



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO XI – N. 27 – 2017

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/089.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "NARRATIVAS, FUENTE DE EVIDENCIAS CUALITATIVAS" **CUALISALUD 2017 XII Reunión Internacional de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión digital celebrada del 16 al 17 de noviembre de 2017, organizada por Fundación Index. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Factores de riesgo para la amenaza de parto prematuro**  
*Autores* Belén *Shahrour Romera*, Ester *Ortega Pérez*, María del Mar *Carrillo Martínez*  
*Centro/institución* Hospital de Poniente  
*Ciudad/país* El Ejido (Almería), España  
*Dirección e-mail* [Belen\\_shahrour@hotmail.com](mailto:Belen_shahrour@hotmail.com)

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

La Amenaza de Parto Pretérmino (APP) se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación<sup>1</sup>. Aproximadamente entre el 70-80% de los nacimientos pretérmino (PP) se producen de manera espontánea; 40-50% como consecuencia de un parto pretérmino y 20-30% por rotura prematura de membranas (RPM)<sup>2</sup>. El restante 20-30% se debe a causas maternas o fetales que ponen en riesgo la salud de alguno de ellos, como preeclampsia, placenta previa, desprendimiento de placenta o gestación múltiple<sup>2</sup>.

### *Etiología y factores de riesgo*

La APP tiene un origen multifactorial<sup>3</sup>. A parte de la causa idiopática, existen causas maternas o fetales que suponen un riesgo para el embarazo y justificarían el PP, siendo la más frecuente la infección/inflamación intraamniótica<sup>4-5</sup>. Existen gestantes que presentarán un PP sin factor de riesgo asociado<sup>6</sup>.

Algunos de los factores de riesgo son:

- *Antecedentes de parto espontáneo prematuro*: éste resulta ser el mayor factor de riesgo para que se produzca un nuevo parto pretérmino, incrementándose dicha posibilidad si existen antecedentes de múltiples partos pretérmino<sup>2,7</sup>.

- *Antecedentes de indicación de parto prematuro*: siempre y cuando no se haya podido incidir en las circunstancias que existieron con anterioridad y la gestante se encuentre expuesta nuevamente al mismo riesgo<sup>2</sup>.
- *Enfermedades de transmisión sexual* diagnosticadas antes de la semana 24 de gestación<sup>7</sup>.
- *Factores socioeconómicos*.
- *Factores genéticos*: estos aumentan la prevalencia en mujeres con antecedentes de PP en familiares de primer grado de consanguinidad y en aquellas gestantes que nacieron pretérmino<sup>2</sup>.
- *Factores anatómicos*: cirugías del cérvix uterino o por malformaciones uterinas<sup>2</sup>.
- *Reproducción asistida*: existen múltiples factores de riesgo asociados a la condición de subfertilidad<sup>2</sup>.
- *Condiciones del cérvix uterino*: las causas por las cuales se produce su acortamiento prematuro aún no son del todo conocidas<sup>8,9</sup>.
- *Infecciones*: aquéllas mediadas por prostaglandinas parecen tener estrecha relación con la presencia de corioamnionitis<sup>2,10</sup>. También las infecciones periodontales, la bacteriuria asintomática y las infecciones del tracto genital<sup>2</sup>.

En general se consideran cuatro factores principales que predisponen al PP: infecciones intraútero, hemorragias uterinas, excesiva elongación uterina y estrés materno o fetal. Y juegan también un papel importante los factores hormonales, la insuficiencia cervical o la predisposición genética, entre otros<sup>10</sup>.

A lo largo de los años se ha conseguido disminuir la frecuencia de los PP, pero sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad infantil<sup>6</sup>. Dada la importancia de sus consecuencias y la posibilidad de incidir en factores de riesgo modificables, en esta revisión nos centraremos en las infecciones como uno de los principales causas de aparición de APP, intentando dar respuesta mediante la mejor evidencia científica a los aspectos más relevantes en su aparición. Por ello, serán objetivos en nuestro trabajo, dar a conocer los principales factores de riesgo que se describen para la APP, estudiando la influencia (o no) de los mismos mediante una amplia revisión de la evidencia científica más reciente acerca de las infecciones más relevantes durante el embarazo consideradas factor de riesgo para la aparición del PP.

## **Metodología**

Se realizó una búsqueda en inglés en las bases de datos PubMed y UpToDate, usando como palabras clave “amenaza de parto prematuro”, “preterm birth” y “risk factors”; se usó el descriptor booleano “and”, en los periodos de tiempo comprendidos entre 2010 - 2017, siendo necesario ampliar para búsquedas específicas hasta 2002. La búsqueda arrojó principalmente revisiones bibliográficas, guías de práctica clínica y estudios retrospectivos, con un total de 2416 artículos, de los cuales se seleccionaron 32. Se excluyeron aquéllos que no estuvieran en español o en inglés, y los estudios realizados en América Latina por no presentar datos que pudieran, en todos los casos, aplicarse a nuestro medio. Finalmente y tras lectura crítica de los mismos, fueron 16 los artículos empleados en esta revisión. Además se ha tomado como referencia un protocolo incluido en la guía asistencial del Hospital Clinic de Barcelona.

## Resultados

Uno de los principales estudios consultados describió histológicamente la evidencia de corioamnionitis en el 20-75% del total de placentas analizadas de PP.

Este mismo estudio nos muestra un proyecto realizado donde fueron también analizadas las placentas de un total de 43.940 partos, donde en un 6% de las mismas se pudo diagnosticar corioamnionitis, apreciándose un aumento del porcentaje de dicha incidencia conforme disminuye la edad gestacional: 15% entre semana 28 y 32, 8 % en semana 33-36 y 5% después de la semana 36<sup>2</sup>.

Otro de los estudios afirma que la corioamnionitis es mucho más común en los partos pretérmino que en los a término, y que podría justificar el 50% de los PP antes de la semana 30 de gestación<sup>10</sup>.

Con respecto a las enfermedades del tracto urinario, a pesar de afectar a un 10% de las mujeres embarazadas<sup>11</sup>, con respecto a la bacteriuria asintomática, presente en un 2-7% de las mujeres gestantes<sup>12</sup>, no termina de esclarecerse si ésta juega el rol de factor de riesgo independiente o no en la APP. Estudios prospectivos realizados entre los años 1970 y 1979 muestran cómo la bacteriuria no supuso en las gestantes un aumento significativo en el número total de PP<sup>2</sup>, sin embargo otros estudios señalan que hasta un 30-40% de las mujeres con bacteriurias asintomáticas no tratadas, acabaron desarrollando infecciones del tracto urinario como la pielonefritis, con el consecuente riesgo asociado de ésta a que se produzcan resultados adversos en el embarazo como PP<sup>12</sup>.

Los estudios revisados señalan también la relación existente entre las infecciones periodontales y complicaciones en el embarazo, como el PP, pero no aportan una evidencia concluyente sobre ello<sup>2,13</sup>. Las bacterias orales que se relacionan directamente con el PP son: *Tannerella forsythia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola*, and *Fusobacterium nucleatum* y según se explicaría, éstas se esparcen hasta llegar a la placenta donde se implantan causando la inflamación<sup>2</sup>. Las infecciones periodontales llegan incluso a asociarse con bajo peso al nacer y preeclampsia<sup>14</sup>.

Con respecto a las infecciones del tracto genital, múltiples estudios muestran una clara asociación entre algunas de estas, PP y corioamnionitis<sup>2</sup>.

- *Estreptococo del grupo B (EGB)*, vaginosis bacteriana y ureaplasma: el EGB cursa de manera general de forma asintomática<sup>15</sup>; las patologías que podría producir son: infecciones del tracto urinario, de vías urinarias altas, infección intraamniótica, endometritis y bacteriemia, asociándose también a pérdidas tempranas del embarazo o PP<sup>16</sup>. En los casos de vaginosis bacteriana con antecedente de PP, se sugiere el beneficio aportado por la realización de un screening y tratamiento<sup>2</sup>, aplicando tratamiento específico durante la gestación<sup>17</sup>.
- *Trichomonas vaginalis*: los estudios muestran una clara relación entre ésta y la RPM, recién nacidos bajo peso y PP, incrementándose el riesgo para éste último en un 42%,<sup>2</sup>.

## Discusión

Los estudios revisados muestran similitudes en sus resultados y conclusiones, evidenciando la existencia de múltiples factores de riesgo para la aparición de APP, siendo el más relevante el antecedente de PP.

Con respecto a la infecciones se revelan aquellas que presentan mayor incidencia de adversidades en el embarazo (recién nacidos bajo peso, RPM y PP).

La mayoría de los estudios revisados son revisiones sistemáticas, estudios prospectivos y estudios retrospectivos, siendo escasa la literatura que muestra ensayos clínicos o estudios de cohortes, y en casi todos los casos estos se aplican para comparar los resultados del uso de los distintos tratamientos para erradicar las infecciones.

## Conclusiones

Existen múltiples factores de riesgo para el PP, siendo el de mayor influencia el antecedente de PP.

Las infecciones periodontales, la bacteriuria asintomática, la corioamnionitis y las infecciones del tracto genital, actúan como factores de riesgo en la gestación y su presencia se asocia con efectos adversos sobre la misma, pudiendo, la ausencia de tratamiento para éstas, desencadenar en un inevitable PP.

No en todos los casos los PP se producen como consecuencia de la existencia de factores de riesgo, encontrándose situaciones donde no fue detectado ningún factor predisponente.

Con todo ello podemos concluir que la mejor prevención para la aparición de la APP es la identificación de factores de riesgo y su prevención, aconsejándose como medida, entre otros, la realización de los distintos screening para la detección de infecciones vaginales.

## Bibliografía

1. Protocolo Amenaza de parto prematuro. Unitat de Prematuritat. Servei de Medicina Maternofetal. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona 2016.
2. Julian N Robinson, Errol R Norwitz. Preterm birth: Risk factors and interventions for risk reduction. Up To Date. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es)
3. Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. Lancet 2002; 360:1489. PubMed. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es)
4. Palacio M, Cobo T, Bosch J, Filella X et al. Cervical length and gestational age at admission as predictors of intra-amniotic inflammation in preterm labor with intact membranes. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Oct; 34(4):4. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es)
5. Gomez R, Romero R, Nien JK, Chaiworapongsa T et al. A short cervix in women with preterm labor and intact membranes: a risk factor for microbial invasion of the amniotic cavity. Am J Obstet . 2005 Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es)
6. Amenaza de Parto Pretérmino. Quirós GG, Alfaro PR, Bolívar PM, Solano TN. Rev Clin Esc Med 2016; 6 (1). Disponible en [http://dx.doi.org/10.15517/rc\\_uchsjd.v6i1.23061](http://dx.doi.org/10.15517/rc_uchsjd.v6i1.23061)
7. Luis Alberto Villanueva, Ada Karina Contreras Gutiérrez, Mauricio Pichardo Cuevas, Jaqueline Rosales Lucio. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):542-8 Disponible en [www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com).
8. Vincenzo Berghella. Second-trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth in singleton gestation. UpToDate. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
9. Berghella V, Palacio M, Ness A, Alfirevic Z, Nicolaides KH, Saccone G. Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of

- randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Mar;49(3):322-329. Epub 2017 Feb 8. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
10. Charles J Lockwood. Pathogenesis of spontaneous preterm birth. UpToDate. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
  11. Szweda H, Jóźwik M. Urinary tract infections during pregnancy - an updated overview. *Dev Period Med.* 2016;20(4):263-272 UpToDate. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
  12. Thomas M Hooton, Kalpana Gupta. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. UpToDate. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
  13. Turton M, Africa CWJ. Further evidence for periodontal disease as a risk indicator for adverse pregnancy outcomes. *Int Dent J.* Jun;67(3):148-156. Epub 2016. Dec 17. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
  14. Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes-systematic review. *J Periodontol.* 2013 Apr;84(4 Suppl):S181-94.. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
  15. Carol J Baker. Neonatal group B streptococcal disease: Prevention. UpToDate. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
  16. Karen M Puopolo, Lawrence C Madoff. Group B streptococcal infection in pregnant women. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).
  17. Jack D Sobel, Robert L Barbieri, Kristen Eckler. Bacterial vaginosis: Treatment. Disponible en [www.bvsspa.es](http://www.bvsspa.es).