

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO



ANÁLISIS

- ❑ La prematurez es causante del 50 al 70% de la mortalidad neonatal y del 50% de las alteraciones neurológicas.
- ❑ Es responsable de complicaciones:
 - **A corto plazo:** SDR, HIV (Hemorragia intraventricular), sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar, apnea, etc.
 - **A largo plazo:** parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición.



AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP)

La OMS la define como **la que ocurre entre las semanas 20 y 37 de gestación.**

Por ello las competencias de la partería profesional con base a lo que establece la ICM (Confederación Internacional de Matronas) se fortalecen con las competencias generales de la categoría 1, 1.b Asumir responsabilidad en el autocuidado y el autodesarrollo como partera, 1.d Apoyarse en la investigación para sustentar la práctica, 1.e Defender los derechos humanos fundamentales de las personas al momento de proporcionar atención de partería, categoría 2 pre-embarazo y cuidado prenatal, 2.c Valorar el estado y la salud fetal, 2.g Detectar, controlar y remitir a mujeres con embarazos complicados, categoría 3 cuidados durante el parto y el nacimiento, 3.a Promover el parto fisiológico para demostrar las habilidades, comportamientos y conocimientos para fortalecer el cuidado de la mamá y sus bebé.



AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP)

CAUSAS CLÍNICAS ESPECIFICAS:

- Ruptura prematura de membranas a causa de infecciones (30%).
- Nacimiento pretérmino indicado por causas maternas fetales (40%).
- Parto pretérmino con membranas integra idiopático (30%).

CLASIFICACIÓN:

Según su evolución clínica:

- Pretérmino <32 semanas
- Pretérmino \geq 32 semanas (32 a 36)

Embarazos menores a las 32 semanas. Se dividen en:

- Extremos: 20 a 27 semanas.
- Moderados: 28 a 32 semanas.



FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de parto pretérmino.
- Antecedentes de aborto tardío (posterior a las 17 semanas).
- Antecedentes de óbito.
- Antecedente de RPM.
- Factores uterinos.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna menor de 18 o mayor de 40 años.
- Stress, abuso doméstico, violencia familiar.
- Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Infecciones urinarias.
- Pielonefritis.
- Vaginosis bacteriana.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Embarazo múltiple.
- Poli hidramnios.
- Traumáticas físicos y emocionales graves.



IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO:



Hábitos maternos.



Antecedentes de parto pretérmino.



Desarrollo de la gestación actual.



Enfermedad periodontal.



ACCIONES DE LA PARTERÍA

Durante la vigilancia prenatal de mujeres con antecedentes o sospecha de APP, las parteras deberán:

- ✔ Realizar historia clínica (incluyendo los antecedentes obstétricos completos de la paciente, así como la evolución de la gestación actual).
- ✔ Asegurar que las mujeres con problemas periodontales reciban tratamiento oportuno.
- ✔ Realizar la búsqueda intencionada y tratamiento de la vaginosis bacteriana en pacientes sintomáticas durante el embarazo. Así como de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática.
- ✔ Apoyar el abandono de adicciones al tabaco, alcohol o drogas.
- ✔ Medición del cuello uterino.
- ✔ Evaluación de signos y síntomas de parto pretérmino, consignando los factores de riesgo.

- ✔ Mantener una vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal.
- ✔ Informa de forma clara la sospecha de APP a la mujer y su familia, resolver las dudas y hacer un plan de acción de forma conjunta.

Las parteras deben enfocarse y realizar un diagnóstico temprano del parto pretérmino, para establecer apropiadamente tres intervenciones reconocidas que contribuyen a la disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal:

- 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 con antibióticos efectivos que eviten o disminuyan la infección por estreptococo B hemolítico.

EVALUACIÓN CLÍNICA Y OBSTÉTRICA

 Revisión de la HC.

 Examen clínico general.





 Sintomatología.

 Examen obstétrico.

 **Controles materno-fetal durante el tratamiento.**

 **Reposo en cama.** No existe evidencia que respalde la indicación del reposo en cama para prevenir o tratar la APP.

SIGNOS Y SÍNTOMAS TEMPRANOS ASOCIADOS A AMENAZA Y PROGRESIÓN A TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO:

-  Contracciones suaves e irregulares.
-  Dolor de espalda baja.
-  Sensación de presión en la vagina.
-  Secreción vaginal de mucosidad, que puede ser clara, rosada o ligeramente con sangre (tapón de mucoso).



CONDUCTA A SEGUIR CON DIAGNÓSTICO DE APP.

Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 en 10 minutos, 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, acompañada de los siguientes ítems:

- ✔ Ruptura de membranas.
- ✔ Dilatación cervical ≤ 3 cm.
- ✔ Borramiento $\leq 50\%$ cambios cervicales detectados en exámenes seriados entre las 20 y 36.6 semanas de gestación.



Modificaciones
del cervix en
la APP.



MADURADORES PULMONARES PARA EL FETO.

- ✓ Betametasona: 12 mg IM C/24h dos dosis (total:24 mg).
- ✓ Dexametasona:6 mg IM C/12 h por cuatro dosis (total: 24 mg).

Contraindicaciones de los glucocorticoides:

- Absolutas: porfiria, descompensación diabética.
- Precauciones: diabetes (controles glicémicos).

*** Valorar antibioticoterapia acorde a la clínica en conjunto con los laboratorios.**









TOCOLÍTICOS PARA EL MANEJO DE LA APP



La terapia tocolítica será utilizada en el segundo nivel de atención. Las revisiones sistemáticas indican que aunque los tocolíticos pueden prolongar el embarazo, no está demostrado que mejoren los resultados perinatales y pueden tener efectos adversos en las embarazadas.

RECOMENDACIONES DE LA ACOG PARA EL USO DE TOCOLÍTICOS

-  El 80% de las pacientes que comienzan con TDP no tienen amenaza de parto pretérmino.
-  Se debe uteroinhibir a la que tenga contracciones uterinas regulares con modificaciones cervicales.
-  La edad gestacional máxima para uteroinhibir debe ser definida por la complejidad neonatal de cada lugar.
-  El beneficio de los uteroinhibidores es postergar el parto 24-48 horas para facilitar el corticoide y el traslado.
-  El uteroinhibir debe elegirse en base a la edad gestacional, condiciones maternas y los potenciales efectos adversos.
-  Prolongar la uteroinhibición puede no ser beneficioso para la madre ni el feto, al igual que repetir el uso de corticoides.

BIBLIOGRAFÍA:

Prevención, diagnóstico y tratamiento del Parto Pretérmino. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc> <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cim/send/26-cim/376-02-competencias-esenciales-para-la-prctica-bsica-de-la-partera>

https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/72114/mod_label/intro/competencias-SPA%20final.pdf

Butler et al. (2017). Actualización de las Competencias Esenciales de la Confederación Internacional de Matronas para la Práctica Básica de Partería. Borrador del informe final. 24 de abril de 2017, p. 2. (documento interno de la ICM)