

Centro Provincial de Información Ciencias Médicas Ciego de Ávila

Parto prematuro

¿Qué es?

El parto que comienza antes de la semana 37 se llama "pretérmino" o "prematuro". Aproximadamente 1 de cada 10 bebés nacidos es prematuro.

Un parto prematuro es una de las principales razones por las cuales los bebés nacen discapacitados o mueren. Sin embargo, el buen cuidado prenatal mejora las probabilidades de que a un bebé prematuro le vaya bien. .

Causas de origen

Los investigadores no saben realmente qué causa un parto prematuro en la mayoría de las mujeres. Sin embargo, en realidad sabemos que ciertas afecciones pueden incrementar el riesgo de un parto prematuro, como las siguientes:

Un parto prematuro anterior.

Antecedentes de cirugía del cuello uterino, como escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés) o conización quirúrgica.

Quedar embarazada de gemelos.

Infección de la madre o de las membranas alrededor del bebé.

Ciertos defectos de nacimiento del bebé.

Hipertensión arterial de la madre.

Cuando la bolsa de agua se rompe antes de tiempo.

Demasiado líquido amniótico.

Sangrado en el primer trimestre.

Los problemas de salud de la madre o las opciones de estilo de vida que pueden conducir a un parto prematuro incluyen:

Consumo de cigarrillo.

Consumo de drogas ilícitas, a menudo cocaína y anfetaminas.

Estrés físico o psicológico grave
Aumento de peso deficiente durante el embarazo

Obesidad

Los problemas con la placenta, el útero o el cuello uterino que pueden llevar a un parto prematuro incluyen:

Cuando el cuello uterino no permanece cerrado por su cuenta (insuficiencia cervicouterina).

Cuando la forma del útero no es normal.

Mal funcionamiento de la placenta, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.

¿Cuáles son los síntomas?

Usted necesita que un proveedor de atención médica la examine enseguida si tiene:

Sangrado y/o cólicos en el abdomen.

Contracciones con lumbago o presión en la ingle o los muslos.

Líquido que se filtra desde su vagina en gotas o en chorro.

Sangrado vaginal rojo y brillante.

Una secreción espesa y mucosa con sangre proveniente de la vagina.

Usted rompe fuente (ruptura de membranas).

Más de 5 contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas.

Contracciones que se vuelven más prolongadas, más fuertes y más cercanas.

¿Qué tratamiento tiene?

Antibióticos para estreptococos del grupo B, en espera de los resultados de los cultivos

Tocolíticos

Corticoides si la edad gestacional es < 34 semanas.

En principio, se indican reposo en cama e hidratación.

Antibióticos efectivos contra estreptococos del grupo B, en espera de cultivos anovaginales negativos. La elección incluye:

Para mujeres sin alergia a la penicilina: penicilina G 5 millones de unidades IV, seguidas de 2,5 millones de unidades cada 4 h o ampicilina, 2 g IV seguidos de 1 g cada 4 h.

Para mujeres con alergia a la penicilina pero bajo riesgo de anafilaxia (p. ej., erupción maculopapular con uso previo): cefazolina 2 g IV, seguidos de 1 g cada 8 h

Para mujeres con alergia a la penicilina y un riesgo elevado de anafilaxia (p. ej., broncoespasmo,

edema angioneurótico o hipotensión con uso previo, especialmente dentro de los 30 min de la exposición): clindamicina 900 mg IV cada 8 h o eritromicina 500 mg IV cada 6 h si los cultivos anovaginales muestran sensibilidad; si los cultivos documentan resistencia o los resultados no están disponibles, vancomicina 1 g IV cada 12 h.

Si el cuello está dilatado, con frecuencia los tocolíticos (agentes que detienen las contracciones uterinas) pueden dilatar el trabajo de parto 48 h para poder dar corticoides a fin de reducir los riesgos del feto.

Los tocolíticos incluyen sulfato de magnesio, bloqueantes de los canales de Ca e inhibidores de las prostaglandinas.

Ningún tocolítico es claramente la elección de primera línea; la elección debe individualizarse para minimizar los efectos adversos.

El sulfato de Mg es el que más se usa y, en general, es bien tolerado (ver Preeclampsia y eclampsia : Sulfato de Mg).

Los inhibidores de las prostaglandinas pueden causar oligohidramnios transitorio. Están contraindicados después de las 32 semanas de gestación porque pueden causar un estrechamiento o el cierre del conducto arterioso.

Si el feto es < 34 semanas, se administran corticoides: betametasona 12 mg IM cada 24 h en 2 dosis o dexametasona 6 mg IM cada 12 h en 4 dosis a menos que el parto sea inminente.

Estos corticoides aceleran la maduración de los pulmones fetales y disminuyen el riesgo de síndrome del distrés respiratorio neonatal, sangrado intracranial y mortalidad.

Pueden estar recomendados los progestágenos en embarazos futuros para mujeres que han tenido partos pretérmino para reducir el riesgo de Este tratamiento se inicia durante el segundo trimestre y se continúa hasta justo antes de la finalización del embarazo.

Conceptos claves:

Hacer cultivos anovaginales para estreptococos del grupo B y cultivos para comprobar que no existen infecciones sospechadas clínicamente que podrían haber desencadenado el parto prematuro (p. ej., pielonefritis, enfermedades de transmisión sexual).

Tratar con antibióticos efectivos contra estreptococos del grupo B, en espera de los resultados de los cultivos.

Si el cuello uterino se dilata, considerar la tocólisis con sulfato de magnesio, un bloqueante de los canales de Ca, o, si el feto es \leq 32 semanas, un inhibidor de la prostaglandina.

Administrar corticoides si el feto es < 34 semanas.

En los embarazos futuros, considerar la posibilidad de dar un progestágeno para prevenir la recurrencia.

Bibliografía.

1. MedlinePlus en español. Parto pretérmino [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU). [Actualizada 18 Junio 2017; Citado 25 Agosto 2018] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000281.htm>