

## NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Nueva definición de APP, más completa y concreta con nueva clasificación.
- Puntos de corte de la cervicometría en función de la edad gestacional y tipo de gestación.
- Apartado etiología para entender la necesidad de planteamiento de amniocentesis diagnóstica en determinados casos.
- Se cambia el plazo máximo de indicación de maduración pulmonar y tocolisis a 34+0 SG.
- Indicaciones de amniocentesis diagnóstica en casos de Amenaza de Parto Pretérmino de alto riesgo.
- Contraindicaciones de tocolisis.
- Nuevo algoritmo de actuación (Anexo 1).

## INDICE

1. Definición
2. Diagnóstico
  - a. Contracciones uterinas
  - b. Valoración del cérvix
3. Etiología.
4. Evaluación clínica inicial
5. Conducta a seguir
6. Evaluación del riesgo.
7. Tratamiento
8. Anexo
9. Bibliografía.

## 1. DEFINICIÓN

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas, en gestantes con membranas amnióticas íntegras, desde las 22+0 hasta las 36+6 semanas de gestación.

Éste puede clasificarse, según la edad gestacional, en:

- Prematuridad extrema: menor a 28 SG (5% de los PP; 0.2% de todos los partos).
- Prematuridad severa (o grave): de 28 a 31+6 SG (15% de los PP; 0.8% de todos).
- Prematuridad moderada: de 32 a 33+6 SG (20% de los PP; 1% de todos).
- Prematuridad leve: de 34 a 36+6 SG (60% de los PP; 2-3% de todos).

No obstante, estos signos clínicos presentan un escaso valor predictivo de parto pretérmino. En la mayoría de los casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse un parto pretérmino es muy bajo (aproximadamente un 10 % de las pacientes tendrán un parto en los siguientes 7 días y un 30 % antes de las 37 semanas).

## PROTOCOLOS

## AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Con la finalidad de identificar aquellas pacientes con un riesgo alto de presentar un parto pretérmino en los siguientes días, se han propuesto varias herramientas de predicción del parto pretérmino espontáneo.

### 2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de APP se basa en la aparición de contracciones uterinas y en la presencia de modificaciones cervicales.

#### **Contracciones uterinas**

La valoración de la dinámica uterina debe hacerse mediante registro cardiotocográfico externo.

Desde un punto de vista clínico, los síntomas que las pacientes refieren son muchas veces bastante inespecíficos: dolor sordo en hipogastrio, molestias similares a las menstruales, sensación de peso o presión en hipogastrio, dolor cólico abdominal... Otras veces los síntomas son más claros y la paciente percibe contracciones uterinas dolorosas, salida de líquido por los genitales o sangrado vaginal.

Para quedar incluido como criterio diagnóstico de APP se considera necesaria la presencia de 4 contracciones/20-30 min. o bien 8/60 min., que sean percibidas por la gestante.

#### **Valoración del cérvix**

Las modificaciones cervicales son la base del diagnóstico de la APP.

Para su valoración disponemos de la determinación de fibronectina fetal, tacto vaginal y ecografía transvaginal, siendo este último el más utilizado y objetivo.

- **Tacto vaginal.** En él debe valorarse la dilatación, borramiento, posición y consistencia del cuello, así como la altura de la presentación fetal. Su uso está limitado a los casos en los que se sospeche parto inminente
- **Valoración del cérvix por ecografía (Cervicometría).** La mejor manera de medir la longitud cervical es mediante ecografía transvaginal. Con la vejiga vacía se introduce la sonda en la vagina y se dirige al fórnix anterior. Se debe evitar ejercer presión sobre el cérvix, porque podría aumentar la longitud artificialmente. Se obtiene un corte sagital del cérvix y se utiliza la mucosa endocervical como guía para identificar el orificio cervical interno real, evitando confusiones con el segmento inferior del útero. Se utilizan los cálipers para medir la distancia lineal entre la zona triangular ecodensa del orificio cervical externo y la zona en forma de V del orificio cervical interno. En aproximadamente un 1% de los casos la longitud cervical puede cambiar debido a contracciones uterinas, en estos casos se debería tomar la medida más corta.

## PROTOCOLOS

## AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Puntos de corte de longitud cervical ecográfica según edad gestacional y tipo de gestación

Edad gestacional	Embarazo único	Embarazo múltiple
< 24.0 semanas	≤ 25 mm	≤ 25 mm
24.0- 27.6 semanas	≤ 25 mm	≤ 20 mm
28.0- 31.6 semanas	≤ 20 mm	≤ 10 mm
≥ 32.0 semanas	≤ 15 mm	≤ 10 mm

- Determinación de factor de crecimiento similar a la insulina (phIGFBP-1)/ Actim® Partus. En condiciones ideales, debe realizarse antes de la exploración y/o ecografía vaginal y no debe emplearse en mujeres con RPM.

Tanto la longitud cervical como los biomarcadores bioquímicos presentan un bajo valor predictivo positivo. No obstante, su alto valor predictivo negativo hace que se consideren herramientas de apoyo a la hora de decidir el ingreso de las gestantes con amenaza de parto pretérmino.

### 3. ETIOLOGÍA

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. De entre las posibles causas destacan:

1. Idiopática: en la mayoría de los casos.
2. Sobredistensión uterina: polihidramnios, gestación múltiple, miomas uterinos...
3. Infecciones de foco extrauterino: apendicitis, pielonefritis, ITU...
4. Infección/inflamación intraamniótica subclínica: presente, aproximadamente, en un 20 % del total de mujeres que ingresan por amenaza de parto pretérmino. Este porcentaje es más alto en edades gestaciones más tempranas (40 % en gestaciones <28 semanas), siendo infrecuente más allá de las 34 semanas de gestación. El interés clínico de determinar este estado infeccioso/inflamatorio es identificar a un grupo de mujeres con un debut precoz de los síntomas, una latencia al parto más corta y una edad gestacional al parto más temprana. El estado infeccioso/inflamatorio empeora el pronóstico neonatal debido a la prematuridad asociada.

### 4. EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL

Conducta ante una gestante con sensación subjetiva de dinámica:

- Historia clínica.
- Toma de constantes.
- Examen genital:
  - Valoración del estado de las membranas amnióticas y de la presencia de hemorragia vaginal con espéculo.
  - Tacto vaginal.
  - Valoración cervical con ecografía transvaginal (cervicometría).

## PROCOLOS

## AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- Ecografía abdominal básica.
- Cardiotocografía externa.
  - Estimación de la actividad uterina (mínimo 30 minutos).
  - Evaluación de la frecuencia cardíaca fetal.

### 5. CONDUCTA A SEGUIR.

Tras evaluación cervical y RCTG: dinámica (4 contracciones cada 20 minutos o 8 contracciones cada 60 minutos):

1. Cérvix modificado (dilatación  $\geq 2$ cm, borramiento  $\geq 80\%$ ) // Cervicometría  $< 15$  mm o  $< 25$  mm en gemelares-múltiples: **Ingreso para tocolisis y maduración fetal (APP en fase activa).**
2. Cérvix  $\geq 15$  mm o  $\geq 25$  mm en gemelares-múltiples + Dinámica (4 contracciones cada 20 minutos o 8 contracciones cada 60 minutos): **Observación durante un mínimo de 2 horas:**
  - a. Cede la dinámica o en nueva valoración de cérvix permanece igual -> ALTA.
  - b. No cede la dinámica o en nueva valoración de cérvix disminuye  $\geq 5$  mm -> INGRESO.
  - c. No cede la dinámica o en nueva valoración de cérvix permanece igual
  - d. Cede la dinámica o en nueva valoración de cérvix disminuye  $\geq 5$  mm.

phIGFBP-1

phIGFBP-1 positivo: INGRESO para tocolisis y maduración fetal.

phIGFBP-1 negativo: ALTA.

En aquellas pacientes que requieran ingreso se debería realizar:

- Toma de muestras para cultivo vagino-rectal (*Streptococo grupo B*). Al ingreso se comprobará si no se dispone del mismo en las cinco semanas anteriores o si ya dio positivo en orina en el primer trimestre, para evitar tomas innecesarias.
- Opcionalmente y en función de la sospecha se podrán realizar otros frotis vaginales y/o cervicales.
- Evaluación de la edad gestacional mediante altura uterina y ecografía abdominal. *Sería recomendable comprobar al ingreso si disponemos de biometría fetal en las dos semanas anteriores, en caso contrario realizar al ingreso.*
- Analítica básica: hemograma, bioquímica, coagulación, sedimento y urocultivo.
- Registro cardiotocográfico diario o, en su defecto, FCF mediante SonicAid a diario.

### 6. EVALUACIÓN DEL RIESGO.

En presencia de dinámica uterina regular, se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes uno o más de los siguientes criterios:

#### Criterios clínicos:

- Parto pretérmino anterior (espontáneo) antes de la semana 34.0.

## PROTOCOLOS

## AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- Pérdida gestacional tardía ( $\geq 17.0$  semanas).
- Gestación múltiple.
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual.

### **Cérvix corto:**

- Bishop  $\geq 5$ .
- Criterios ecográficos según puntos de corte de cervicometría referidos en el apartado 2.

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente ninguno de los criterios citados anteriormente.

En aquellas pacientes de bajo riesgo y aquellas de alto riesgo solamente por criterios clínicos sin modificaciones cervicales, la probabilidad de parto espontáneo es baja. En estos casos podríamos recomendar reposo y observación 2-3 horas en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales. Si no cede la dinámica uterina pero no hay modificaciones cervicales, no se administrará tratamiento tocolítico ni corticoides de forma sistemática. En caso de objetivar modificaciones cervicales, decidiremos el ingreso hospitalario.

Pacientes con modificaciones cervicales sin dinámica uterina regular: en ausencia de dinámica uterina regular o cuando las modificaciones cervicales han sido un hallazgo en una paciente asintomática, es necesario valorar los parámetros considerados de alto riesgo con precaución, dado que pueden no relacionarse con el parto pretérmino. Estos hallazgos (por ejemplo, cérvix corto), en ausencia de clínica, no son tributarios de tratamiento tocolítico ya que pueden representar el extremo de la normalidad. En estos casos, como medida de precaución, podría recomendarse restringir la actividad laboral, evitando la bipedestación prolongada hasta evaluar la evolución clínica.

Pacientes de alto riesgo por cérvix corto y dinámica uterina regular serán tributarias de ingreso con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. Especialmente, se considerará riesgo de parto inminente (aquel que puede producirse en las siguientes 4-6 horas) en los casos de longitud cervical  $\leq 15$  mm, condiciones cervicales de parto y dinámica uterina regular a pesar de tratamiento tocolítico, o condiciones cervicales de parto muy avanzadas en las que el parto se puede producir de forma imprevisible. Para este grupo de pacientes consideradas de alto riesgo que requieren ingreso hospitalario, se recomiendan las mismas pruebas complementarias mencionadas con anterioridad a las que añadiremos:

- **Cribado enfermedades de transmisión sexual (ETS):** las ETS son factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino; sin embargo, su cribado no mejora el pronóstico perinatal. Solo se realizará en población de riesgo.

## PROTOCOLOS

## AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- **Amniocentesis diagnóstica:** la infección intraamniótica subclínica es la etiología conocida más frecuente de amenaza de parto pretérmino en edades gestacionales tempranas. Por este motivo, se propondrá la realización de una amniocentesis diagnóstica en gestaciones únicas y <32.0 semanas en casos en los que no exista otra etiología que justifique la dinámica uterina. En gestaciones únicas  $\geq 32.0$  semanas o gestaciones múltiples no se propondrá la amniocentesis de forma sistemática, ya que la prevalencia de infección intraamniótica en estos casos es baja. Sin embargo, cabe considerar la realización de la amniocentesis si el contexto clínico sugiere la presencia de infección (PCR en aumento, febrícula...).  
El diagnóstico de la infección intraamniótica se basa en el aislamiento de microorganismos en el líquido amniótico mediante cultivos para gérmenes aerobios y anaerobios, y cultivo específico para micoplasmas —cultivo específico o técnicas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) específicas para micoplasma genital
  - Otros marcadores indirectos de infección son: (Ver Clase de Residentes 2022: Actualización en Corioamnionitis).
    - Concentración de glucosa baja (<15 mg/dL).
    - Tinción de Gram positiva.
    - Leucocitosis (>11.000/mm<sup>3</sup>)
    - Elevados valores de IL-6 (>11,3 ng/dL).

## 7. TRATAMIENTO.

El objetivo prioritario del tratamiento de la APP, es demorar el inicio del parto para así permitir la administración de un ciclo completo de corticoides, con el fin de reducir la incidencia y la gravedad del síndrome de insuficiencia respiratoria y posibilitar el traslado in útero a una UCI neonatal / hospital de tercer nivel.

El objetivo secundario del mismo es demorar el parto para disminuir la morbimortalidad perinatal asociada a la prematuridad.

**1. Maduración con corticoides:** útiles desde la semana 22+3 hasta la 34+0. A valorar en el caso específico de cesárea electiva entre las 34+0 y 34+6 SG (ambos incluidos).

Favorecen la maduración pulmonar fetal disminuyendo la incidencia de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante o hemorragia intraventricular en el neonato.

Se administra Betametasona 2 dosis de 12mgr. im. (Celestone cronodose®) con un intervalo de 24 horas, aunque podría reducirse el intervalo a 12 horas si no se controlara la APP. Su efecto óptimo se inicia a las 24 horas de la administración completa.

Como segunda opción de corticoterapia, también podríamos emplear Dexametasona 6 mg/12h/2 días.

Dosis de rescate: La maduración anatómica del pulmón persiste, pero se ha demostrado que la maduración bioquímica comienza a disminuir cuando pasan 7 días de la dosis de corticoides.

## PROCOLOS

## AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

No se aconsejan en cualquier caso las dosis repetidas semanales de corticoides, dado los efectos perjudiciales que pueden ejercer tanto sobre el feto como sobre la madre, si bien en determinadas situaciones podemos considerar el administrar una dosis o un ciclo de rescate.

Las ocasiones en las que administraremos una sola dosis de rescate serán aquellas en las que se cumplan las siguientes condiciones:

- Persistencia o reaparición de la amenaza de parto prematuro.
- Primera dosis administrada hace más de 7-14 días.
- Gestación de menos de 33 semanas.

Por el contrario, administraremos un ciclo completo de rescate (2 dosis de 12 mg de betametasona separadas 24 horas) en los casos en que se cumplan los tres siguientes puntos:

- Persistencia o reaparición de la amenaza de parto prematuro.
- Primera dosis administrada hace más de 15 días.
- Gestación de menos de 33 semanas.

### 2. Tocolisis

a) Atosiban (Tractocile®): Se administra un bolo de 0.9 ml (6.75 mg). Después se diluyen 2 viales de 5 ml en 100 ml de suero y se administra a 24 ml/ hora (300 microgr./min.) durante 3 horas. Posteriormente se realiza el mantenimiento a 8 ml/ hora (100 µg/min) hasta completar 48 horas. Se administrará un máximo de 4 ciclos. Considerado como de primera elección para el tratamiento de la APP.

b) Indometacina (Inacid®): Se puede asociar a otras terapias. Se administra una dosis inicial de 100mgr. vía rectal y luego 25 mgr./6 horas vía oral durante 48 horas. Contraindicado después de la semana 34ª, ulcus activo, insuficiencia hepática o renal o en presencia de oligoamnios.

**3. Tratamiento antibiótico:** De la infección por EGB si se prevé el desencadenamiento inminente del parto en presencia de cultivo positivo o desconocido.

**4. Neuroprofilaxis con sulfato de Magnesio:** Ver protocolo específico.

Respecto al límite inferior de la viabilidad fetal (22-24 SG), la decisión de iniciar o no el tratamiento se debiera tomar conjuntamente con los padres tras una veraz y completa información de las posibilidades de éxito, de los resultados neonatales, así como de las secuelas esperables en cada caso.

### Contraindicaciones de tocolisis.

Se consideran como contraindicación para el inicio del tratamiento de la APP todos aquellos procesos que desaconsejen la prolongación de la gestación:

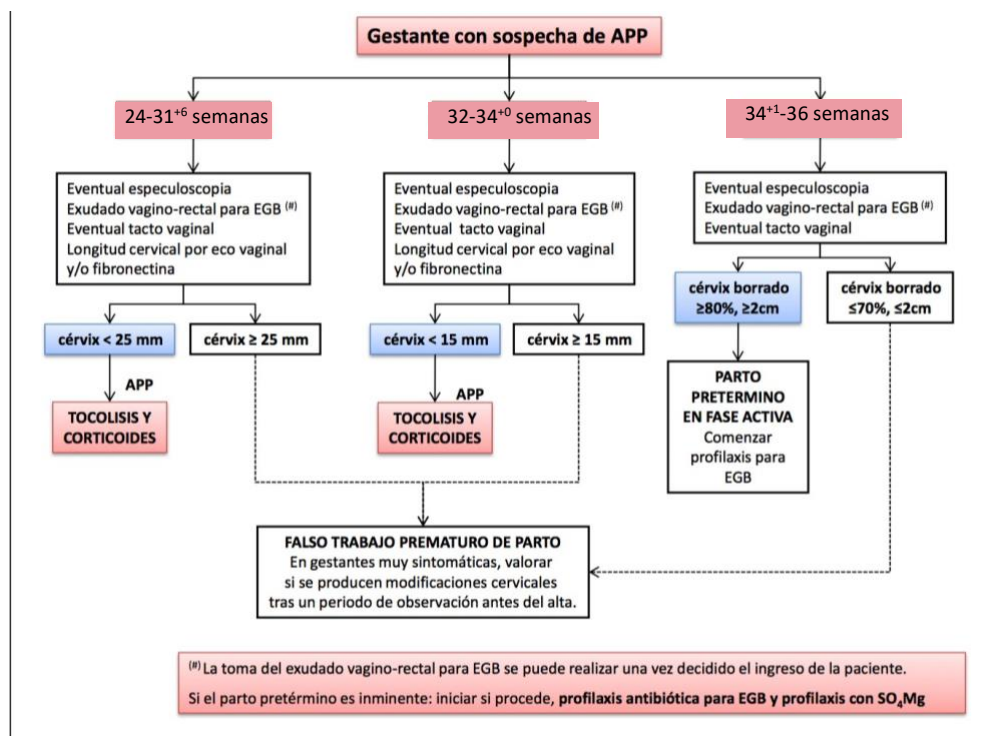
- Pérdida del bienestar fetal no relacionada con la dinámica uterina.
- Muerte fetal o malformación fetal incompatible con la vida.

PROTOCOLOS

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- Preeclampsia grave o eclampsia.
- Patología propia o asociada al embarazo que aconseje su finalización.
- Infección intrauterina.
- Hemorragia materna con inestabilidad hemodinámica.

8. ANEXO.



9. BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Asistencia Práctica actualizada (oct/2020). GAP SEGO. Sección Perinatal: Amenaza de Parto Pretérmino.
- Ferrero, S; Cobo, T; Palacio, M. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino. Protocolos y Medicina Maternofetal. Hospital Clinic - Hospital Sant Joan de Déu - Universitat de Barcelona. Abril, 2022.
- Figueras F, Gratacós E, Gómez-Roig MD, Marínez Crespo JM, Palacio M. Actualización en Medicina MaternoFetal. 4ª edición. Barcelona. Fetal I+D Education, 2021.
- T. Queenan J, Y Spong C, J Lockwood C, Protocols for High-Risk Pregnancies. 7ª edición. North America. Wiley Blackwell, 2021.

## PROTOCOLOS

## AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

- Gómez Fernández, L; Molina, MM; Cobo, B. Protocolo: Amenaza de Parto Prematuro. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Departamento de Obstetricia y Ginecología, 2011.
- Villegas, J; Puertas, A. Clase de Residentes: Actualización en Coriamnionitis. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Departamento de Obstetricia y Ginecología, 2022.

Autores	<b>Dra. Lorén / Dr. Rivera.</b>		
Fecha elaboración	<b>Fecha 05/11/2024</b>	Vigencia	<b>05/11/27</b>