, la gestante debe recibir sulfato de magnesio hasta el parto o durante 12-24 horas (lo que antes ocurra). (A)**

- La parálisis cerebral es permanente, puede dar lugar a secuelas severas para los niños y puede afectar significativamente a las familias y a la sociedad en general. El NNT para prevenir un caso de PC parece justificable y comparable al de la eclapmsia. Dada la relativa seguridad del MgSO<sub>4</sub> para la madre, la falta de evidencia de riesgo en la mortalidad infantil y la familiaridad de la mayoría de los obstetras con su uso, **el sulfato de magnesio debería ser considerado para la neuroprotección en el parto pretérmino.**

BRICIO DA SILVA COSTA<sup>1</sup>

LAUDELINO LOPES<sup>2</sup>

SHAUN BRENNECKE<sup>3</sup>

Magnesium sulphate for fetal neuroprotection

*Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal*

## Conclusión

# Antibioterapia

No se ha demostrado beneficio

Sólo tributarias si exposición franca de bolsa amniótica en vagina o signos de infección por amniocentesis.

**Ampicilina 1 gr / 6 horas + gentamicina 80 mg /8 h**

Sí debe hacerse profilaxis de SBH en los casos indicados con pauta de Penicilina como primera elección por su mayor espectro antimicrobiano.



# Estudio multicentrico PESAPRO



Gracias