

Actuación de Enfermería en la Amenaza de Parto Pretérmino (A.P.P.)

INTRODUCCIÓN:

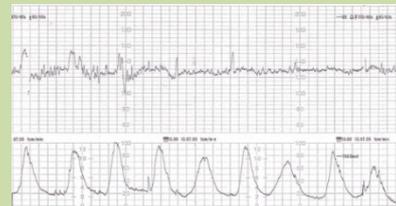
La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones uterinas después de la semana 20 y antes de la 37 semanas de gestación cumplidas, con membranas intactas, más una actividad uterina documentada consistente en contracciones uterinas con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, de 30 segundos de duración, con borramiento del cérvix de 50% o menos y una dilatación igual o menor a 2 cm.

El manejo de la A.P.P va dirigido a:

- Reducir las contracciones uterinas (administración de tocolíticos).
- Inducir la maduración pulmonar fetal (corticoides).
- Identificar y tratar la causa de la A.P.P.

La A.P.P. puede tener un origen multifactorial, en la mayoría de los casos desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática).

Objetivo: Reciclar los conocimientos por parte de enfermería sobre el abordaje a embarazadas que ingresan por amenaza de parto prematuro.



MÉTODO

Revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos y diferentes protocolos.

RESULTADO

Es imprescindible conocer las intervenciones a realizar por parte del personal de enfermería y los efectos adversos de la medicación para poder actuar lo antes posible si se presentasen.

Intervenciones de Enfermería en A.P.P.

- Reposo relativo o absoluto en cama (DLI), no estimulación abdominal
- Controlar dinámica uterina y pérdidas.
- Contención psicológica.
- Prevenir infecciones (RPM).
- Vía periférica, analítica (hemograma, bioquímica, coagulación, PCR)
- Urocultivo, exudado vaginal.
- Monitorización de constantes (TA, FC).
- Eco obstétrica y vaginal (cervicometría).
- Registro cardiotocográfico para registrar LCF y dinámica uterina.
- Administración de fármacos uteroinhibidores:
 - ❖ Antagonistas de receptores de oxitocina : ATOSIBAN (Tractocile®)
 - ❖ Fármacos Betamiméticos: RITODRINE (Pre-par®), amp de 50 mg IV y comp 10 mg VO.
 - ❖ Inhibidores de la síntesis y liberación de prostaglandinas: Indometazina (Inacid®); supositorio 100 mg VR y cápsulas de 25mg VO.
 - ❖ Bloqueadores del calcio: Nifedipino (Adalat®) cáp 10 mg VO.
- Primera dosis de corticoide → Betametasona. (Celestone cronodose® 12mg), 2ª dosis a las 24h. para inducir maduración pulmonar fetal. (hasta la 34SG).

Vigilar los efectos adversos con el tratamiento de Atosiban y Ritodrine:

- **Maternos:** taquicardia, hipotensión, retención urinaria y fecal, intolerancia a la glucosa, taquiflaxia, cefaleas, artralgias, hiperemia facial (rubor y calor), náuseas y vómitos, ansiedad, edema pulmonar.
- **Fetales:** arritmias, hipertiroidismo, hemorragia preparto, anemia, hipotonía y letargo, depresión respiratoria, hipoglucemia, hiperinsulinemia.

La tocólisis está contraindicada en las siguientes situaciones: sufrimiento fetal intrauterino o muerte fetal, sospecha de corioamnionitis; abruptio pacentae; hemorragia vaginal no diagnosticada; enfermedad materna grave (pre-eclampsia o eclampsia, infección grave).



CONCLUSIONES:

La amenaza de parto prematuro es el motivo más frecuente de ingreso hospitalario de las embarazadas. La tasa de partos prematuros oscila entre el 8 y el 10% de las gestaciones totales en España.

El nacimiento de un niño prematuro constituye un problema serio de salud perinatal y es la mayor causa de morbi-mortalidad perinatal.

Es importante conocer la actuación de enfermería ya que una rápida instauración de los cuidados, así como la administración de medicación, reduce el tiempo de atención a las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Guía práctica de urgencias en ginecología y obstetricia (acorde a los protocolos de la SEGO). Mayo 2008. (acceso el 23 de marzo de 2015) Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf
- Pato M, et al. El tractocile como tratamiento de mantenimiento en la amenaza de parto prematuro en casos seleccionados. Clin Invest Gin Obst. 2011. doi:10.1016/j.gine.2009.09.011