

# 134

MEG:  
70515  
M. 3329.  
2002

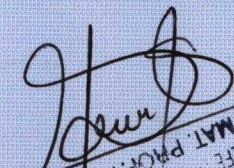
**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**GESTIÓN MANEJO DE LA AMENAZA DE  
PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL OBRERO N° 2 DE LA CAJA  
NACIONAL DE SALUD**

2001 010  
2002 ✓

**AUTOR : DRA. LILIANA MARIACA SAENZ**  
**RESIDENTE 1 GINECO-OBSTETRICIA**

**TUTOR : DR. FRANZ AVALOS SALAZAR**

  
JEFE DE  
MAT. PROF. AVALOS SALAZAR  
CO-OBSTETRICIA  
DR. Franz Avalos Salazar

# INDICE

Pág.

## RESUMEN

### CAPITULO I

INTRODUCCION .....	1
1. OBJETIVOS .....	2
2. MARCO TEORICO .....	3
3. VARIABLES .....	8

### CAPITULO II

DISEÑO Y METODOLOGIA .....	9
----------------------------	---

### CAPITULO III

RESULTADOS Y ANALISIS .....	11
-----------------------------	----

### CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	21
BIBLIOGRAFIA .....	23

## ANEXO

Del análisis realizado se extrajeron las siguientes recomendaciones.

### **RESUMEN**

- Detección precoz de los factores de riesgo y oportuno tratamiento
- Enseñar a las pacientes gestantes los síntomas y signos de riesgo
- Brindar a la mujer embarazada una atención médica adecuada.

El presente estudio pretende identificar las pacientes con amenaza de parto pretérmino que cumplen los criterios de evaluación, determinar las causas más frecuentes, el tratamiento realizado y la terminación del embarazo en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital obrero N°2.

El estudio realizado es descriptivo y transversal, se tomó como universo a un total de 2540 pacientes obstetricia hospitalizada en el servicio, en el periodo comprendido de marzo a diciembre del 2001. Para la selección de la muestra se tomo en cuenta a pacientes obstétricas hospitalizadas con diagnostico de amenaza de parto pretérmino total 173.

La incidencia de amenaza de parto pretérmino 6,8% de los pacientes obstétricas hospitalizadas en el servicio, solo el 11,61 presenta la triada clásica de amenaza de parte pretérmino,

El tratamiento mas utilizado en la mayoría de las pacientes fue reposo y antiespasmódico.

## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN.

Amenaza de parto pretermino es el riesgo que presentan las pacientes que cursan con embarazo de 20 a 37 semanas, además de contracciones uterinas y modificaciones cervicales.

Es importante detectar una amenaza de parto pretérmino para así evitar que se llegue al trabajo de parto pretérmino y posterior nacimiento de un niño antes del término de su gestación.

Una de las causas más importantes de morbilidad perinatal en Latinoamérica es el nacimiento de un niño antes del término de su gestación, debido a diferentes factores que evitan el normal desarrollo del embarazo.

En la actualidad en los países en desarrollo el 75% de muertes neonatales se deben al nacimiento de niños prematuros (1). La mayoría de los niños nacidos después de las 34 semanas de gestación sobreviven por los avances y la atención especializada que brindan los neonatólogos.

El presente estudio pretende identificar las pacientes con amenaza de parto pretérmino que cumplen los criterios de evaluación y determinar las causas desencadenantes más frecuentes.

## 2. OBJETIVOS.

### 2.1 **Objetivo General.**

Determinar la incidencia y evolución de la amenaza de parto pretérmino en pacientes seleccionadas que presentan los criterios de evaluación, manejo y terminación del embarazo en el servicio de ginecología – obstetricia del Hospital Obrero N° 2 de la CNS, en el período de marzo a diciembre del 2001.

### 2.2 **Objetivos Específicos.**

- a) **Relacionar la edad materna con la amenaza de parto pretermino.**
- b) **Determinar edad gestaciones**
- c) **Relacionar la ocupación materna con la amenaza de parto pretermino**
- d) **Determinar antecedentes GOB.**
- e) **Identificar la patologías desencadenantes.**
- f) **Identificar tratamiento médico recibido**
- g) **Identificar la terminación o desenlace de las pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretermino.**

### 3. MARCO TEÓRICO.

Se denomina amenaza de parto pretérmino o parto prematuro aquel que cursa con embarazo de 20 a 37 semanas calculadas desde el primer día de la última menstruación.

(1)

El diagnóstico de amenaza de parto pretermino se basa en la edad del embarazo que oscila entre las 20-36 semanas de amenorrea. (3)

Se entiende por pretermino al recién nacido después de la semana 28 y antes de la 37 semanas (4).

Incidencia oscila entre el 2 y el 12%, (3). La causa se desconoce en la mayoría de los casos, la frecuencia de daños fetales debida a la prematuridad es de 40 veces más alto que en los partos normales. (1)

Etiología las principales causas de amenazas de parto predeterminado están asociados a tres grandes factores ambientales, socioeconómicos y educacionales: (3)

- a) ***La desnutrición (materno – fetal)***
- b) ***Infecciones (materna, ovular y fetal)***
- c) ***Embarazos múltiples***
- d) ***Rotura prematura de las membranas***
- e) ***Prematurez iatrogénicas por inducción o cesárea anticipada.***
- f) ***Hipertensión inducida por el embarazo***

g) **Hidramnios**

h) **Esfuerzo físico y estrés psíquico**

i) **Alteraciones úterocervicales**

El diagnóstico se basa en el examen clínico y se fundamenta en tres pilares: la edad del embarazo, las características de las contracciones uterinas y el estado del cuello. (1)

La edad del embarazo debe oscilar entre los 20 y 37 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos del laboratorio que confirman la edad gestacional, la altura uterina, fotometría, ultrasonográfica, y los parámetros de líquido amniótico, son parámetros que ayudan al diagnóstico del embarazo pretérmino. (1)

Las contracciones uterinas en un embarazo de pretérmino se caracterizan por causar dolor y se detectables por la palpación abdominal o por la tocografía externa. Su frecuencia deberá exceder los valores normales para la edad del embarazo. (1)

El cuello uterino debe presentar modificaciones con relación al último examen vaginal realizado. Los principales signos que se deberá considerar son el borramiento, dilatación y la posición del cuello uterino así como el apoyo de la presentación y el estado de las membranas ovulares. (1)

Los cambios cervicales son: borramiento cervical entre 50 y 80% observados por una misma persona, borramiento cervical igual o mayor al 80%, dilatación cervical de 2 cm.

Cuando los signos mencionados sobrepasan los patrones descritos para la amenaza de parto prematuro se trata de un trabajo de parto prematuro en etapa inicial que se debe diferenciar del trabajo de parto franco, que se establece cuando la dilatación cervical supera los 4 cm. (1)

Establecido el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, se debe comenzar de inmediato el tratamiento, que se basa en los siguientes objetivos:

- ***Evaluar las patologías médica y obstétricas que contraindiquen la prolongación de la gestación o el uso de las drogas habitualmente utilizadas.***
- ***Evaluar la condición fetal por métodos clínicos ultrasonográficos y cardiotocográficos, para descartar posibles contraindicaciones fetales de prolongación de la gestación.***
- ***Tratar la patología materna asociada que prueba ser la causa de la amenaza de parto prematuro.***

- |                | ATAQUE   | MANTENIMIENTO | VIA ORAL   |
|----------------|--|---------------|------------|
| - Ritodril     | Inducir madurez pulmonar en aquellos fetos con edad gestacional mayor de 26 y menor de 34 semanas. | 20 µg/min     | 4 mg 4-6 h |
| - Terbutalil   | Paciente hospitalizada, con reposo absoluto en cama.(1)  |               | 5 mg 4 h   |
| - Nifedipina   | En general los útero inhibidores son efectivos en un 80% de las amenazas de parto pretermino.(4)   | 1 µg/min      |            |
| - Betametasona | Entre estos tenemos: los β-adrenergicos derivados de la adrenalina.                                |               | 6-12 h     |

- El tratamiento se realiza en las gestantes con amenaza de parto pretermino y bolsas integras. El tratamiento con  $\beta$ - adrenergicos no debe realizarse en los casos que existe sufrimiento fetal crónico o retraso de crecimiento, además la preeclampsia puede agravarse especialmente por la retención hídrica.(4)
- Las contra indicaciones de origen materno en el tratamiento con  $\beta$ - adrenergicos comprenden: enfermedades hipertensivas, cardiovasculares, hipertiroidismo anomalías uterinas, infección intrauterina y diabetes. (4)
- Una de las posibles causas en el fracaso del tratamiento con  $\beta$ -adrenergicos es el llamado "fenómeno de escape" donde el útero no responde al efecto relajador de los  $\beta$ -adrenergicos a pesar de aumentar la dosis la contractilidad uterina sigue aumentando, se cree que este fenómeno se debe a la desensibilización de los receptores de membranas de las células miometriales.(4)

**DOSIFICACION DE LOS B-ADRENERGICOS (4)**

	DOSIS DE ATAQUE	MANTENIMIENTO	VIA ORAL
Ritodrina	200 $\mu$ g/min.	50-100 $\mu$ g/min.	10 mg/4-6 h
Salbutamol	50 $\mu$ g/min.	20 $\mu$ g/min.	4 mg/ 4-6 h
Terbutalina	50 $\mu$ g/min.	10- 25 $\mu$ g/min.	5 mg/ 8 h
Hexoprenalina	0.5 $\mu$ g/min.	0. 075 $\mu$ g/min.	-
Fenoterol	3 $\mu$ g/min.	1 $\mu$ g/min.	-
Clembuterol	-	-	0.02 mg/6-12 h

Los betamiméticos se deben usar en dosis mínima necesaria para lograr la inhibición de la contractilidad uterina y así evitar efectos cardiovascular indeseables. Taquicardia materna superior a 120 latidos/minuto y caída de la presión arterial superior al 15% de los valores previos a la administración de la droga, aconsejan la suspensión del tratamiento.

- Hidratación con 500 ml de Ringer Lactato por IV en 1h (2)

En pacientes hipotensas o que desarrollan una marcada hipotensión con la administración del betamimético, éste debe ser reemplazado por *etiladrianol en dosis de 250-500 mg/min.*, por *vía endovenosa.* (4)

Variable dependiente:

No es necesario abolir totalmente las contracciones uterinas, no obstante, se debe intentar reducir la actividad uterina a una *frecuencia menor de 2 a 3 contracciones por hora.* (4)

- Edad materna

- *Indometacina por vía rectal, 100 mg/día por 72 h, sólo en embarazos con edad gestaciones inferior a las 31 semanas.*(1)

- Ocupación

**Sulfato de magnesio:**

- Patologías desencadenantes

- Dosis de carga:

4 gr. en 100 ml de suero fisiológico o glucosado 5%

Administrar en 20-30 minutos (2)

- Mantención: 2 g/hora, durante 4 horas y finalmente 1 g/h(5)
- Monitoreo
  - Diuresis mayor de 30 ml/hora
  - Frecuencia respiratoria: mayor 15 x minuto
  - Reflejos osteotendinosos. (1)
- 1 Hidratación con 500 ml de Ringer Lactato por EV en 1h (2)

#### 4. VARIABLES.

##### Variable dependiente.

- Amenaza de parto pretérmino

##### Variables independientes.

- Edad materna
- Edad gestaciones
- Antecedentes GOB.
- Ocupación
- Estado Civil
- Patologías desencadenantes
- Síntomas y signos
- Tratamiento médico
- Terminación o desenlace del embarazo