

Tratamiento tocolítico para la amenaza de parto pretérmino

Tocolytic treatment for threat of preterm labor

Carlos Junior Sagastume Roque

Médico y Cirujano

Universidad San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente Cunori

juniorcanxe@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1483-042X>

Recibido: 28/02/2023

Aceptado: 17/05/2023

Publicado: 15/07/2023

Referencia del artículo

Sagastume Roque, C. J. (2023). Tratamiento tocolítico para la amenaza de parto pretérmino. *Revista Diversidad Científica*, 3(2), 281-289. DOI: <https://doi.org/10.36314/diversidad.v3i2.99>

Resumen

PROBLEMA: el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y el motivo más común de hospitalización prenatal a nivel mundial. **OBJETIVO:** definir los beneficios que produce la tocolisis para la amenaza de parto pretérmino. **MÉTODO:** se recopiló información de revistas médicas, donde se encontraron metaanálisis, guías, artículos y protocolos sobre la amenaza de parto pretérmino y su manejo. **RESULTADOS:** cuando existe factores que pueden provocar distensión uterina excesiva, isquemias uteroplacentarias, infecciones predisponen a la mujer gestante a padecer con más frecuencia amenaza de parto pretérmino que se establece entre las 20 a 36 semanas con 6 días. Por lo que se debe de recorrer a prolongar el embarazo con un tratamiento tocolítico adecuado para ayudar a la madurez fetal. **CONCLUSIÓN:** se determinó que la terapia tocolítica reduce la fuerza y frecuencia de las contracciones, mejorando el flujo sanguíneo, demorando el nacimiento y optimizando el estado fetal de un posible nacido prematuro.

Palabras clave: amenaza de parto prematuro, parto prematuro, terapia tocolítica

Abstract

PROBLEM: Preterm birth is the leading cause of neonatal mortality and the most common reason for prenatal hospitalization worldwide. **OBJECTIVE:** to define the benefits produced by tocolysis for the threat of preterm labor. **METHOD:** information was collected from medical journals, where meta-analyses, guidelines, articles and protocols on the threat of preterm birth and its management were found. **RESULTS:** when there are factors that can cause excessive uterine distension, uteroplacental ischemia, infections predispose pregnant women to more frequently suffer preterm labor threat that is established between 20 to 36.6 weeks. Therefore, it is necessary to go to prolong the pregnancy with adequate tocolytic treatment to help fetal maturity. **CONCLUSION:** Tocolytic therapy was found to reduce the strength and frequency of contractions, improving blood flow, delaying delivery, and optimizing the fetal status of a possible preterm infant.

Keywords: threatened preterm labor, preterm labor, tocolytic therapy

Introducción

A nivel mundial uno de los grandes desafíos que presenta la medicina moderna es la prematuridad la cual es un enorme problema para la familia, la sociedad y la economía de un país. En el mundo nacen un aproximado de 15 millones de bebés antes de llegar a término, más de uno de cada 10 nacimientos. La prematuridad es la causa principal de mortalidad en niños menores de 5 años (Organización Mundial de la Salud, 2018). La amenaza de parto pretérmino es la causa más común de hospitalización durante el embarazo en Estados Unidos, siendo mayores contribuyentes de morbilidad neonatal. Se dice que el 15 a 18% de los embarazos son afectados por la amenaza de parto pretérmino (Robles et al, 2019).

De acuerdo con Huertas Tacchino el parto prematuro se clasifica en parto prematuro espontáneo y parto pretérmino iatrogénico. Donde destaca que el espontáneo se da en el 15% de pacientes con antecedente trabajo de parto pretérmino y el iatrogénico por complicaciones que impiden continuar con el embarazo al exponer la vida de la madre, feto o ambos. Tal como la preeclampsia severa, rotura prematura de membranas, sobre distensión uterina e infecciones maternas (Huertas Tacchino, 2018).

Los factores de riesgo que se han asociado a la amenaza de parto encontramos edad materna joven, avanzada, condiciones laborales en donde se permanece de pie durante periodos prolongados, el estrés, hipertensión arterial, embarazo gemelar y el antecedente de haber tenido un parto prematuro previo (Genes Barrios, 2012). Las mujeres embarazadas tienden a tener sensaciones regulares de endurecimiento del abdomen, sangrado, y presión en la pelvis. La amenaza de parto pretérmino es cuando la mujer embarazada se encuentra dentro de las 20 a 36 semanas y 6 días con contracciones regulares ya sea 2 en 10, 4 en 20 o 8 en 60 minutos junto con cambios cervicales que incluyen dilatación cervical ≤ 3 cm y/o borramiento cervical $\leq 50\%$ (Saravia et al, 2018).

Un síndrome prevenible, una clave para el manejo de la amenaza de parto pretérmino es la prevención con un buen interrogatorio, y evaluación clínica de la paciente desde etapas tempranas en el embarazo. Donde se debe incluir una medición de longitud cervical para identificar el cuello corto ya que el valor predictivo negativo disminuye el parto pretérmino. Una medición menor a 25mm a las 28 semanas es un factor de riesgo (Parodi et al, 2018). Así mismo con el uso de marcadores bioquímicos a pacientes con riesgo como lo es la fibronectina fetal donde arriba de 50mg/ml a partir de las 22 semanas se asocia a riesgo de parto prematuro. Como plantea Mezzabota se deberá indicar el uso de progesterona a pacientes con el antecedente

de parto pretérmino a partir de las 16 semanas o desde el diagnóstico de cuello corto (Mezzabotta et al, 2018).

El propósito del estudio es describir los beneficios del tratamiento tocolítico para pacientes con amenaza de parto pretérmino, especificar que es la amenaza de parto pretérmino sus principales factores causantes y síntomas que presentan estas pacientes. Así mismo indicar cuáles son las indicaciones de dicho tratamiento y sus contraindicaciones.

Materiales y métodos

Se realiza una recopilación de información basada en la revisión bibliográfica de literatura científica y académica sobre los hallazgos más relevantes con relación a la amenaza de parto pretérmino causas, síntomas y su respectivo tratamiento con uteroinhibidores.

Resultados y discusión

La amenaza de parto pretérmino lo definimos como la gestante que se encuentra entre las 22 a 36 semanas con 6 días de embarazo con contracciones dolorosas, palpables 2 en 10 minutos, 4 en 20 o 8 en 60 minutos con indicios de cambios de posición, consistencia, longitud o dilatación del cuello de útero. Como un síndrome prevenible debemos hacer todo lo que está en nuestras manos para prevenirlo por un buen interrogatorio clínico y uso de pruebas complementarias.

La identificación oportuna de los factores de riesgo de parto prematuro es esencial para iniciar un tratamiento adecuado y es el objetivo final de todo obstetra, que permitirá a los pediatras dar a luz recién nacidos de un peso maduro y que las madres puedan tener un bebé sano. En el momento de la primera prueba de embarazo, idealmente antes de las 12 semanas de embarazo, se debe realizar un historial médico para buscar factores de riesgo de parto prematuro en embarazos anteriores o actuales (Castillo et al, 2016).

Una historia de parto prematuro aumenta el riesgo de un segundo parto prematuro en la misma primera semana (49%) y en la segunda semana (70%). La rotura prematura de membranas es probablemente la patología que más suele asociarse a la amenaza de parto prematuro y complicaciones neonatales, especialmente en presencia de complicaciones infecciosas que cursan con corioamnionitis y septicemia

neonatal. La ruptura prematura de membranas induce el trabajo de parto espontáneo en más del 90% de los casos dentro de las primeras 24 horas. El riesgo de parto prematuro es mayor en aquellas diagnosticadas con vaginosis bacteriana en el primer trimestre que en las diagnosticadas en el segundo trimestre (Escobar et al, 2017).

La prueba de fibronectina fetal, combinada con la ecografía para determinar la longitud del cuello uterino, puede ser útil para identificar casos de parto prematuro de alto riesgo. Sin embargo, su ventaja clínica puede residir principalmente en su valor predictivo negativo, ya que no existen opciones terapéuticas efectivas para prevenirla. Dado el excelente valor predictivo negativo de esta evaluación (es decir, cuando la prueba de fibronectina es negativa y la ecografía transvaginal muestra una longitud cervical $> 2,5$ cm), recomendamos suspender la terapia tocolítica cuando la prueba de fibronectina fetal o la ecografía transvaginal muestran un riesgo bajo de tocólisis. Un metaanálisis de 27 trabajos publicados sobre la utilidad de la fibronectina fetal como pronóstico de Parto Pretérmino, se encontró una sensibilidad del 61% y una especificidad de 83% (López et al, 2016).

Uno de los grandes beneficios del uso de medicamentos uteroinhibidores como tratamiento tocolítico es proveer tiempo para la administración de corticoesteroides las cuales han demostrado ser beneficiosos para reducir la morbilidad neonatal, el síndrome de distress respiratorio, la enterocolitis necrotizante y maduración pulmonar. El esquema consiste en 12mg de betametasona cada 24 horas o dexametasona 6mg cada 12 horas.

El tocolizar una paciente consiste en reducir la fuerza y frecuencia de las contracciones y optimizar el estado de un posible recién nacido prematuro. En situaciones el usar el tratamiento puede resultar ser muy beneficioso cuando requerimos trasladar una paciente de alto riesgo a un centro de tercer nivel. Tenemos que reconocer las situaciones en las cuales el uso no está indicado como puede ser el sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, restricción de crecimiento intrauterino, hemorragia y la ruptura prematura de membranas pretérmino. Indicadas en pacientes que si cumplen con el criterio de contracciones y modificaciones cervicales sin contraindicaciones.

Como agentes tocolíticos que forman parte de nuestro arsenal encontramos los bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, beta adrenérgicos, donadores de óxido nitroso, antagonistas de receptores de oxitocina y el sulfato de magnesio. Su elección lo vamos a determinar de acuerdo a su eficacia, disponibilidad y efectos colaterales tal como materno y/o fetales.

En la revisión de Cochrane de Ruoti, con 38 ensayos controlados aleatorios de bloqueadores de los canales de calcio vs ningún tratamiento o placebo. Con un total de 3550 gestantes observamos que redujo el riesgo de parto en 48 horas, se disminuyo el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, ictericia neonatal y los ingresos a cuidados intensivos neonatales. En otro estudio se comparo los betamiméticos con los bloqueadores de canales de calcio. En la cual se ve que los bloqueadores de los canales de calcio tuvieron mejor prolongación de embarazo con una media de diferencia de días de 4.38, con disminución de morbilidad neonatal y adversos maternos (Ruoti, 2020).

Los bloqueadores de canales de calcio son más fáciles de administrar, el nifedipino se da por vía oral 10 a 20 mg seguido de 10mg cada 15 minutos de acuerdo a respuesta uterina y luego 20 mg cada 6 horas por 48 horas. Es muy bien tolerada pero como es un vasodilatador periférico podemos observar sofocos, náuseas y edema en miembros inferiores. En cambio la ritodrina es intravenosa en infusión una dosis de infusión de 50 µg/min y se incrementan cada 20 minutos; la dosis máxima es de 350 µg/min cuando se inhibe el trabajo de parto, la infusión se debe mantener por una hora, y luego disminuir 50 µg/min la dosis cada 30 minutos. Efectos adversos encontramos el aumento del gasto cardiaco, hipotensión, taquicardia y alteración función tiroidea.

Al hablar de los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas vemos los efectos adversos las cuales son la plaquetopenia, emesis y gastritis. El efecto más temido en el feto es el cierre prematuro del ductus arterioso administrada más allá de las 32 semanas. Así mismo disminuye diuresis fetal lo que puede causar oligohidramnios (Cobo et al, 2020).

Los antagonistas de los receptores de oxitocina como el atosiban tienen menores efectos secundarios maternos que los betamiméticos y no tiene contraindicaciones maternas para su uso. Los donantes de óxido nítrico no hay evidencia que demuestran que tienen mayores beneficios que los otros uteroinhibidores y se deben de evitar en insuficiencias miocárdicas. El sulfato de magnesio se debe reajustar en insuficiencia renal, se debe vigilar el gasto urinario, reflejos osteotendinosos, frecuencia, pulso y edema pulmonar. No tiene estadísticamente una disminución para partos prematuros. Pero que se deberá implementar para neuroprotección.

Entonces que beneficio me provee tocolizar a mi paciente con amenaza de parto pretérmino. Al utilizar los medicamentos uteroinhibidores lo que va suceder es una reducción de la frecuencia y fuerza de las contracciones. Logando así la prolongación del embarazo de 48 horas hasta 7 días. Mejorando el bienestar fetal con el

uso de corticosteroides que ayudaran con la maduración pulmonar del feto. Al igual darnos la oportunidad del traslado de la paciente si fuera necesario a un centro de tercer nivel (Leathersich et al, 2018).

Referencias

Castillo Sigüenza, R. M., Moyano Brito, E. G., Ortiz Dávalos, N. G., & Villa Plaza, C. M. (2016). Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. Obtenido de https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_maternos.pdf

Cobo Cobo, T., & Diago Almela, V. (2020). Parto Pretérmino. Obtenido de https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf

Escobar Padilla, B., Gordillo Lara, L. D., & Martínez Puon, H. (Julio de 2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Obtenido de http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf_interactivo/rm2017-4-flippingbook_1.pdf

Genes Barrios, V. B. (Diciembre de 2012). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>

Huertas Tacchino, E. (Julio de 2018). Parto Pretérmino; causas y medidas de prevención. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. , 2.

Leathersich, S., Vogel, J., & Hofmeyr, G. (4 de Julio de 2018). Fármacos para la reducción de las contracciones durante el trabajo de parto para las contracciones excesivamente fuertes/frecuentes o para las ocasiones en las que se considera que existe sufrimiento por parte del niño que todavía no ha nacido. Obtenido de https://www.cochrane.org/es/CD009770/PREG_farmacos-para-la-reduccion-de-las-contracciones-durante-el-trabajo-de-parto-para-las-contracciones

López Ocaña, L., Palacio Torres, F., Coreño Juárez, M., Obando Izquierdo, M., Krug Llamas, E., Villanueva Romero, R., y otros. (16 de Marzo de 2016). Utilidad de una prueba cualitativa para la detección de fibronectina fetal en secreción cervicovaginal como predictor de parto prematuro. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0187533716000042?token=88B944E1D38B6AD5520DFF18330>

FE5B31102EA7877EC1196745E2F34706C08B292AC751EE178CBA46934B-
F570E563F18&originRegion=us-east-1&originCreation=20220903050923

Mezzabotta, L., Comas, J. P., Meller, C., Miccone, P., Susacasa, S., & Votta, R. (2018).
Consenso Prevencion Parto Prematuro. SOGIBA , 3-10.

Organizacion Mundial de la Salud. (19 de Febrero de 2018). Organizacion Mundial
de la Salud. Obtenido de Nacimientos Prematuros: [https://www.who.int/es/
news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth)

Parodi, K., & José, S. (28 de Mayo de 2018). Acortamiento cervical y su relación con
parto pretérmino. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. , 3-4.

Robles Arce, V., Rojas Vázquez, S., & Thuel Guitierrez, M. (30 de Noviembre de
2019). Actualización en el manejo de labor de parto pretérmino. Obtenido de
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/330/691>

Ruoti, M. (2 de Noviembre de 2020). Tocoliticos en la amenaza de parto pretérmino.
Anales De La Facultad De Ciencias Médicas , 3-13.

Saravia, A., Ordoñez, M. L., Ovalle, J. M., Pérez Robles, E. R., Monterroso Aguilar,
L. C., & López, K. V. (2018). Manejo de Parto Pretérmino. Obtenido de Ins-
tituto Guatemalteco de Seguridad Social : [https://www.igssgt.org/wp-content/
uploads/2020/02/GPC-BE-No.-48-Tratamiento-del-Trabajo-de-Parto-Pret%-
C3%A9rmino-ACTUALIZACION-diciembre.pdf](https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2020/02/GPC-BE-No.-48-Tratamiento-del-Trabajo-de-Parto-Pret%-C3%A9rmino-ACTUALIZACION-diciembre.pdf)

Sobre el autor **Carlos Junior Sagastume Roque**

Estudio la carrera de Médico y Cirujano en la Universidad de San Carlos de Gua-
temala Cunori. Co autor del artículo Covid-19: distanciamiento social, sus efectos
psicológicos y 10 estrategias para sobrellevarlo publicado Revista científica de sis-
tema de estudios de posgrado 2020.

Financiamiento de la investigación

Con recursos propios.

Declaración de intereses

Declara no tener ningún conflicto de intereses, que puedan haber influido en los resultados obtenidos o las interpretaciones propuestas.

Declaración de consentimiento informado

El estudio se realizó respetando el Código de ética y buenas prácticas editoriales de publicación.

Copyright (c) 2023 por Carlos Junior Sagastume Roque



Este texto está protegido por la [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y adaptar el documento, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de **atribución**: usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.