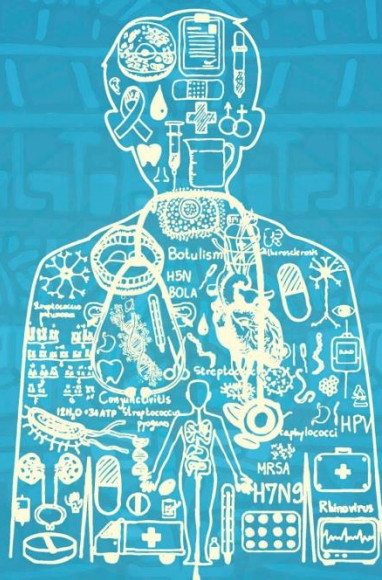




XX

CURSO DE

La Visión
del Residente



ACTUALIZACIÓN *En* MEDICINA GENERAL



Regional Antioquia



LA VISIÓN DEL
RESIDENTE

Enfoque en especialidades
médico quirúrgicas



Trabajo de Parto Pretérmino.



Edison Tavera.

Enfermero UdeA

Médico CUR

Residente Tercer Año Ginecología y Obstetricia CUR

Epidemiología.

El PP es la principal causa de mortalidad neonatal y de hospitalización prenatal en EEUU.

El 12% de los nacimientos ocurren antes del término.

El PP es responsable del 25-50% de los casos de deterioro neurológico en los niños a largo plazo.

En EEUU el costo por un recién nacido prematuro es de \$51.000.

Definición

El trabajo de parto pretérmino es la instauración del trabajo de parto (actividad uterina, que puede o no ser dolorosa, repetitiva, regular y persistente).

Que origine cambios progresivos en el cuello uterino.

Que permita el descenso y nacimiento del bebe.

Entre las 20 y 36+6 semanas de gestación.

Definiciones de Trabajo de Parto

TPP Extremadamente prematuros:
<28 Semanas.
Solo el 10% sobrevive.

TPP Muy prematuro:
Entre la semana
28-33+6.

TPP Tardío:
Entre la semana
34-36+6.
El 84% sobrevive.

Postérmino:
Después de
la semana
42

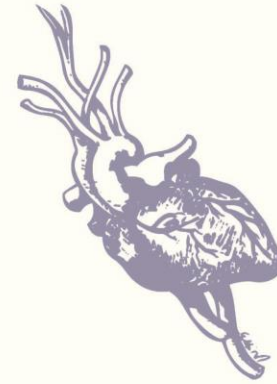
Termino Tardío:
Entre la semana
41-41+6

Real Termino:
Entre la semana
39-40+6

Termino Temprano:
Entre la semana
37-38+6

Major Short- and Long-Term Problems in Very-Low-Birthweight Infants

Organ or System	Short-Term Problems	Long-Term Problems
Pulmonary	Respiratory distress syndrome, air leak, bronchopulmonary dysplasia, apnea of prematurity	Bronchopulmonary dysplasia, reactive airway disease, asthma
Gastrointestinal or nutritional	Hyperbilirubinemia, feeding intolerance, necrotizing enterocolitis, growth failure	Failure to thrive, short-bowel syndrome, cholestasis
Immunological	Hospital-acquired infection, immune deficiency, perinatal infection	Respiratory syncytial virus infection, bronchiolitis
Central nervous system	Intraventricular hemorrhage, periventricular leukomalacia, hydrocephalus	Cerebral palsy, hydrocephalus, cerebral atrophy, neurodevelopmental delay, hearing loss
Ophthalmological	Retinopathy of prematurity	Blindness, retinal detachment, myopia, strabismus
Cardiovascular	Hypotension, patent ductus arteriosus, pulmonary hypertension	Pulmonary hypertension, hypertension in adulthood
Renal	Water and electrolyte imbalance, acid-base disturbances	Hypertension in adulthood
Hematological	Iatrogenic anemia, need for frequent transfusions, anemia of prematurity	
Endocrinological	Hypoglycemia, transiently low thyroxine levels, cortisol deficiency	Impaired glucose regulation, increased insulin resistance



Causas del Parto Prematuro

El parto por indicaciones maternas o fetales.

Trabajo de parto prematuro espontáneo inexplicable con membranas intactas.

Rotura prematura de membranas pretérmino-idiopáticas.

Partos gemelares y múltiples.

Antecedentes y Factores que Contribuyen al TPP.

La hemorragia vaginal en el primer trimestre.

El tabaquismo.

El consumo de licor o drogas psicoactivas.

El bajo peso.

Condiciones de trabajo extenuantes



Se ha informado de una asociación entre el parto prematuro y factores psicológicos como depresión, ansiedad y estrés crónico.

Hay una relación significativa entre el peso bajo al nacer y parto prematuro en mujeres que sufren maltrato físico.



Factores genéticos



Kenneth L, Steven B, Al E. Obstetrics Williams. 25 Edition.
Chicago: Mac Graw Hill; 2018.

Periodontitis





Malformaciones congénitas

Parto Pretérmino Previo



Incrementa tres veces el riesgo en comparación con las mujeres cuyo primer hijo nació a término.

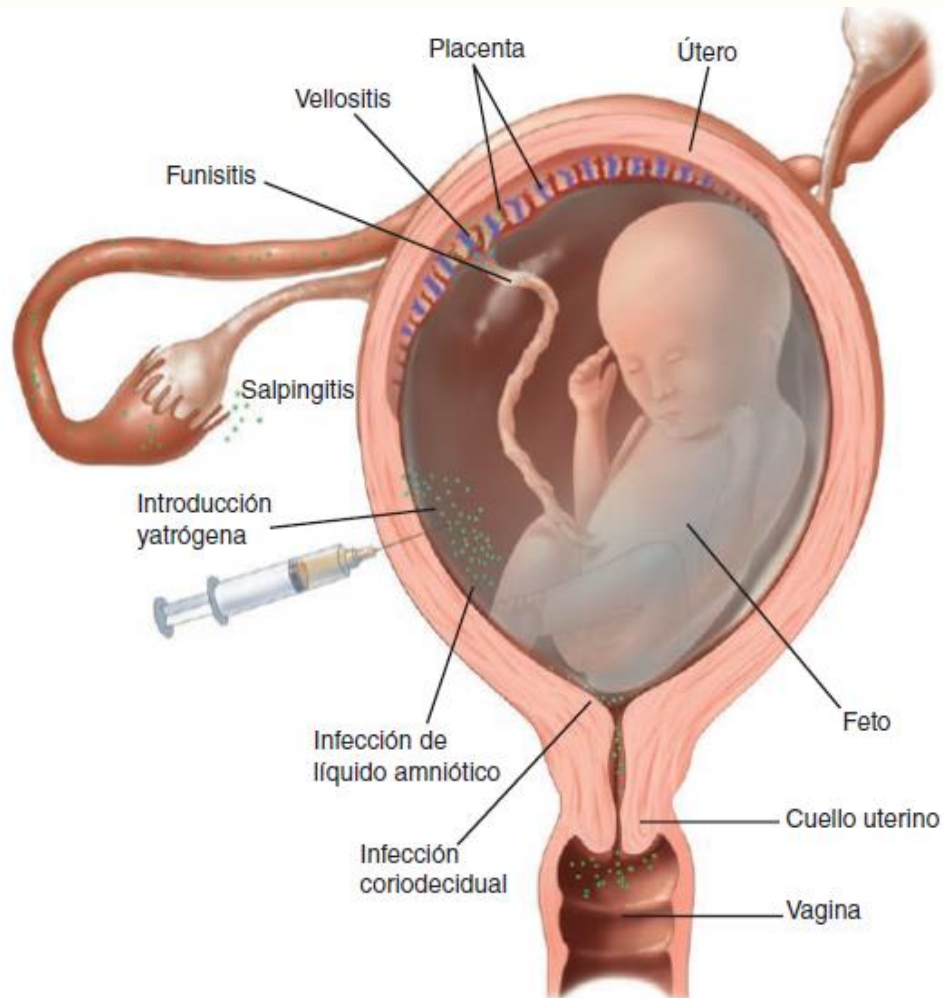
Infecciones

Las infecciones intrauterinas activan el sistema inmunitario innato.

Se liberan citocinas proinflamatorias como interleucinas y el TNF, que a su vez, estimula la producción de prostaglandina o de enzimas degradantes de la matriz.

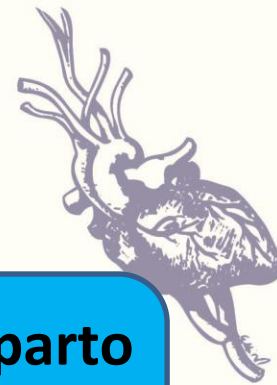
Las prostaglandinas estimulan las contracciones uterinas y la degradación de la matriz desencadena la rotura prematura de membranas.

ACTUALIZACIÓN MEDICINA GENERAL



Kenneth L, Steven B, Al E. Obstetrics Williams. 25 Edition.
Chicago: Mac Graw Hill; 2018.

Vaginosis bacteriana



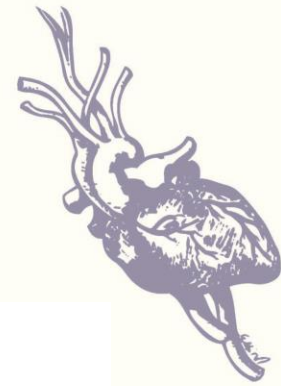
Se ha relacionado con aborto espontáneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas, corioamnionitis e infección del líquido amniótico.

Cuadro clínico



Criterios de Amsel:

- ☐ La vaginosis bacteriana es un síndrome caracterizado por un incremento en:
- ✓ El pH vaginal (>4.5)
- ✓ Presencia de células clave o guía
- ✓ Prueba de aminas positiva (KOH al 10%)
- ✓ Secreción fina, homogénea y grisácea



Early clindamycin for bacterial vaginosis in pregnancy (PREMEVA): a multicentre, double-blind, randomised controlled trial

Damien Subtil, Gilles Brabant, Emma Tilloy, Patrick Devos, Frédérique Canis, Annie Fruchart, Marie-Christine Bissinger, Jean-Charles Dugimont, Catherine Nolf, Christophe Hacot, Sophie Gautier, Jérôme Chantrel, Marielle Jousse, David Desseauve, Jean Louis Plennevaux, Christine Delaeter, Sylvie Deghilage, Anne Personne, Emmanuelle Joyez, Elisabeth Guinard, Eric Kipnis, Karine Faure, Bruno Grandbastien, Pierre-Yves Ancel, François Goffinet, Rodrigue Dessein**

Published Online

October 12, 2018

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31617-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31617-9)

Fue un ensayo controlado, aleatorio, doble ciego.

Entre abril de 2006 y junio de 2011, 84 530 mujeres embarazadas antes de las 14 semanas de gestación.

5630 tenían vaginosis bacteriana, de los cuales 3105 se asignaron aleatoriamente a grupos en el ensayo de bajo riesgo.

943 clindamicina de curso único, 968 clindamicina de triple curso y 958 para recibir placebo.

	Clindamycin			Placebo (n=956)	Relative risk (95% CI); p value
	One course (n=941)	Three courses (n=963)	Total (n=1904)		
Primary outcome					
Late miscarriage or spontaneous very preterm delivery 16-32 weeks (plus 6 days)*	8 (0.8%)	14 (1.5%)	22 (1.2%)	10 (1.0%)	1.10 (0.53-2.32); p=0.82

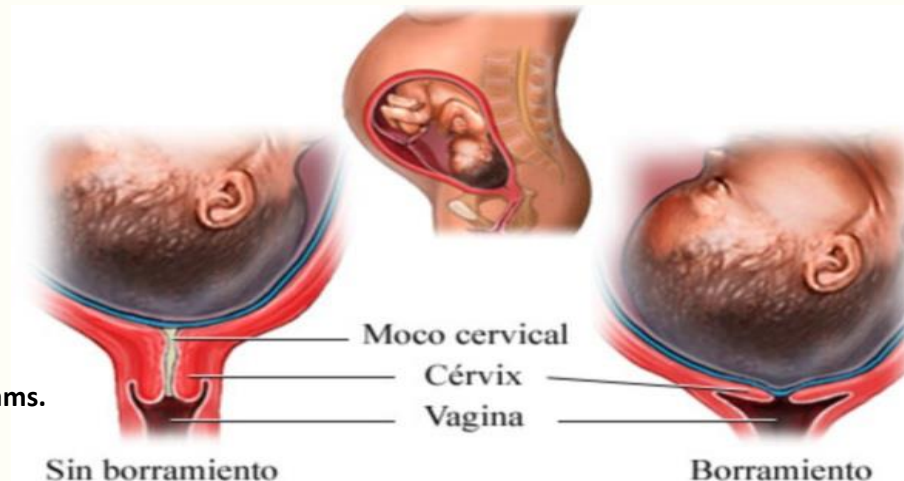
Conclusión:

La detección sistemática y el tratamiento posterior de la vaginosis bacteriana en mujeres con embarazos de bajo riesgo NO muestra evidencia de reducción del riesgo de aborto espontáneo tardío o parto espontáneo muy prematuro.

Diagnóstico del TPP

La diferenciación oportuna entre el trabajo de parto verdadero y falso es difícil antes de que haya un borramiento y una dilatación demostrable del cuello uterino.

La actividad uterina por sí sola puede ser engañosa debido a las *contracciones de Braxton Hicks*.



Actualmente se acepta para identificar el SPP que la paciente presente:

2 contracciones o mas en 10 minutos.

Dilatación del cuello uterino mayor o igual a 2 cm.

Una longitud cervical menor o igual a 1 cm.

Acompañado de presión pélvica, dolor en hipogastrio, secreción vaginal liquida y dolor lumbar.

Ya no se habla del término *borramiento en porcentaje* pues su resultado es muy ambiguo y discordante entre los evaluadores.

Cervicometría

< 25 mm Escuela Española y Chilena.

< 20 mm ACOG

<15 mm Escuela de Nicolaides en el Reino Unido

Es la longitud efectiva entre el cierre del orificio cervical interno y el externo.





FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE PERINATOLOGÍA Y
MEDICINA MATERNO FETAL "FECOPEN"

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE CERVICOMETRIA

Bogotá D.C., Julio del 2018

La embudización tiene un valor predictivo importante de parto pretérmino, si este está presente y la longitud cervical es menor a 25 mm, incrementa la sensibilidad de predicción de parto pretérmino de 61% a 74%.

Contrario a esto, si la longitud del cérvix es mayor a 25 mm un hallazgo de embudización no aumenta el riesgo de parto pretérmino.

PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO

PROGESTERONE



Amenaza de Aborto

Aborto Recurrente

Antecedente de Parto Pretérmino

Cérvix Corto Asintomático

Amenaza de Parto Pretérmino



ORIGINAL ARTICLE

Progesterone and the Risk of Preterm Birth among Women with a Short Cervix

Eduardo B. Fonseca, M.D., Ebru Celik, M.D., Mauro Parra, M.D.,
Mandeep Singh, M.D., and Kypros H. Nicolaides, M.D.,
for the Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group*

N Engl J Med 2007;357:462-9.

Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

24,620 mujeres embarazadas.

**La longitud cervical fue de 15 mm o menos en 413 de las mujeres. (1.7%)
250 (60.5%) de estas 413 mujeres fueron asignadas aleatoriamente para
recibir progesterona vaginal (200 mg cada noche) o placebo de 24 a 34
semanas de gestación.**

El resultado primario fue el parto espontáneo antes de las 34 semanas.

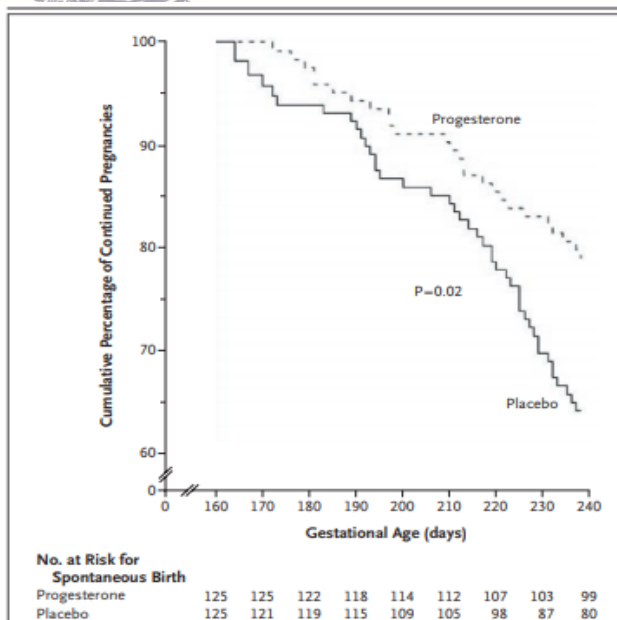


Figure 2. Kaplan-Meier Plot of the Probability of Continued Pregnancy without Delivery among Patients Receiving Vaginal Progesterone as Compared with Placebo.

Progesterone reduces the risk of spontaneous delivery before 34 weeks by 44.2% (hazard ratio for progesterone, 0.57; 95% CI, 0.35 to 0.92; $P=0.02$). $P=0.49$ for the test of the proportional-hazards assumption.

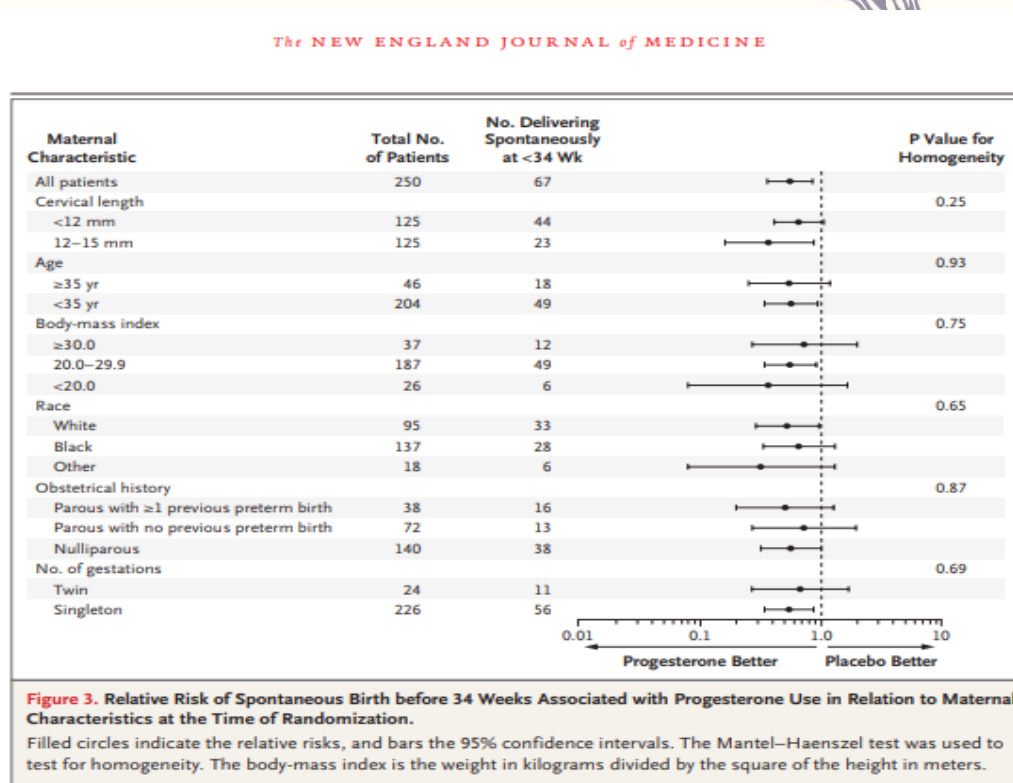


Figure 3. Relative Risk of Spontaneous Birth before 34 Weeks Associated with Progesterone Use in Relation to Maternal Characteristics at the Time of Randomization.

Filled circles indicate the relative risks, and bars the 95% confidence intervals. The Mantel-Haenszel test was used to test for homogeneity. The body-mass index is the weight in kilograms divided by the square of the height in meters.

El parto espontáneo antes de las 34 semanas de gestación fue menos frecuente en el grupo de progesterona que en el grupo placebo (19,2% frente a 34,4%. RR 0,56. [IC] del 95%, 0,36 a 0,86).



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS

NUMBER 130, OCTOBER 2012

*(Replaces Practice Bulletin Number 31, October 2001
and Committee Opinion No. 419, October 2008)*

Prediction and Prevention of Preterm Birth

Una mujer con un antecedente de parto pretérmino se les debe ofrecer un suplemento de progesterona a partir de la semana 16-24 de gestación para reducir el riesgo de parto prematuro espontáneo recurrente.

A partir de la semana 16 hasta la 23, realizar cervicometría cada 2 semanas.

Si cérvix entre 25-29 mm cada semana y si cérvix menor de 25mm, podría beneficiarse de la colocación de cerclaje cervical.

Progestational agents for treating threatened or established preterm labour (Review)

Su LL, Samuel M, Chong YS



- Revisión sistemática
- 7 estudios
- 538 mujeres
- 2014

- Resultados →
 - La terapia con progesterona no redujo el parto pretérmino en < 34 semanas (RR 0,62; IC 95% 0,30 – 1,27) o el parto de recién nacidos < 2500 g (RR 1,01; IC 95% 0,61 – 1,65)

Agentes progestacionales para el tratamiento del trabajo de parto prematuro amenazado o establecido.



Prematurity: Review

Progestogens as Maintenance Treatment in Arrested Preterm Labor

A Systematic Review and Meta-analysis

Montse Palacio, MD, PhD, Stefania Ronzoni, MD, PhD, Luis Sánchez-Ramos, MD,
and Kellie E. Murphy, MD, MSc

VOL. 128, NO. 5, NOVEMBER 2016



- Revisión sistemática y metanálisis
- 16 RCT
- 1917 pacientes

Los progestágenos como tratamiento de mantenimiento en el parto prematuro detenido: una revisión sistemática y metaanálisis.

Resultados →

- No hubo diferencias en el resultado del parto en menos de 34 semanas de gestación (RR 0.77, IC 95% 0.53-1.12)
- Análisis de sensibilidad (5 RCT) - no mostró diferencias significativas para el parto prematuro a menos de 37 semanas de gestación (RR 0.91, IC 95% 0.67-1.25)



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE PERINATOLOGÍA Y MEDICINA MATERNO FETAL

CONSENSO DE LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE PERINATOLOGÍA Y MEDICINA MATERNO FETAL (FECOPEN) PARA EL USO DE PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA EN PARTO PRETÉRMINO

BOGOTÁ- 2018

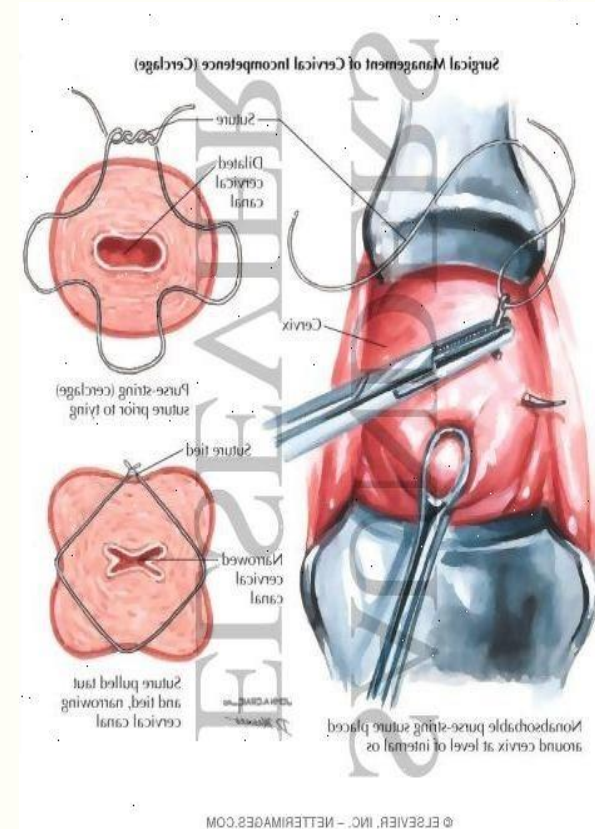
Conclusión

La PMN es una medicación segura, efectiva y que puede ser considerada en escenarios específicos como gestantes con **cérvix corto (menor de 25 mms)** medido en la segunda mitad del embarazo como medida farmacológica para reducir la prematuridad y sus complicaciones maternas y perinatales, tanto en embarazos únicos como múltiples. Esta indicación es aún más evidente en **gestantes con antecedentes de prematuridad.**

Se puede utilizar el cerclaje en las mujeres que se les ha diagnosticado insuficiencia cervicouterina.

En las mujeres con cérvix corto asintomático.

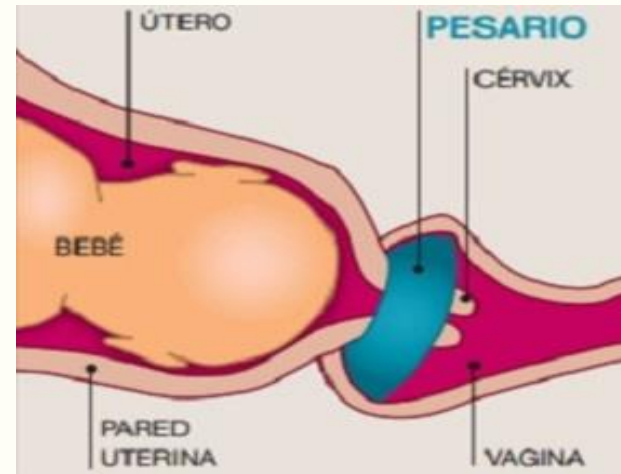
La tercera indicación es el “cerclaje de rescate”.

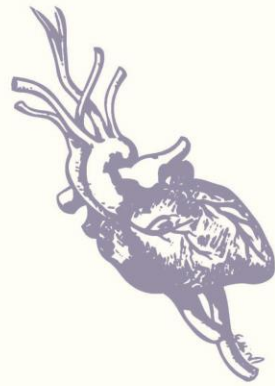


Pesarios Cervicales

Existe un interés creciente en el uso de pesarios cervicales para prevenir el nacimiento prematuro.

Anillos de silicona, se utilizan para apoyar el cuello uterino en mujeres con ecografía de cérvix corto.





➡@ Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial

Maria Goya, Laia Pratcorona, Carme Merced, Carlota Rodó, Leonor Valle, Azahar Romero, Miquel Juan, Alberto Rodríguez, Begoña Muñoz, Belén Santacruz, Juan Carlos Bello-Muñoz, Elisa Llurba, Teresa Higuera, Luis Cabero*, Elena Carreras*, on behalf of the Pessario Cervical para Evitar Prematuridad (PECEP) Trial Group

Lancet 2012; 379: 1800–06

Published Online

April 3, 2012

DOI:10.1016/S0140-

6736(12)60030-0

Métodos:

Se realizó en cinco hospitales de España.

Las mujeres embarazadas (de 18 a 43 años de edad) con una longitud cervical de 25 mm o menos fueron asignadas al azar para utilizar pesario cervical o manejo expectante.

El resultado primario fue el parto espontáneo antes de las 34 semanas de gestación.



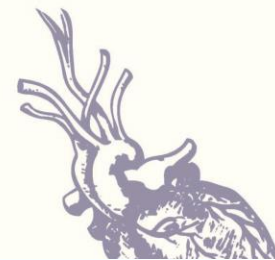
Regional Antioquia



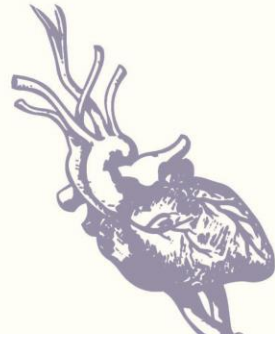
LA VISIÓN DEL
RESIDENTE
Enfoque en especialidades
médico quirúrgicas



UNIREMINGTON[®]
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
BOL. 000.1. VENTA JUNIO 21. 1997. 1998



	Cervical pessary group (n=190)	Expectant management group (n=190)	Odds ratio (95% CI)	p value
Pregnancy outcome				
Spontaneous delivery before 28 weeks	4 (2%)	16 (8%)	0.23 (0.06-0.74)	0.0058
Spontaneous delivery before 34 weeks	12 (6%)	51 (27%)	0.18 (0.08-0.37)	<0.0001
Any delivery before 34 weeks	14 (7%)	53 (28%)	0.21 (0.10-0.40)	<0.0001
Spontaneous delivery before 37 weeks	41 (22%)	113 (59%)	0.19 (0.12-0.30)	<0.0001
Gestational age at delivery (weeks)	37.7 (2.0)	34.9(4.0)	..*	<0.0001
Tocolytic treatment	64 (34%)	101 (53%)	0.23 (0.16-0.35)	<0.0001
Corticosteroid treatment for fetal maturation	80 (42%)	121 (64%)	0.41 (0.26-0.64)	<0.0001
Chorioamnionitis	5 (3%)	6 (3%)	0.82 (0.20-3.32)	0.7596
Pregnancy bleeding	7 (4%)	9 (5%)	0.77 (0.24-2.38)	0.6094
Premature preterm rupture of membranes	3 (2%)	17 (9%)	0.16 (0.03-0.58)	0.0013
Caesarean delivery	41 (22%)	40 (21%)	..	0.418
Side-effects				
Vaginal discharge	190 (100%)	87 (46%)	..	0.002
Pessary repositioning without removal	27 (14%)	-	..	..
Pessary withdrawal	1 (<1%)	-	..	..



ORIGINAL ARTICLE

A Randomized Trial of a Cervical Pessary to Prevent Preterm Singleton Birth

Kypros H. Nicolaides, M.D., Argyro Syngelaki, Ph.D., Liona C. Poon, M.D., Gemma Picciarelli, M.D., Natasa Tul, M.D., Aikaterini Zamprakou, M.D., Evdoxia Skyfta, M.D., Mauro Parra-Cordero, M.D., Ricardo Palma-Dias, M.D., Ph.D., and Jesus Rodriguez Calvo, M.D.

N Engl J Med 2016;374:1044-52.

DOI: 10.1056/NEJMoa1511014

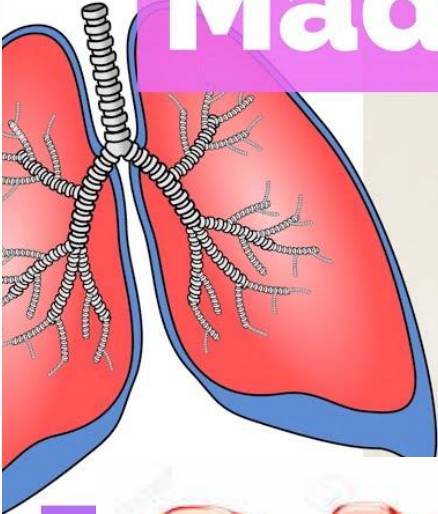
Copyright © 2016 Massachusetts Medical Society.

Table 2. Outcomes According to Trial Group.*

Outcome	Pessary Group	Control Group	Odds Ratio (95% CI)	P Value
Primary outcome				
No. of participants included in analysis	460	464		
Spontaneous delivery at <34 wk — no. (%)	55 (12.0)	50 (10.8)	1.12 (0.75–1.69)	0.57

No se encontraron diferencias significativas en la reducción de parto espontaneo < 34 semanas en gestantes con cérvix corto asintomático que utilizaron pesario con respecto al grupo control.

Esteroides



Maduración

NO



Fetal



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS

NUMBER 171, OCTOBER 2016

(Replaces Practice Bulletin Number 159, January 2016)

INTERIM UPDATE: This Practice Bulletin is updated to reflect a limited, focused change in the gestational age at which to consider antenatal corticosteroids, including administration during the late preterm period and rescue course timing.

Management of Preterm Labor

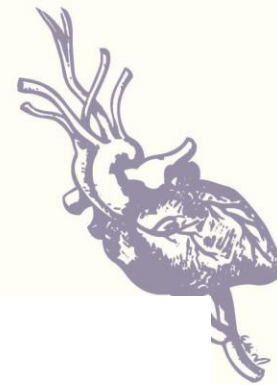
Los neonatos cuyas madres recibieron corticosteroides prenatales tuvieron una gravedad significativamente más baja de:

Síndrome de dificultad respiratoria (RR 0,66; 95% IC, 0,59-0,73).

Hemorragia intracraneal (RR 0,54; 95% CI, 0,43-0,69).

Enterocolitis necrotizante (RR 0,46; IC del 95% 0,29-0,74)

Muerte (RR 0,69 IC del 95%, 0,58-0,81).



DOI: 10.1002/ijgo.12746

FIGO COMMITTEE REPORT

WILEY



Good clinical practice advice: Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation[☆]

FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine^{*a}

© 2019 International Federation of
Gynecology and Obstetrics

wileyonlinelibrary.com/journal/ijgo

Int J Gynecol Obstet 2019; 144: 352-355

FIGO COMMITTEE REPORT

3 | BEST DOSE AND ROUTE OF ADMINISTRATION

The common regimens of two doses of betamethasone 12 mg given intramuscularly 24 hours apart and the treatment of four doses of dexamethasone 6 mg given intramuscularly 12 hours apart was recommended by the National Institutes of Health.²

“Esteroides de “rescate”

Éste se refiere a la administración de una dosis repetida de corticoesteroides cuando el parto se vuelve inminente y han transcurrido más de siete días desde la dosis inicial.



ACOG
THE AMERICAN CONGRESS
OF OBSTETRICIANS
AND GYNECOLOGISTS

Un solo curso de rescate de corticosteroides prenatales debe ser considerado en mujeres antes de las 34 semanas y han transcurrido más de siete días desde la dosis inicial.

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice; Society for Maternal–Fetal Medicine. Committee Opinion No. 677: Antenatal corticosteroids therapy for fetal maturation. *Obstet Gynecol.* 2016;128:e187–e194.

The **NEW ENGLAND**
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

APRIL 7, 2016

VOL. 374 NO. 14

Antenatal Betamethasone for Women at Risk
for Late Preterm Delivery

C. Gyamfi-Bannerman, E.A. Thom, S.C. Blackwell, A.T.N. Tita, U.M. Reddy, G.R. Saade, D.J. Rouse, D.S. McKenna, E.A.S. Clark, J.M. Thorp, Jr., E.K. Chien, A.M. Peaceman, R.S. Gibbs, G.K. Swamy, M.E. Norton, B.M. Casey, S.N. Caritis, J.E. Tolosa, Y. Sorokin, J.P. VanDorsten, and L. Jain, for the NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network*

Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 24 (2019) 189-196



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Seminars in Fetal and Neonatal Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/siny

Antenatal corticosteroids after 34 weeks' gestation: Do we have the evidence?

Katie M. Groom

Liggins Institute, University of Auckland and National Women's Health, Auckland City Hospital, Private Bag 92019, Auckland, New Zealand



ACTUALIZACIÓN
MEDICINA GENERAL

Esteroides entre las semanas 35 y 36+6



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

A correction was published in November 2017 for this title. [Click here to view the correction](#)

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 713 • August 2017

(Replaces Committee Opinion No. 677, October 2016)

(Reaffirmed 2018)

Committee on Obstetric Practice

This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice in collaboration with committee members Yasser Y. El-Sayed, MD, Ann E.B. Borders, MD, MSc, MPH, and the Society for Maternal-Fetal Medicine's liaison member Cynthia Gyamfi-Bannerman, MD, MSc.

INTERIM UPDATE: This Committee Opinion is updated as highlighted to reflect a limited focused change to clarify that, among specific populations, antenatal corticosteroids should be administered when a woman is at risk of preterm delivery within 7 days.

Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation

Que la materna no haya recibido esteroides durante la gestación.

Que la gestante no sufra Diabetes pues se ha reportado riesgo de hipoglicemia neonatal.

Que el SPP no sea por corioamnionitis.



Regional Antioquia



Esteroides en maternas programadas para cesárea entre la semana 37 y 38+6.

DOI: 10.1002/ijgo.12746

FIGO COMMITTEE REPORT

WILEY



Good clinical practice advice: Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation[☆]

FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine^{*,a}

4. A single course of corticosteroids can be considered for women undergoing planned cesarean delivery at 37–38.6 week's gestation. However, there should be a clear medical reason; an elective delivery should not be performed before 39 week's gestation.

Antimicrobianos

El tratamiento antimicrobiano de las mujeres con trabajo de parto prematuro con el único fin de prevenir el parto en general no está recomendado.



Reposo en cama



Se ha notificado que el reposo en cama durante tres días o más aumentaba las complicaciones tromboembólicas a 16 por 1 000 mujeres en comparación con sólo 1 por 1 000 con deambulación normal.



Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review)

Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Bergel E



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review) 17 Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

En un estudio de 1266 mujeres en embarazo con riesgo de TPP 432 se les indicó reposo en cama en casa y 834 mujeres recibieron un placebo o ninguna intervención.

El parto prematuro antes de las 37 semanas fue similar en ambos grupos.

No hay evidencia, que apoye o refute el uso del reposo en cama en el hogar o en el hospital, para prevenir el parto prematuro.

Inhibición del trabajo de parto prematuro



ACOG
THE AMERICAN CONGRESS
OF OBSTETRICIANS
AND GYNECOLOGISTS

Ha llegado a la conclusión de que los compuestos tocolíticos no prolongan de manera notoria el embarazo, pero pueden retrasar el parto en algunas mujeres por lo menos durante 48 horas.

Esto puede facilitar el transporte a un centro obstétrico regional y dar tiempo para que se administre el tratamiento con corticoesteroides.

Agonistas del receptor β -adrenérgico

Reducen los niveles de calcio intracelular y prevenir la activación de las proteínas contráctiles del miometrio.

En 2011, la FDA emitió una advertencia sobre el uso de terbutalina para tratar el trabajo de parto prematuro debido a informes de graves efectos secundarios maternos.

La Ritodrina fue voluntariamente retirado de los Estados de los Estados Unidos en 2003.





Betamimetics for inhibiting preterm labour (Review)

Neilson JP, West HM, Dowswell T



Los betamiméticos ayudan a retrasar el nacimiento, lo que puede dar tiempo para permitir que las mujeres sean transferidas a la atención terciaria o para completar un curso de corticosteroides prenatales.

Sin embargo, se deben considerar los efectos adversos múltiples tales como:

Dolor en el pecho materno; disnea; palpitación; temblor; dolores de cabeza; hipocalcemia; hiperglicemia; náuseas o vómitos; congestión nasal y taquicardia fetal.

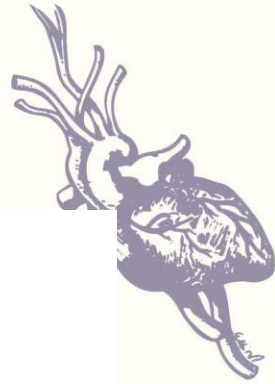
Betamimetics for inhibiting preterm labour (Review) 70 Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Antagonistas de los canales del calcio

La actividad miometrial guarda una relación directa con el calcio libre citoplásmico y una reducción de su concentración inhibe las contracciones.

Aunque se crearon para tratar la hipertensión, su empleo para detener el trabajo de parto prematuro ha sido objeto de investigación desde finales de la década de 1970.





FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE PERINATOLOGÍA
Y MEDICINA MATERNO FETAL

**CONSENSO DE LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE
PERINATOLOGÍA Y MEDICINA MATERNO FETAL (FECOPEN) PARA EL USO
DE ATOSIBAN EN PARTO PRETÉRMINO. BOGOTÁ- 2019**

Conclusión

Los antagonistas selectivos del receptor de oxitocina-vasopresina (Atosiban) son herramientas farmacológicas que deben formar parte del arsenal terapéutico en las condiciones descritas con el fin de lograr los beneficios de la maduración pulmonar.



Nifedipine versus atosiban for threatened preterm birth (APOSTEL III): a multicentre, randomised controlled trial



Elvira O G van Vliet, Tobias A J Nijman, Ewoud Schuit, Karst Y Heida, Brent C Opmeer, Marjolein Kok, Wilfried Gyselaers, Martina M Porath, Mallory Woiski, Caroline J Bax, Kitty W M Bloemenkamp, Hubertina C J Scheepers, Yves Jacquemyn, Erik van Beek, Johannes J Duvekot, Maureen T M Franssen, Dimitri N Papatsonis, Joke H Kok, Joris A M van der Post, Arie Franx, Ben W Mol, Martijn A Oudijk

Published Online

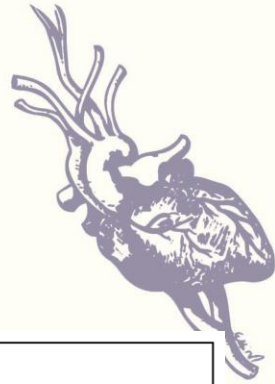
March 1, 2016

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00548-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00548-1)

See Online/Comment

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00565-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00565-1)

	Nifedipine group	Atosiban group	RR, HR, or difference (95% CI)
Perinatal outcomes			
Number of babies analysed	297	294	--
Adverse perinatal composite outcome (primary analysis)	42 (14%)	45 (15%)	RR 0.91 (0.61-1.37)
Perinatal deaths	16 (5%)	7 (2%)	RR 2.20 (0.91-5.33)
Bronchopulmonary dysplasia	11 (4%)	21 (7%)	RR 0.55 (0.27-1.15)
Culture-proven sepsis	25 (8%)	25 (9%)	RR 0.97 (0.55-1.70)
Intraventricular haemorrhage (grade >2)	5 (2%)	2 (1%)	RR 2.47 (0.48-12.75)
Periventricular leukomalacia (grade >1)	1 (<1%)	2 (1%)	RR 0.49 (0.05-5.46)
Necrotising enterocolitis (stage >1)	7 (2%)	4 (1%)	RR 1.72 (0.51-5.83)
NICU admittance	155 (52.2)	182 (61.9)	RR 0.85 (0.73-0.99)
Length of admission at NICU (days)	17 (7.0-43.0)	17 (7.0-39.8)	Difference -1 (-5.52 to 3.52)
Ventilation support*	42 (14%)	53 (19%)	RR 0.76 (0.51-1.12)
Time on ventilation support (days)*	3 (1.3-9.5)	3 (1.0-8.0)	Difference -0.33 (-2.82 to 2.16)
Total days in hospital until 3 months corrected age	24 (5.0-46.0)	28 (9.0-52.0)	Difference -2.88 (-8.37 to 2.61)
Apnoea	20 (7%)	25 (9%)	RR 0.73 (0.41-1.32)
Asphyxia	2 (1%)	2 (1%)	RR 0.99 (0.14-7.06)
Proven meningitis	5 (2%)	2 (1%)	RR 2.44 (0.48-12.49)
Pneumothorax	2 (1%)	5 (2%)	RR 0.40 (0.08-2.04)
Maternal outcomes			
Number of women analysed	248	255	--
Gestational age at delivery (weeks)	33.1 (30.5-37.0)	32.4 (30.1-35.8)	HR 0.86 (0.70-1.05)
Prolongation of pregnancy (time to delivery)			
Continuous (days)	7 (1.0-40.0)	4 (1.0-38.0)	HR 0.88 (0.72-1.07)
≥48 h	169 (68%)	168 (66%)	RR 1.04 (0.92-1.17)
≥7 days	127 (51%)	116 (45%)	RR 1.13 (0.94-1.36)
Maternal deaths	0	0	--
Discontinuation of study drug	74/248 (30%)	75/253 (30%)‡	RR 1.01 (0.77-1.32)
Due to progression to labour†	66/248 (27%)	70/253 (28%)‡	RR 0.97 (0.73-1.30)
Due to side-effects†	15/248 (6%)	7/253 (3%)‡	RR 2.20 (0.91-5.33)
Unknown†	2/248 (1%)	2/253 (1%)‡	--



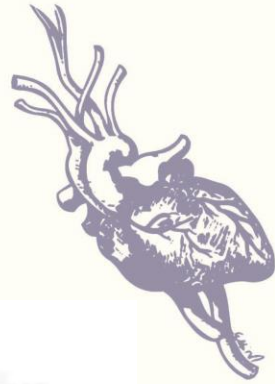
Sulfato de Magnesio

La GAI 2013 recomienda administrar sulfato de Mg para neuroprotección antes de las 32 semanas.

Box 1. Contraindications to Tocolysis ↵

- Intrauterine fetal demise
- Lethal fetal anomaly
- Nonreassuring fetal status
- Severe preeclampsia or eclampsia
- Maternal bleeding with hemodynamic instability
- Chorioamnionitis
- Preterm premature rupture of membranes*
- Maternal contraindications to tocolysis (agent specific)

*In the absence of maternal infection, tocolytics may be considered for the purposes of maternal transport, steroid administration, or both.



Cuando sobrevives 2 amenazas de aborto, una preclampsia severa, doble circular de cordón pero te enteras que te pondrán El Brayan





Muchas
GRACIAS