



FECHA: 04 JULIO DE 2012

GINA PAUCAR ESPINAL R2

## PARTO PRETERMINO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

### INTRODUCCIÓN

La prematuridad es una de las principales causas de morbilidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. En España, la tasa de prematuridad es del 9,5% del total de nacimientos.

### DEFINICIÓN

El parto pretérmino es aquel que ocurre después de la semana 23 y antes de la semana 37 de gestación.

La amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático (Aparición de dinámica uterina regular acompañado de modificaciones cervicales) que puede conducir a un parto pretérmino.

### ETIOLOGIA

Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales (Tabla1).

**TABLA 1. Etiología del Parto Pretérmino**

FACTORES MATERNOS	FACTORES OVULARES	FACTORES AMBIENTALES
<b>Generales:</b> Infecciones Enfermedades endocrinas y metabólicas Cardiopatías Nefropatías Hipertensión Anemias <b>Locales:</b> Malformaciones uterinas Incompetencia istmicocervical Tumores uterinos y parauterinos <b>Accidentes maternos:</b> Traumatismos Operaciones quirúrgicas Actividad sexual Agotamiento por estrés Factores psíquicos <b>Hábitos tóxicos:</b> Tabaco Alcohol Drogas	<b>Fetales:</b> Embarazo múltiple Malformaciones congénitas Presentaciones anómalas <b>De los anejos:</b> RPM DPP Placenta previa Insuficiencia placentaria Polihidramnios.	Edad materna < 20 y >35 Malas condiciones socioeconómicas Trabajo Estado nutricional Asistencia prenatal

## **CLÍNICA**

Suele ser imprecisa, la gestante puede referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa. No existe ningún patrón de dinámica uterina específico de la APP, pero las contracciones han de ser persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de forma habitual aparecen en el transcurso de la gestación.

## **DIAGNÓSTICO**

Tradicionalmente el diagnóstico de la APP se basa en la presencia de contracciones uterinas persistentes (al menos 4 en 20-30 minutos u 8 en una hora) y modificaciones cervicales (borramiento  $\geq 80\%$  o una dilatación cervical  $\geq 2$  cm ) (Tabla 2).

**Tabla 2. Índice Tocolítico de Baumgarten modificado: índice > o igual a 3 es diagnóstico de APP**

	0	1	2	3	4
<b>DINÁMICA</b>	Ausente	Irregular	Regular	-	-
<b>CUELLO</b>					
Posición	Posterior	Media	Central	-	-
Borramiento	< 30%	30-50%	>50%	-	-
Consistencia	Rígida	Media	Blanda	-	-
Dilatación(cm)	0	1	2	3	4
<b>METRORRAGIA</b>	Ausente	Escasa	Abundante	-	-
<b>PRESENTACIÓN</b>	Peloteando	Insinuada	Encajada	-	-

El problema del examen digital para valorar los cambios cervicales es que tiene una gran variabilidad interobservador y un bajo poder predictivo, lo que conlleva un sobrediagnóstico de las APP y el inicio de tratamientos en gestantes que en realidad tienen pocas probabilidades de tener un parto pretérmino, con el consiguiente riesgo por la medicación empleada, por el incremento de hospitalizaciones innecesarias e incluso por la restricción de la actividad física que conllevan estas actuaciones.

Como complemento a la valoración del cérvix mediante tacto vaginal y para aumentar su sensibilidad diagnóstica, disponemos de marcadores del parto pre término como son la longitud cervical medida por ecografía transvaginal y el test de la fibronectina (fFN). Es conocido el alto valor predictivo negativo de la combinación del test de fFN negativo y una longitud cervical >25 mm.

## **UTILIDAD DE LA LONGITUD CERVICAL POR ECOGRAFIA TRANSVAGINAL**

La longitud cervical se comporta como un marcador independiente del riesgo de parto pre término y en la actualidad se considera que la longitud funcional del cérvix es la prueba individual que mejor predice el riesgo de parto pretérmino.

Un cérvix con una longitud >30 mm es un "cérvix largo" que descarta la posibilidad de parto pretérmino, mientras que el parto pretérmino es más probable que ocurra cuando la longitud cervical es inferior a 15 o 20 mm. Se pueden utilizar dos puntos de corte según la edad gestacional: 25 mm hasta las 32 semanas y 15 mm a partir de las 32 semanas de gestación.

La longitud cervical tiene una capacidad pronóstica más limitada cuando el cérvix tiene una dilatación igual o superior a 2 cm.

Para garantizar un buen valor predictivo de la longitud cervical, su medida debe realizarse de forma adecuada. Se recomienda realizarla de la siguiente manera:

- Vaciamiento previo de la vejiga urinaria.

- Introducir la sonda vaginal hasta el fondo de saco vaginal anterior, evitando una excesiva presión.
- La ecogenicidad de ambos labios cervicales debe ser similar.
- Obtener una imagen medio-sagital del cérvix, identificándose el canal cervical y la mucosa endocervical, el área triangular del orificio cervical externo y la muesca con forma de V del orificio cervical interno (figura 1).
- Aumentar la imagen para que el cérvix ocupe al menos el 75% de la imagen.
- Medir la distancia del canal sin incluir el embudo. La presión fúndica puede ser de utilidad para revelar el orificio cervical interno o provocar tunelización.
- Obtener tres medidas y registrar la menor de ellas.

**Figura 1: medida de longitud cervical por ecografía transvaginal**



## UTILIDAD DE MARCADORES BIOQUIMICOS

La fibronectina fetal (fFN) es el más estudiado. La muestra se toma del fondo de saco vaginal, evitando manipulaciones previas o el empleo de sustancias intravaginales que puedan alterar el resultado de la prueba. También la sangre o el semen pueden alterar el resultado. Si se emplea la fibronectina en mujeres con cérvix acortados, la toma de la muestra debe realizarse siempre antes de realizar la ecografía transvaginal.

La fFN es eficaz como marcador de parto pretérmino a corto plazo (7 días) y en mujeres con clínica de APP, presenta una sensibilidad y especificidad del 76,1% y 81,9.

En definitiva, tanto la fFN como la valoración ecográfica del cérvix son pruebas adicionales de gran utilidad sobre todo para descartar el diagnóstico de APP, dado su alto valor predictivo negativo.

## **EVALUACION DE LA GESTANTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR SIGNOS Y SINTOMAS DE APP** Figura 2.

La evaluación clínica de la gestante con sospecha de APP debe de incluir:

- Revisión de la historia médica y obstétrica.
- La datación de la gestación se hará, siempre que sea posible, por la ecografía del primer trimestre.
- Examen físico que incluya la altura uterina, así como la presentación del feto.
- Eventual especuloscopia que nos va a permitir examinar el cérvix y la vagina, así como realizar la toma de muestras (cultivos, pruebas diagnósticas, etc.).
- Si se toma una muestra para realizar un test de fibronectina, se deberá efectuar antes de la exploración vaginal (tacto o ecografía) para evitar que se reduzca su valor predictivo.
- Medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal.
- Tacto vaginal (en caso de rotura prematura de las membranas amnióticas ver protocolo específico).
- Una valoración ecográfica básica para comprobar: número de fetos, edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico y localización placentaria. Si se prevé un parto

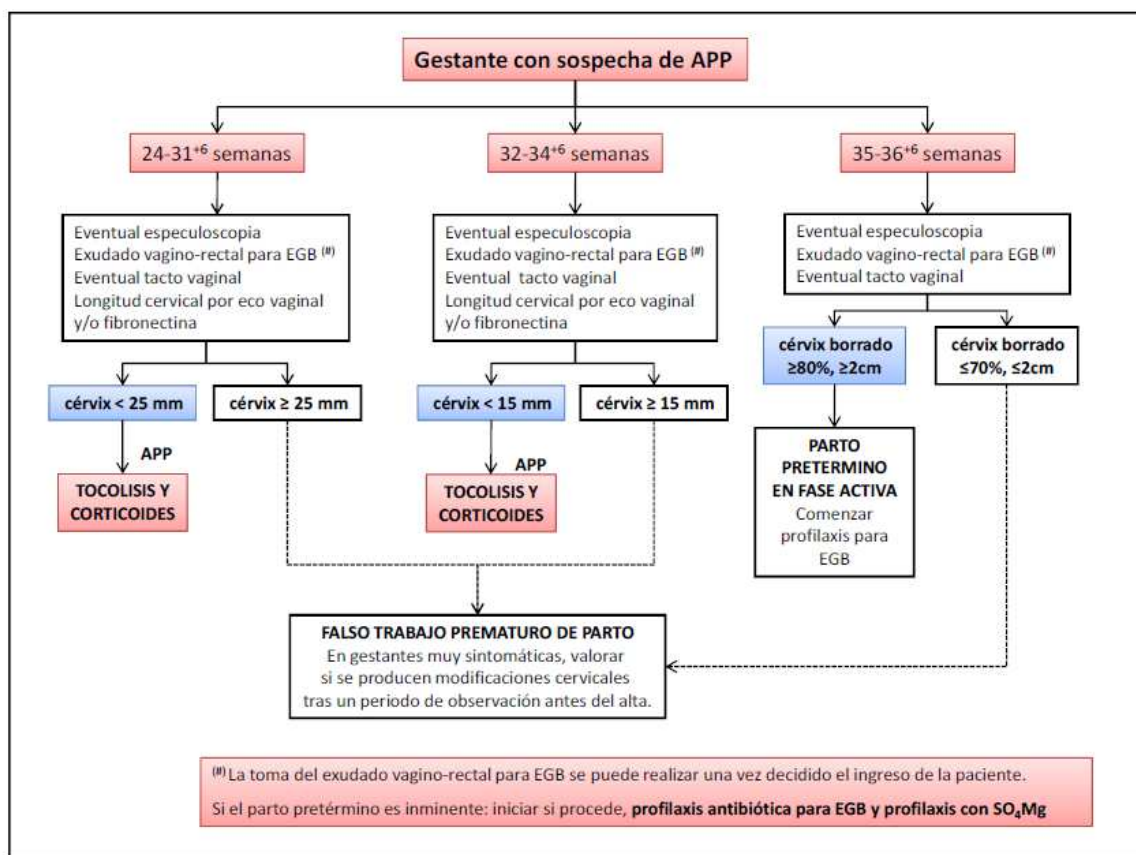
inminente y no disponemos de biometrías fetales previas, es conveniente realizar una estimación del peso fetal.

- Cardiotocografía externa para valorar la dinámica uterina y el bienestar fetal.
- Test de laboratorio. Más del 90% de las pacientes que consultan de urgencia por un cuadro de amenaza de parto pretérmino no precisan ingresar. Por ello las pruebas analíticas a realizar se pueden efectuar una vez que se ha decidido la hospitalización de la gestante y vendrán determinadas por la sospecha clínica (corioamnionitis, infección del tracto urinario, etc...), certeza diagnóstica del cuadro clínico de APP, hospitalización o no de la paciente, inicio del tratamiento tocolítico, etc.

Entre estas pruebas estarían:

- Estudio básico de orina/urocultivo, al asociarse frecuentemente las APP con infecciones del tracto urinario.
- Toma de exudado vagina-rectal para despistaje del estreptococo grupo B.
- Opcionalmente se podrán realizar de cara al diagnóstico, otros frotis vaginales/cervicales.

**Figura 2. Actuación ante una gestante con sospecha de APP**



## PAPEL DE LA AMNIOCENTESIS EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION/INFLAMACION INTRAAMNIOTICA EN LAS GESTANTES CON APP

La posibilidad de encontrar que una infección o una inflamación intraamniótica sea la causa de la APP, es más frecuente cuanto menor es la edad gestacional en el momento del inicio del cuadro clínico y más corto sea el cérvix. Cuanto menor es la longitud cervical y menor la edad gestacional, mayor es la probabilidad de que exista una invasión microbiana de la cavidad amniótica. También el hallazgo de inflamación (niveles IL-6 elevados) es más frecuente por debajo de las 28 semanas.

En la actualidad, la realización de una amniocentesis para el diagnóstico de la infección/inflamación no es una práctica generalizada, dado que no ha demostrado aun su utilidad clínica.

Los grupos que defienden la amniocentesis diagnostica sugieren que se realice si la paciente presenta factores de riesgo, tales como una edad gestacional <28 semanas y una longitud cervical medida por ecografía <15 mm. Por encima de la 32a semana de gestación, el hallazgo de infección o inflamación intraamniotica es poco frecuente y por lo tanto, en este grupo de pacientes no estaría justificada la realización de una amniocentesis sistemática.

### **CRITERIOS PARA INICIAR EL TRATAMIENTO DE LA APP**

Los criterios para iniciar el tratamiento en caso de APP pueden variar en cada centro, dependiendo de los recursos y de los cuidados neonatales disponibles, pero en general pueden aceptarse los siguientes:

- **Diagnostico de verdadera APP.** En ocasiones, algunas pacientes que presentan dinámica uterina sintomática pero con escasas modificaciones cervicales, pueden requerir un periodo de observación y nueva evaluación posterior para valorar si progresa la dilatación o el acortamiento cervical. En caso de duda diagnostica, tanto la medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal, como la realización del test de la fibronectina nos pueden ayudar para determinar que pacientes precisan o no tocolisis.
- **Edad gestacional.** Dado que el principal objetivo de la tocolisis es prolongar la gestación lo necesario para completar una tanda de maduración con corticoides o el traslado a un centro con cuidados neonatales adecuados, los tocolíticos deben ser usados desde la semana 24+0 a la 34+6 de gestación. En casos muy seleccionados puede considerarse su uso en la semana 23a.
- **Ausencia de complicaciones** maternas y/o fetales que desaconsejen prolongar la gestación.
- **Ausencia de contraindicaciones** para el uso de fármacos tocolíticos (Tabla 3).

**Tabla 3. Indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento de la APP**

<b>Indicaciones del tratamiento de la APP</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Feto con inmadurez pulmonar</li> <li>- Feto sano</li> <li>- Posibilidades de éxito</li> <li>- No existencia de contraindicaciones médicas ni obstétricas</li> </ul>
<b>Contraindicaciones del tratamiento de la APP</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>FETALES:</b> Muerte intrauterina Malformación fetal incompatible con la vida Deterioro del grado de bienestar fetal Maduración fetal suficiente</li> <li>- <b>OBSTÉTRICAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Absolutas: Preeclampsia Grave. Eclampsia DPP Corioamnionitis Placenta Previa con hemorragia Trabajo de parto avanzado (D&gt;ó igual a 5cm, bolsas prominentes)</li> <li>Relativas: RPM ITU no tratada</li> </ul> </li> <li>- <b>MATERNAS:</b> Afectación médica que contraindique la prolongación del embarazo Contraindicaciones propias de cada fármaco</li> </ul>

## **TRATAMIENTO:**

### **HIDRATACION**

La hidratación oral o intravenosa no reduce la incidencia de parto pretermino y no se recomienda su uso rutinario.

### **TOCOLISIS**

El uso de los tocolíticos ( tabla 4) se asocia con una prolongación del embarazo de hasta 7 días, pero sin un efecto claro en la reducción de las tasas de prematuridad. El uso de los tocolíticos no se asocia con una clara reducción en la morbimortalidad perinatal.

Las pacientes que se benefician en mayor medida de los tocolíticos son aquellas con un trabajo de parto muy prematuro, las que necesitan ser trasladadas a un centro de referencia con adecuados cuidados neonatales y aquellas que aún no han completado una tanda de corticoides.

De todos los tocolíticos, los que menos efectos secundarios tienen son los antagonistas de la oxitocina (atosiban) y los antagonistas del calcio (nifedipino). El nifedipino y el atosiban tienen una eficacia comparable para prolongar la gestación durante las primeras 48 horas y hasta los 7 días, si bien en el único estudio randomizado publicado en que se comparan ambos tocolíticos, la tasa de efectos secundarios fue mayor con el nifedipino que con el atosiban.

Comparado con los betamiméticos, el nifedipino se asocia con una reducción en el riesgo de parto en los siguientes 7 días al inicio del tratamiento y antes de las 34 semanas, así como con un mejor resultado neonatal con menor riesgo de complicaciones asociadas a la prematuridad. No hay estudios que comparen el nifedipino con placebo para el tratamiento de la APP. Los únicos tocolíticos que están autorizados en España para el tratamiento de la APP son el atosiban y el ritodrine. Ni el nifedipino ni la indometacina tienen aprobado su uso como tocolíticos en nuestro país. Un reciente metaanálisis de los trabajos en que se comparaban el atosiban y los betamiméticos señala que ambos son igualmente eficaces en retrasar el parto 48 horas. Sin embargo, probablemente debido a su mejor perfil de seguridad y tolerabilidad, la tasa de prolongación de la gestación durante al menos 7 días era significativamente mayor con atosiban que con betamiméticos. Las complicaciones fueron mucho más frecuentes con los betamiméticos que con el atosiban.

La indometacina es un inhibidor de la ciclo-oxigenasa que ha demostrado ser eficaz como tocolítico, aunque su empleo en el tercer trimestre se asocia con oligoamnios y cierre precoz del ductus.

No hay evidencia de que el sulfato de magnesio reduzca el riesgo de parto pretérmino, por lo que no debe ser considerado como un fármaco tocolítico.

El tocolítico de elección ha de ser siempre el más efectivo disponible y con el menor índice de efectos secundarios, tanto a corto como a largo plazo. Los betamiméticos son los que tienen mayor frecuencia de efectos secundarios. El atosiban, el nifedipino y la indometacina presentan menos efectos secundarios que los betamiméticos.

Cuando se combinan varios tocolíticos aumenta el riesgo de efectos indeseables.

No existe evidencia sobre el beneficio de la tocolisis en gestaciones gemelares con trabajo prematuro de parto. En este contexto los fármacos más empleados han sido el nifedipino y el atosiban. Una serie de casos publicados señalan una asociación entre el uso del nifedipino en embarazos múltiples con edema agudo de pulmón, lo que sugiere que el atosiban puede ser preferible al nifedipino en esta situación clínica.

**Tabla 4. Fármacos tocolíticos**

Fármaco	Pauta sugerida	Efectos secundarios y riesgos potenciales	Contraindicaciones	Vigilar	Comentarios
<b>Atosiban</b>  Antagonista de la oxitocina útero-específica	Paso 1: 0,9 mL x 1 min (bolo iv) Paso 2: perfusión continua de 24 mL/h x 3 h (iv) Paso 3: 8 mL/h x 45 h (iv) Se pueden repetir varios ciclos.	Dolor torácico, taquicardia, cefalea, náuseas y vómitos.	Hipersensibilidad al producto.	No precisa	Eficacia comparable al ritodrine con mínimos efectos secundarios.  Escaso impacto sobre los resultados perinatales.  Aprobado en España para el tratamiento de la APP.
<b>Ritodrine</b>  Simpaticomimético agonista de los receptores β-2	Inicial: 50-100 µg/min Aumento: 50 µg/min/10 min Máxima: 350 µg/min (iv)	Taquicardia, palpitaciones, arritmia, temblor, náuseas, vómitos, cefalea, dolor torácico, disnea, hipotensión, hiperglucemia, hipopotasemia, isquemia miocárdica.  Riesgo de edema pulmonar.  Muerte maternas descritas.	Gestaciones múltiples, diabetes mellitus mal controlada, enfermedad cardíaca materna, enfermedad tiroidea mal controlada, anemia severa.	Balance hídrico, pulso (<130 lpm), tensión arterial, frecuencia respiratoria, electrolitos (K), glucosa	Su uso como tocolítico de elección ha disminuido a favor de otros fármacos.  Retirado en algunos países y contraindicado en gemelares.  No es eficaz via oral.  Aprobado en España para el tratamiento de la APP.
<b>Nifedipino</b>  Bloqueante de los canales de calcio	Dosis inicial de 10 mg oral, seguido de otra dosis si persiste la dinámica cada 15-20', con un máximo de 40 mg en la primera hora. Posteriormente 20 mg/6-8 h x 2-3 días (dosis máxima 160 mg/día, >60 mg/día, aumentan los efectos secundarios) <sup>[28]</sup>	Palpitaciones, sofocos, cefalea, náuseas y vómitos, vértigos, hipotensión transitoria, enrojecimiento facial  Prudencia si se emplea junto con SO <sub>4</sub> Mg.	Enfermedad cardíaca materna, hipotensión, disfunción hepática  Mayor riesgo de edema pulmonar si se emplea en diabetes o gemelares.	Tensión arterial	Superior a los β-miméticos en meta-análisis. No hay estudios <i>randomizados</i> comparándolo con placebo o sin tratamiento.  No está aprobado en España su uso como tocolítico.
<b>Indometacina</b>  Inhibidor de la COX	Inicial: 50-100 mg oral o rectal, seguido de 25-50 mg cada 6 horas oral o 100 mg/12 h rectal	Náuseas, pirosis.  Fetales: oligoamnios, cierre precoz del ductus arterioso, hipertensión pulmonar, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante.	Disfunción hepática o renal, úlcus gástrico, asma inducida por fármacos, alteraciones de la coagulación o trombopenia.	ILA diario si tratamiento de >48 horas de duración (suspender si ILA<5)  IP del ductus (suspender si <2cm/seg)	Eficacia demostrada en estudios control, <i>randomizados</i> y prospectivos.  No usar en ≥32 semanas  No está aprobado en España su uso como tocolítico.

## CORTICOIDES

Los corticoides antenatales se asocian con una reducción de la mortalidad neonatal, síndrome de distrés respiratorio y hemorragia intraventricular.

En pacientes con riesgo de tener un parto pretérmino, se deben administrar corticoides a las gestantes con una edad gestacional comprendida entre las 24+0 y 34+6 semanas, tanto en gestaciones únicas como múltiples.

El uso de corticoides puede considerarse incluso en gestaciones de 23+0-23+6 semanas con riesgo de prematuridad, siempre teniendo en cuenta el caso clínico concreto y la tasa de supervivencia del propio centro en este periodo de gestación. La decisión debe ser tomada por especialistas con experiencia e informando adecuadamente a los padres.

La máxima eficacia de los corticoides para reducir la dificultad respiratoria se da cuando el parto ocurre entre las 24 horas y los 7 días de la segunda dosis de corticoides. No obstante, los corticoides reducen la mortalidad neonatal ya en las primeras 24 horas tras la administración de la primera dosis y el efecto beneficioso se mantiene incluso más allá de los 7 días. Por tanto, deben administrarse salvo que se prevea un parto inminente en menos de una hora.

La diabetes, los trastornos hipertensivos del embarazo, la rotura prematura de membranas o el crecimiento intrauterino restringido no son una contraindicación para el empleo de corticoides antenatales.

En el año 2011 se ha publicado una revisión sistemática en la base de datos Cochrane que comparan las dosis repetidas de corticoides frente a la dosis única. Los autores de la revisión concluyen que los resultados del metaanálisis apoyan el uso de dosis repetidas de corticoides prenatales en las mujeres que han recibido un ciclo inicial de corticoides prenatales siete o más días antes y todavía presentan riesgo de parto pretermino, dado que esta conducta tiene un beneficio clínicamente relevante a corto plazo, en forma de disminución del SDR y de problemas de salud graves en las primeras semanas después del nacimiento. Quedan pendientes de conocer los efectos beneficiosos y los riesgos a largo plazo para la mujer y el recién nacido.

Los criterios para el empleo de ciclos múltiples de corticoides antenatales son:

- Usarse tan solo en aquellos casos en que estén indicados. Es decir, solo si existe riesgo objetivo de parto pretermino en los próximos 7 días. No se deben usar de forma profiláctica sin que exista un riesgo objetivo de parto pretermino. Hay que ser rigurosos en la valoración del riesgo y no pautarlos "por si acaso".
- Empleo del menor número de dosis posible. Parece prudente no sobrepasar las 6 dosis en total.
- Ser conscientes que el mayor efecto se obtiene cuando la dosis se ha puesto en los siete días previos al parto.

## **NEUROPROTECCION FETAL**

Los recién nacidos pretermino tienen un riesgo aumentado de sufrir daño neurológico como parálisis cerebral o discapacidades físicas y sensoriales. Son varios los metaanálisis y revisiones sistemáticas que han demostrado que el sulfato de magnesio administrado antes del parto puede reducir el daño cerebral en los grandes pretérminos que sobreviven. El número necesario de casos a tratar para evitar una parálisis cerebral es de 63 (IC 95%: 43-155).

## **ANTIBIOTICOS PROFILAXIS EGB**

El tratamiento sistemático con antibióticos en pacientes con APP y bolsa íntegra no es eficaz para prolongar la gestación. Por ello, los antibióticos no deben emplearse de forma rutinaria, salvo que la APP se acompañe de una rotura prematura de membranas o exista una patología asociada que requiera tratamiento específico. Sin embargo, sí que debe realizarse profilaxis del estreptococo grupo B (EGB) en los casos indicados (figura 3).

Se debe de tomar una muestra de exudado vagino-rectal para la detección del EGB a todas aquellas gestantes que ingresen por APP, salvo que se haya realizado en las 5 semanas previas.

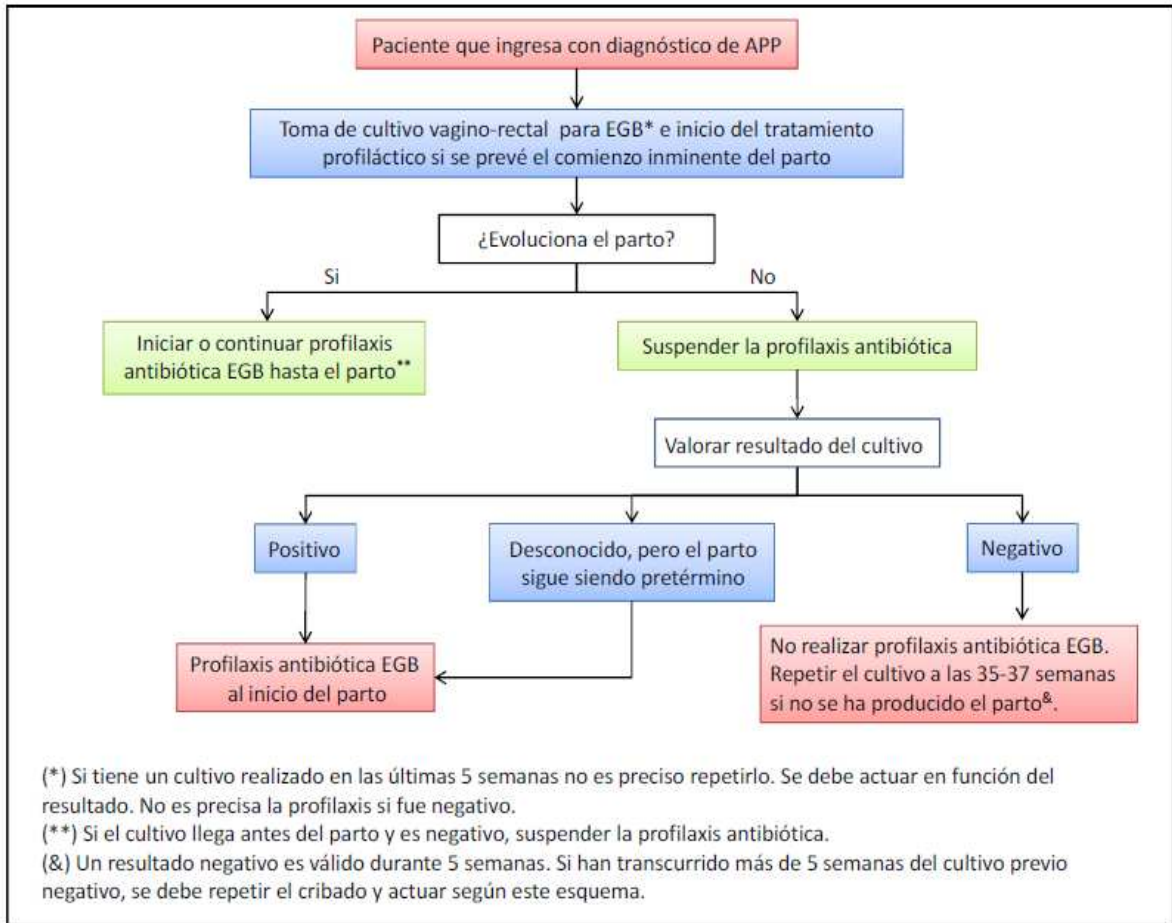
En los casos de APP con bolsa íntegra, el tratamiento profiláctico se iniciara cuando se prevea que el parto es inminente, mientras que en los casos de rotura prematura de membranas, la profilaxis se iniciara ya desde el momento del ingreso. La antibioterapia profiláctica del EGB debe suspenderse si se determina que la paciente no presenta un verdadero trabajo de parto o si el resultado del cultivo es negativo. Si el resultado del cultivo fuera positivo, se instaurara de nuevo la profilaxis cuando el parto se reinicie.

Las gestantes con APP y tocolisis exitosa a las que se les ha realizado un cultivo y este es negativo, si son readmitidas por trabajo de parto pretermino se les debe volver a practicar el cultivo en el caso de que hayan pasado más de 5 semanas.

El cultivo negativo no excluye el uso de antibióticos si existiera otra indicación para su empleo.



**Figura 3. Cribado del EGB y profilaxis intraparto en gestantes con APP.**



### **CONDUCTA DESPUES DE UN EPISODIO DE APP. OTRAS EVIDENCIAS**

El manejo de aquellas gestantes que han tenido una APP que no ha finalizado en un parto pretermino presenta muchos aspectos controvertidos.

- Control hospitalario vs ambulatorio. No existe evidencia que apoye que el mantenimiento del ingreso hospitalario aumente las semanas de gestación con respecto a las gestantes que, una vez que han recibido la maduración pulmonar completa, son dadas de altas con control ambulatorio.
- Monitorización de la dinámica uterina domiciliaria. Los diferentes estudios publicados señalan que no proporciona ningún beneficio, por lo que no se recomienda su uso.
- Reposo en cama. No existe evidencia de que el reposo en cama sea efectivo en la prevención del parto pretermino. Debido a los efectos del reposo absoluto en cuanto a la pérdida de masa ósea y muscular y el riesgo de trombosis venosa profunda, sin claro beneficio sobre la prevención de la prematuridad, el reposo en cama no está indicado.
- Ejercicio. Debido a una modesta asociación encontrada entre el trabajo que requiere actividad física y el parto pretermino, se aconseja que las pacientes que han presentado un episodio de APP modifiquen su actividad física, evitando el trabajo físicamente extenuante o la bipedestación prolongada.
- Actividad sexual. Debido al aumento de la actividad miométrica producida por el coito, parece razonable aconsejar evitar las relaciones sexuales tras un episodio de APP.
- Tratamiento de mantenimiento con tocolíticos. No existen evidencias de que el tratamiento de mantenimiento con ninguno de los tocolíticos de uso habitual sea de utilidad para prolongar la gestación. Por lo tanto, no se recomienda su uso.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- J. A. Usandizaga, P. de la Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología, Mc Graw Hill, 2º edición, 2004, 365- 375.
- 2.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en Obstetricia. Amenaza de Parto Pretérmino (Actualizado junio 2012). Accesible en <http://www.prosego.com/index.php>.
- 3.- Zapadiel Gutierrez I., De la Fuente Valero J., Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología, Ed Habe, 2008, 31-33.