

NACERLATINOAMERICANO www.nacerlatinoamericano.org

Dr. Pantoja: mpantoja@ufro.cl

Pregunta: Antibióticos en la Amenaza de Parto Prematuro SIN Ruptura Prematura de las Membranas.

Dr. Haroldo Capurro
Dr. Ricardo Velasco

Actualización: marzo 2009

AMENAZA DE PARTO PREMATURO SIN RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS

INTRODUCCION

Más de la mitad, de los nacimientos espontáneos de pretérmino están relacionados con una infección. Muchos trabajos han investigado la administración de antibióticos en la Amenaza de Parto de Pretérmino (APP) en caso de que no se haya detectado una ruptura prematura de membranas (RPM).

No hay dudas, de la necesidad de antibióticos en caso de APP y RPM, pero existen otras infecciones materno-fetales que sin RPM detectada, que pueden incrementar la posibilidad de parto de pretérmino. Frente a toda APP, se debe investigar esta posibilidad y alguna de ellas, resumiremos en este documento.

CLAMIDIA y EMBARAZO

Un estudio de 350 mujeres cursando entre el primero y tercer trimestre del embarazo, se les recogió una muestra endocervical para diagnosticar clamidia trachomatis por DFA (Anticuerpos de Fluorescencia Directa) y PCR (Proteína C Reactiva). Después de descartar otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), 328 gestantes fueron incluidas en el estudio (1).

El grupo I (17 mujeres) se administró tratamiento anti-clamidia a ella y su pareja (500 mg/4 veces por día durante 7 días). Otras pacientes clamidias positivas fueron perdidas en el seguimiento y consideradas como no tratadas (grupo II N = 42) y el grupo III (N = 269) fueron negativas a la clamidia y actuaron como controles. Del total de mujeres (N = 350) 18,8% fueron positivas a las clamidias y en un porcentaje entre 0,5% y 2% se acompañaron de candida, tricomonas, vaginosis bacteriana y treponema pallidum.

De las 17 mujeres del grupo I, 15, se volvieron clamidias negativas después del tratamiento. La edad gestacional al nacer fue de 35,5 semanas vs 33,1 semanas en relación con el grupo II (p < 0,05). La mortalidad fetal fue mayor en el grupo II (consideradas no tratadas) que en el grupo III (clamidia negativa) (11,5% vs 4,7%) no habiendo muertes en el grupo I (tratadas). Se concluye que el tamizaje para

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

clamidias en gestantes de riesgo, puede reducir efectos adversos de la gestación.

Un estudio previo (2) tuvo como objetivo investigar la importancia de la clamidia trachomatis y la incidencia de parto prematuro. Para ello incluyeron 6.161 pacientes, encontrando una frecuencia de infección de 5,74%. No se encontró diferencia con bajo peso al nacer, RPM y dismadurez. Sin embargo la infección estaba elevada los casos de amenaza de parto prematuro. Las muertes perinatales eran más frecuentes que en los controles (no infección por clamidia). Concluye que el antecedente de pobre historia obstétrica y el bajo nivel social, constituyen un alto riesgo de infección por clamidia que deben ser identificados y en caso de ser positivos tratados.

VAGINOSIS BACTERIANA

La vaginosis bacteriana es un desbalance entre la flora vaginal normal y el exagerado crecimiento de bacterias anaeróbicas así como una carencia del lactobacilo que con su producción de hidrógeno peroxidasa protege de crecimiento anaeróbico. Se acompaña a su vez con malos resultados del embarazo y que con tratamiento se podría revertir la situación sobretodo en lo que se refiere a nacimientos de pretérmino.

Una revisión sistemática de MacDonald (3) tuvo como objetivo, estimar el efecto del tratamiento antibiótico (ATB) en caso de vaginosis bacteriana durante el embarazo.

Para ello, se seleccionaron 13 ensayos clínicos randomizados controlados, que incluyeron 5.300 mujeres y todos ellos de buena calidad metodológica. Se compararon los resultados de los grupos a los cuales se les administró ATB, con los grupos a los que no se les administró antibióticos.

Los resultados mostraron, que el tratamiento con cualquier tipo de ATB reducen significativamente la vaginosis bacteria (OR = 0,21 IC 95% 0,19-0,24) y ello sucede tanto con la administración oral o por vía vaginal. Pero no hay diferencias entre ambos grupos en cuanto a infección post-parto (OR = 0,67 IC 95% 0,39-1,17), muerte perinatal (OR = 2,17 IC 95% 0,72-6,54), incidencia de rotura prematura de membranas (OR = 0,88 IC 95% 0,61-1,28) partos de pretérmino a ninguna edad gestacional, incidencia de bajo peso y sepsis neonatal. Sin embargo en mujeres con antecedentes de parto de pretérmino, el tratamiento no incrementa el riesgo de un nuevo nacimiento de pretérmino en subsiguientes embarazos (OR = 0,83 IC 95% 0,59-1,17) y podría disminuir la rotura prematura de membranas (diferencia no significativa) (OR = 0,14 IC 95% 0,05-0,38) y el bajo peso al nacer, diferencia significativa (OR = 0,31 IC 95% 0,13-0,75) en futuras gestaciones.

Se concluye que el tratamiento con ATB erradica la vaginosis bacteriana, pero no hay evidencia de que prevenga el nacimiento de pretérmino. Sólo en embarazadas con antecedentes de partos pretérmino podría existir una evidencia, ya que en estos casos se disminuye el riesgo de rotura prematura de membranas y con ello reducir inicio de trabajo de parto prematuro en el futuro.

MICOPLAMA Y RIESGO DE PRETERMINO

El objetivo del estudio de Morency (4) fue evaluar el efecto de los ATB macrólidos y su asociación con nacimientos de pretérmino. El mismo incluyó gestantes en el 2do trimestre de embarazo y fueron compararlos con placebo. Se incluyeron 1.807 mujeres, todas ellas consideradas de alto riesgo de pretérmino (fibronectina positiva, infección urogenital a micoplasma, antecedentes de parto de pretérmino y un peso materno pregestacional menor de 50 Kg). El grupo al que se les administró macrólidos tuvieron menos frecuencia de nacimiento de pretérmino (RR = 0,72 IC95% 0,56-0,93) y lo mismo sucedió con la clindamicina (RR = 0,68 IC95% 0,49-0,95), pero no con el uso de metronidazol, usado frecuentemente para la vaginosis bacteriana y la tricomonas vaginales.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Son varios los estudios que señalan que la periodontitis crónica son factores de riesgo de nacimientos de pretérmino.

El objetivo del presente estudio (5) analiza la efectividad del tratamiento periodontal durante el embarazo, en mujeres con amenaza de parto de pretérmino. Ello incluye higiene oral y terapia periodontal, incluyendo muchas veces el tratamiento con antibióticos. Comparados con los controles (sin periodontitis) redujo el nacimiento de pretérmino ($p = 0,015$), sobretodo si el mismo es completado antes de las 35 semanas.

COMENTARIOS

Una completa revisión sobre el parto de pretérmino (6) explicita que debido a la frecuente asociación de las infecciones y el parto de pretérmino, se ha intentado la terapia con antibióticos aún con membranas ovulares intactas con el fin de disminuir la prematuridad, morbilidad y mortalidad neonatal.

En caso de membranas integra King y Flenady (7 King) hicieron una revisión sistemática que incluyeron 11 artículos de buena calidad metodológica e incluyeron 7.428 mujeres. Se compararon la administración de diferentes tipos de ATB (solos o combinados) en caso de membranas integra con placebo o no tratamiento. En el grupo intervenido no se prolongó la duración del embarazo, pero se redujo significativamente a infección materna (RR = 0,74 IC95% 0,64-0,87). Sin embargo no demostraron diferencias en cuanto a

sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, ni tampoco reducción de las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Esto coincide con el trabajo de Egarter (8) que incluyó 795 pacientes, y no encuentra ninguna diferencia los grupos a los que se les administró ATB en comparación con los que no se administró, en relación con la frecuencia de factores adversos materno perinatales.

CONCLUSIONES

Frente al diagnóstico de infección aún sin ruptura de las membranas, la necesidad de tratamiento antibiótico durante el embarazo, es una necesidad, no solo para reducir la probabilidad de parto de pretérmino en la amenaza de parto prematuro, sino también para conservar la salud materna fetal.

Pero, los resultados globales de la revisión sistemática de King y Flenady no permiten formular la recomendar en caso de membranas intactas en la amenaza de parto prematuro los ATB. Ellos no están indicados como profilácticos en la rutina, sino reservarse para casos de infecciones demostradas. Similares resultados había encontrado previamente (1996) Egarter en Austria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Rastogi S, Das B, Salhan S, Mittal A. Effect of treatment of Chlamydia trachomatis during pregnancy. Int Gynaecol Obstet. 2003 Feb;80(2):129-37.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12566185?ordinalpos=13&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 2) Kovacs L, Nagy E, Berbik I, Meszaros G, Deak J, Nyári T. The frequency and the role of Chlamydia trachomatis infection in premature labor. Int J Gynaecol Obstet. 1998 Jul;62(1):47-54.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9722125?ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 3) McDonald H, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Database Syst Revi. 2007 Jan Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software. Substantive amendment was last made 2005⊗1)CD000262
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17253447?ordinalpos=13&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- 4) Morency Am, Bujold E. The effect of second trimester antibiotic therapy on the rate of preterm birth. J Obstet Gynaecol Can. 2007 Jan;29(1):35-44.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17346476?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 5) Radnai M, Pal A, Novak T, Urban E, Gorzo I. Benefits of periodontal therapy when preterm birth threatens. J Dent Res. 2009 r;88(3):280-4.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19329465?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
- 6) Fernando Althabe, Guillermo Carroli, Roberto Lede, José M Belizán y Omar Althabe. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Revista Panamericana de Salud Pública Vol.5 n.6 Washington June 1999.
<http://en.scientificcommons.org/1463705>
- 7) King J, Flenady V. Antibióticos profilácticos para el trabajo de parto prematuro co membranas intactas. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2008 DOI:CD000246.pub 1. Ultima modificación 21 agosto 2002.
<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=Antibi%F3ticos%20and%20profil%E1cticos%20and%20para%20and%20el%20and%20trabajo%20and%20de%20and%20parto%20and%20prematuro%20and%20co%20and%20membranas%20and%20in%20tactas&lang=es>
- 8) Egarter C, Leitich H, Husslein P, Kaider A, Schemper M. Adjunctive antibiotic treatment in preterm labor and neonatal morbidity: a meta-analysis. Obstet Ginecol 1996;88:203-309.
<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=BCP&searchExp=Antibi%F3ticos%20and%20profil%E1cticos%20and%20para%20and%20el%20and%20trabajo%20and%20de%20and%20parto%20and%20prematuro%20and%20co%20and%20membranas%20and%20in%20tactas&lang=es>