

ción muy llamativa del número de estas glándulas horas antes de iniciarse el parto.

Por otro lado, la presencia de fibronectina fetal en mujeres que presentan síntomas de amenaza de parto entre las 24 y 34 semanas constituye un marcador bioquímico fiable, y puede detectarse mediante una prueba sencilla.

Tratamiento preventivo del parto pretérmino

Una vez identificada la gestante con riesgo, se deben corregir, si es posible, los factores relacionados con la etiología del parto pretérmino. En algunos casos, será necesario reducir el ejercicio físico e incluso aconsejar reposo o modificar las condiciones del trabajo. Por ejemplo, cuando éste requiere cargar con objetos pesados, o utilizar máquinas vibratorias, o cuando provoca en la mujer un estrés importante y continuo, o cuando la obliga a estar durante mucho tiempo de pie.

Hay que insistir sobre los efectos negativos del consumo de tabaco, alcohol o drogas, y orientar sobre la alimentación apropiada.

En el programa de prevención del parto pretérmino tiene gran importancia la concienciación y educación de los médicos y demás personal sanitario, que deben conocer el riesgo del parto pretérmino, los métodos para medir dicho riesgo y las medidas elementales que se deben aplicar para la prevención del mismo. Igualmente se debe informar a la mujer sobre los signos premonitorios del trabajo de parto pretérmino, para que acuda rápidamente al hospital (Cuadro 9-20).

En las mujeres que tengan una insuficiencia ístmico-cervical, la práctica de un cerclaje (véase Cap. 8) evitará en muchos casos el nacimiento prematuro del niño. El parámetro clínico que permite establecer el

Cuadro 9-20. Signos premonitorio de trabajo de parto pretérmino

- Dolores de tipo menstrual (continuos o cólicos) por encima del pubis
- Dolor en la región lumbar (continuo o no)
- Sensación de presión en la pelvis
- Dolor abdominal con o sin diarrea
- Aumento de la cantidad o cambio de las características del flujo vaginal (acuoso, mucoso, espeso o claro)
- Pérdida de líquido a través de la vagina
- Hemorragia vaginal
- Contracciones uterinas cada 10 minutos o menos, en principio poco dolorosas

diagnóstico de incompetencia cervical durante el embarazo temprano es la valoración del cérvix, unida a la historia de abortos tardíos, o de partos pretérmino anteriores.

El control y tratamiento correcto de las enfermedades que se asocian al parto pretérmino (diabetes, hipertensión, etc.) contribuirán también a prevenir la prematuridad, así como la detección selectiva y el tratamiento de las infecciones vaginales. Y, por último, como se ha señalado anteriormente, es imprescindible la detección y el correcto tratamiento de las infecciones urinarias.

En cualquier caso es necesario que las pacientes consideradas de riesgo hagan reposo, el cual incluye la abstención de relaciones sexuales. El reposo difícilmente podrá ser absoluto, pero debe ser lo más estricto posible, permaneciendo en cama por la noche durante 10 horas y acostándose durante el día, por la mañana y por la tarde, en períodos de 1 hora, siempre en decúbito lateral.

Muy controvertido es el uso profiláctico de fármacos, como la progesterona o los tocolíticos, a los que haremos posteriormente referencia. No existe unanimidad sobre su eficacia.

Conducta ante la amenaza de parto pretérmino

Se sospecha una amenaza de parto pretérmino cuando se detecta la presencia de una actividad uterina, regular o irregular, que suponga la existencia de una o más contracciones en 10 minutos, durante un tiempo mínimo de una hora.

Algunos exigen para hacer el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que existan contracciones regulares, dolorosas, con una duración superior a los 30 segundos y una frecuencia de una o más en diez minutos, con borramiento y dilatación cervical progresivos. A nuestro entender éstos son unos criterios muy estrictos, pues, cuando se aplican, existe el riesgo de que durante la fase de observación exigida se produzca una dilatación cervical superior a 3-4 cm que haga ineficaz el tratamiento por iniciarse demasiado tarde.

Nosotros somos partidarios de hacer una exploración genital en el momento del ingreso y a continuación practicar un registro cardiotocográfico externo, durante treinta minutos, con lo cual se puede cuantificar el índice tocolítico publicado por Baumgarten (1977) y modificado por nuestro equipo (Cuadro 9-21). Cuando dicho índice es igual o superior a tres, se establece el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y se inicia el tratamiento si no hay ninguna