

EFICACIA DE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE FACTORES DE RIESGO PARA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

Dra. Acosta Estela (acostaestmer@gmail.com); Dra. D'Erico María de la Paz; Dr. Marcovecchio Mariano; Dra. Picech Eliana; Dra. Hernández Leiva Yuley; Dr. Laks Javier

Hospital especializado Materno Infantil Ana Goitia, Avellaneda, Pcia. Buenos Aires

INTRODUCCIÓN:

El parto pretérmino es definido por la OMS como el que ocurre entre las semanas 20 y 37 de gestación. Todos los años se producen alrededor de 13 millones de partos prematuros, la mayor parte de estos nacimientos ocurren en países en desarrollo y constituyen el componente principal de la morbilidad y la mortalidad perinatal a nivel mundial.

Las cifras de prematuridad varían en los distintos continentes siendo América del Norte el que tiene mayor frecuencia (10.6%) y el continente europeo (6.2%) el de menor frecuencia. En nuestro país la prematuridad (8.0%) es responsable del 66% de la mortalidad infantil, es causante del 50 al 70% de la mortalidad neonatal y del 50% de las alteraciones neurológicas. Por esta razón se constituye en un grave problema de la salud pública.

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a prematuridad. Un RN que pesa menos de 1.500 g. tiene un riesgo de morir en su primer año de vida 180 veces superior al de un RN mayor de 2.500 g. En general el riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que el de un RN de término

Además, los RN prematuros presentan un riesgo 17 veces mayor de morbilidad si se compara con los RN de término. Las complicaciones de los prematuros aumentan mientras menor sea su edad gestacional y peso de nacimiento.

La prematuridad es responsable de complicaciones neonatales a corto plazo tales como la depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar, apneas y fibroplasia retrolental. Y a largo plazo de complicaciones como parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición.

Actualmente se reconoce que el parto pretérmino es un síndrome heterogéneo y multifactorial, donde los factores se conjugan en forma sucesiva y simultánea para desencadenar el nacimiento, y pueden variar no sólo entre distintas gestantes sino también en los embarazos sucesivos de una misma embarazada.

Por lo tanto, las estrategias para prevenirlo deben ser distintas de acuerdo con los subgrupos afectados. Existen por lo menos tres subgrupos del síndrome: a) casos asociados con la rotura prematura de membranas (30%), b) casos debidos a aborto provocado o interrupción iatrogénica de la gestación (40%) y c) casos espontáneos con membranas íntegras (30%). Los tres tienen diferentes causas y pronósticos neonatales.

En el subgrupo de partos espontáneos, el trabajo de parto pretérmino se desencadena sin ninguna causa conocida que lo justifique. Este se considera potencialmente tratable con medidas dirigidas a evitar el inicio del trabajo de parto o detener su evolución.

Según los datos científicos disponibles, ciertas intervenciones pueden realizarse desde los tres niveles de atención para evitar una parte importante de los partos pretérmino y disminuir su impacto en la salud neonatal.

La detección precoz de los grupos de riesgo y su manejo oportuno permitirían disminuir al menos el número de niños prematuros de muy bajo peso al nacer, que son los que presentan más altos porcentajes de mortalidad y secuelas.

OBJETIVO:

Evaluar la eficacia de la detección temprana de factores de riesgo y de realizar una intervención oportuna, mediante la modalidad de Hospital de Día, para la prevención de partos pretérmino, con el objetivo de disminuir la tasa de prematuridad.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que incluyó 437 pacientes que concurren al Hospital de día de APP entre el 1° de Enero 2013 y el 1° de Noviembre 2014.

La metodología de trabajo del Hospital de Día consiste en citar en la semana 16, 22 y 34 a las pacientes nulíparas y a aquellas que no siendo primigestas presentan antecedentes o factores de riesgo para parto pretérmino.

En la consulta de las 16 semanas se realiza el despiste de las infecciones cervicovaginales, odontológicas y urinarias. Las pacientes son evaluadas por el servicio de Odontología, entregan en Laboratorio muestra para Urocultivo, y por último son recibidas en el consultorio de patología cervical donde se realiza PAP y

Colposcopia, medición de Ph, test de aminas, visualización directa en busca de flujo vaginal sugerente de infección.

Además reciben una charla informativa sobre signos de alarma de parto pretérmino, flujo vaginal e higiene, nutrición en el embarazo, tabaco y drogas. Si en éste primer contacto alguna de las evaluaciones permite realizar diagnóstico se indica tratamiento por protocolo según patología.

En la consulta de las 22 semanas se realiza una ecografía TV para evaluar longitud cervical, con un punto de corte 25 mm, (longitud cervical < 15mm = internación, 15 a 24mm = tratamiento con Progesterona y control en 14 días).

A las 34 semanas la paciente será interrogada acerca de los signos de alarma de parto pretérmino y se cierra la intervención desde el punto de vista del recabamiento de datos y estadístico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL HTAL DE DÍA DE APP:

- ✓ Disminuir la tasa de prematurez.
- ✓ Concentrar los esfuerzos preventivos, diagnósticos y terapéuticos en reducir la prematurez menor o igual a 32 semanas.
- ✓ Identificar la población de riesgo para parto prematuro por antecedentes de prematurez en embarazos previos.
- ✓ Identificar población de riesgo para parto prematuro por antecedentes del embarazo actual.
- ✓ Otorgar atención especializada a la población en riesgo de prematurez.
- ✓ Tratar las causas asociadas a prematurez (ITU, vaginosis bacteriana, etc.).
- ✓ Utilizar la medición transvaginal del cuello uterino como un elemento para la toma de decisiones en pacientes asintomáticas y sintomáticas.
- ✓ Incorporar medidas que reducen el riesgo de prematurez en población de riesgo (Progesterona, cerclaje, etc).
- ✓ Otorgar atención terciaria a las pacientes que presentan síntomas de parto prematuro.
- ✓ Otorgar atención terciaria en pacientes que presentan trabajo de parto prematuro.
- ✓ Fomentar el uso de inducción de madurez fetal pulmonar con corticoides.
- ✓ Fomentar la prevención de sepsis connatal por estreptococo grupo B.
- ✓ Fomentar la neuroprotección fetal con SO₄Mg.
- ✓ Estandarizar las medidas terapéuticas en parto prematuro.
- ✓ Realizar la evaluación crítica de cada nacimiento pretérmino mediante un Ateneo multidisciplinario.

RESULTADOS:

Del total de 437 pacientes incluidas en el estudio, se encontró un 13% (57) de nacimientos pretérminos, de los cuales 43% (25) fueron nacimientos espontáneos y 57% (33) inducidos por diferentes patologías.

Estilo de vida y conductas: Se recomienda evitar adicciones, tabaco, alcohol y drogas. Mejorar condiciones laborales y de vida (stress). En nuestra población de PP un 21% (12) eran tabaquistas, y 17.5% (10) eran menores de 18 años. Estas pacientes fueron referidas a consultorio de psicología para cesación tabáquica y a consultorio de adolescencia.

Cuidado Odontológico: Si bien las investigaciones no llegan a conclusiones definitivas se aconseja tanto en la etapa preconcepcional como durante la gestación una consulta odontológica para asegurar una correcta salud bucal en la embarazada. El 19% (11) de las pacientes con PP presentaron alguna patología odontológica para la cual fueron recitadas y tratadas.

Pesquisa de Bacteriuria asintomática: Se ha validado científicamente que el tratamiento con ATB de pacientes embarazadas que padecen bacteriuria asintomática reduce la probabilidad de un parto pretérmino. El 29% (14) de las pacientes con PP presentaron bacteriuria asintomática para la cual fueron tratadas según protocolo.

Pesquisa de infecciones cervicovaginales: Las embarazadas con alto riesgo de experimentar PP pueden resultar beneficiadas con el tamizaje y el tratamiento para vaginosis bacteriana. El 42.3% (185) del total de pacientes (437) presentaron Ph mayor a 4.9, de estas se estableció diagnóstico de Vaginosis en el 36% (67) a las cuales se les indicó el tratamiento correspondiente, sin embargo el 13.4% (9) tuvieron PP. A su vez, se detectó flujo micótico en el 24.3% (45) y tricomoniasis en el 6% (11), que representaron el 10% (6) de los PP.

Antecedentes de PP previo: El antecedente de PP previo es el factor de riesgo más potente relacionado con la prematuridad. El riesgo de recurrencia en gestantes con historia de PP anterior depende el número y la edad gestacional de los partos preterminos anteriores. El 7 % (31) del total de pacientes (437) presentaron antecedentes de PP previo, de las cuales 12,7% (7) tuvieron PP.

Longitud cervical: La medición de cérvix mediante Ecografía TV entre las 22 a 24 semanas, en la población general, permite identificar a la población de mayor riesgo de parto prematuro. La longitud cervical permanece constante en el embarazo (entre 30 y 40 mm habitualmente) hasta el tercer trimestre. Existe una correlación precisa entre la longitud cervical medida por ultrasonido vaginal y el riesgo de parto prematuro, y se han establecido valores de corte para determinar qué paciente posee alto o bajo riesgo de parto prematuro. Se han utilizado valores de 25, 20 o 15 mm. A mayor valor de corte mejora la sensibilidad y se reduce la especificidad y viceversa, por ello se recomienda usar valores de cortes mayores en población de alto riesgo y principalmente en embarazos menores de 32

semanas (para evitar pérdida de pacientes que se beneficien de un tratamiento), y valores menores en población de bajo riesgo (para evitar un gran número de intervenciones innecesarias). En términos generales se recomienda utilizar un valor de corte de 25 mm para población de alto riesgo y de 15 mm para población de bajo riesgo, a la hora de iniciar medidas de prevención. En estas pacientes se recomienda administración de Progesterona (Progesterona natural micronizada 200 mg/día por vía vaginal) desde el diagnóstico del cuello corto hasta las 36 semanas. En estas condiciones la administración de progesterona reduce en un 40% el riesgo de parto prematuro.

En nuestra población, no se detectó longitud cervical menor de 15 mm a las 22 semanas en ningún caso. En un 2% (9) de nuestra muestra se identificó una longitud cervical menor de 25 mm, a las cuales se les indicó Progesterona, no presentando PP ninguna de ellas.

Neuroprotección con SO4Mg: Se realizó Neuroprotección con SO4Mg en el 57% (27) de los PP. No se registraron casos de PC, ni complicaciones materno - fetales derivadas del uso del Sulfato de Magnesio.

Comparación interanual: En comparación con igual período anterior (Enero 2010 – Diciembre 2011), donde se registraron 271 PP, en el cual aún no se implementaba el tamizaje e intervención sobre factores de riesgo para PP, se observa una reducción de los nacimientos prematuros del 17.3% (47).

CONCLUSIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos, se concluye que mediante el screening e intervención oportuna según etiología, se logró reducir la incidencia de los nacimientos prematuros espontáneos con membranas íntegras, en forma significativa. Por lo que se recomienda la implementación de tales acciones preventivas mediante la modalidad de Hospital de día.

BIBLIOGRAFÍA:

- Torres P, Carrillo J, Rojas J. et al (2008). Longitud del canal cervical uterino como factor de riesgo para parto prematuro en pacientes sintomáticas. Rev. Chil Obstet Ginecol; 73(5):330-336
- Rode L et al (2009). Systematic review of progesterone for the prevention of preterm birth in singleton pregnancies. Acta Obstet gynecol Scand; 88 (11): 1180-9
- Iams JD, Romero R, Culhane JF et al (2008). Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. Lancet.; 371(9607):164-75
- Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD et al. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet.; 371(9606):75-84
- Dodd JM et al (2008). Progesterone for prevention of preterm birth: a systematic review. Obstet Gynecol. 112(1): 127- 34
- Da Fonseca et al (2009). Prematurity prevention: the role of progesterone. Curr Opin Obstet Gynecol: 21(2); 142-7
- Dodd JM, Flenady V, Cincotta R, Crowther CA (2006). Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. ;(1):CD004947
- ACOG (2010). Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. Committee opinion. Obstet & Gynecol; 115 (3): 669-71
- ACOG Committee Opinion (2003). Use of Progesterone to reduce Preterm Birth Obstet Gynecol.
- Smaill F, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD000490. DOI: 10.1002/14651858.CD000490.pub2
- Ministerio de Salud. Guía Clínica. Prevención del parto prematuro. Santiago de Chile. Ministerio de Salud. 2010
- GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO 2011. Hospital Ramón Sardá. Autores: Dra. Cristina M. Laterra, Prof. Dra. Sandra Susacasa, Dra. Ingrid Di Marco, Prof. Dr. Eduardo Valenti

