




 <b>Servicio Andaluz de Salud</b> <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>

<b>Elaborado por</b>  <b>REBECA RIQUELME RAYA</b> <b>LIDIA RIOS GARCÍA</b>	<b>Revisado por</b>	<b>Aprobado por</b>
<b>Firma y sello</b>	<b>Firma y sello</b>	<b>Firma y sello</b>
<b>Categoría profesional</b>  <b>Matronas</b>	<b>Categoría profesional</b>	<b>Categoría profesional</b>

 <p>Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b></p>	<p><b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b></p>	 <p><b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b></p>
	<p><b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b></p>	<p><b>PC-CHUG-01</b></p>

## **ÍNDICE**

1. Definición.
2. Diagnostico
3. Objetivos.
  - Objetivo general
  - Objetivos específicos
4. Ámbitos de aplicación.
5. Asignación de responsabilidades.
6. Metodología y Descripción.
7. Tratamiento.
8. Bibliografía.
9. Anexos.

 Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>

## **1.- DEFINICIÓN.**

La amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático caracterizado por contracciones uterinas y cambios cervicales que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto antes de las 37 semanas completas de gestación, aunque la necesidad de tratamiento se limitará a gestaciones de menos de 34+6 semanas.

## **2.-DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico de APP se basa en la aparición de contracciones uterinas y en la presencia de modificaciones cervicales.

La valoración de la dinámica uterina debe hacerse mediante registro cardiotocográfico externo.

### **Contracciones uterinas**



Desde un punto de vista clínico, los síntomas que las pacientes refieren son con frecuencia inespecíficos: dolor sordo en hipogastrio, molestias similares a las menstruales, sensación de peso o presión en hipogastrio, dolor cólico abdominal, aumento del flujo vaginal, etc....Otras veces los síntomas son más claros y la paciente percibe contracciones uterinas dolorosas, salida de líquido por los genitales o sangrado vaginal.

Para quedar incluido como criterio diagnóstico de APP se considera necesaria la presencia de 4 contracciones/20-30 min. o bien 8/60 min., que sean percibidas por la gestante.

### **Valoración del cérvix**

Las modificaciones cervicales son la base del diagnóstico de la APP. Para su valoración disponemos del test Actim Partus®, tacto vaginal y ecografía transvaginal, siendo éste último el más utilizado y objetivo.

- **Tacto vaginal.** En él debe valorarse la dilatación, borramiento, posición y consistencia del cuello así como la altura de la presentación fetal.
- **Valoración del cérvix por ecografía.** La mejor manera de medir la longitud cervical es mediante ecografía transvaginal. Se realiza con la sonda vaginal y con la vejiga de la paciente vacía.
- **Test Alere Actim Partus.** Es un test inmunocromatográfico en tira basado en anticuerpos monoclonales que detectan la presencia de la proteína IGFBP-

 <p>Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</p>	 <p>UGC de Obstetricia y Ginecología</p>
	<p>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</p>	<p>PC-CHUG-01</p>

1 fosforilada (proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 fosforilada) en secreciones cervicales. Ayuda a determinar el riesgo de parto pretérmino. Es una prueba clínica rápida y sencilla que se utiliza para calcular la probabilidad de aparición de parto prematuro durante el embarazo. La concentración de IGFBP-1 fosforilada en un cuello uterino maduro es más elevada que en un cuello uterino inmaduro.

Un resultado positivo en una muestra libre de sangre indica que las membranas fetales se están desprendiendo de la decidua y que IGFBP-1 fosforilada aparece en las secreciones cervicales.

Está indicado para predecir el parto prematuro o la susceptibilidad de parto a término cuando las membranas fetales están intactas.

Un resultado negativo es una clara indicación de que la paciente no entrará en parto durante 7-14 días.



### **3.- OBJETIVOS.**

#### **Objetivo general**

Establecer y unificar los cuidados de enfermería prestados por las matronas, a las mujeres ingresadas en la planta de hospitalización con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro, en el Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

#### **Objetivos específicos**

1. Garantizar la calidad de los cuidados prestados a las mujeres ingresadas por APP.
2. Estandarizar los cuidados de enfermería necesarios.
3. Proporcionar los cuidados de enfermería necesarios para garantizar el confort, el bienestar y la seguridad a la gestante ingresada por APP.
4. Disminuir la ansiedad que se produce por déficit de conocimientos.

 Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>

#### **4.- ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

Planta de hospitalización de gestantes del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

##### **Alcance de los procesos**

Este procedimiento afecta a todas las matronas del área de obstetricia del complejo hospitalario Universitario de Granada.

#### **5.- ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES.**

La aplicación de este protocolo forma parte de las competencias y responsabilidades de los profesionales de distintas categorías implicados en la asistencia a las madres gestantes:

- ✓ Matronas.
- ✓ Obstetras.
- ✓ Auxiliares de enfermería.
- ✓ Enfermeras de la unidad neonatal.



#### **6.- METODOLOGIA Y DESCRIPCIÓN.**

La amenaza de parto prematuro (APP) es la causa más común de hospitalización en la segunda mitad del embarazo e implica estancias prolongadas, tratamientos más o menos agresivos con posibles efectos secundarios, una importante angustia para la gestante y su familia, la disminución de la atención de los otros hijos (si los tuviera) y un alto coste económico derivado de la hospitalización y la ausencia laboral de la gestante.

Tras confirmarse la amenaza de parto prematuro (APP) y valorar el estado materno-fetal, la conducta a seguir varía según la edad gestacional, las condiciones cervicales y las posibles complicaciones asociadas pero, en general, actuaremos de la siguiente manera una vez la mujer ingresa en planta con el diagnóstico de APP.

Al ingreso de la gestante realizaremos el protocolo de acogida en la planta de hospitalización como para cualquier ingreso, aprovechando la ocasión para tranquilizar a la mujer y aclarar posibles dudas.

Los cuidados de enfermería que requieren estas gestantes se basan en reposo físico **relativo** (se suele permitir el uso del WC y la ducha), hidratación,

 <b>Servicio Andaluz de Salud</b> <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>

fármacos tocolíticos para frenar la dinámica uterina y corticoides para madurar el sistema pulmonar fetal. También pueden ser precisos, en determinados casos, antibióticos, ansiolíticos, cerclaje profiláctico y Sulfato de Magnesio.



En general, las actuaciones de enfermería en estas gestantes serán:

#### CUIDADOS GENERALES:

- Extremar asepsia al manipular catéteres de acceso venoso (CAV).
- Seguir protocolos de mantenimiento de catéteres de acceso venoso (CAV).
- Control de signos vitales.

#### CUIDADOS ESPECÍFICOS:

- Monitorización fetal y de dinámica uterina según proceda.
- Enseñar a la paciente a avisar ante signos de alarma (aumento de las contracciones, metrorragia, dolor...)
- Administración de medicación prescrita.
- Vigilar efectos adversos de medicación prescrita.
- Explicar efectos secundarios de dicha medicación.
- Limitar el número de exploraciones vaginales.
- Extremar medidas de asepsia en las exploraciones vaginales.
- Administración de antibióticos prescritos si procede.
- Observar signos y síntomas de infección sistemática y localizada.
- Obtener muestras para análisis y/o cultivo si es necesario.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Establecer una pauta de aseo, si procede.

 Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>

- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Identificar los factores que causen o contribuyan al estreñimiento.
- Administrar laxantes o enemas, si procede.
- Informar a la enfermera referente de la unidad neonatal para la activación del "PROTOCOLO DE CONTINUIDAD EN GESTANTES CON RIESGO DE PARTO PREMATURO" en aquellos casos de mujeres con Amenaza de Parto Prematuro en semana de gestación que permita la viabilidad fetal.



## **7.-TRATAMIENTO.**

### **7.1 Maduración con corticoides:**

Útiles desde la semana 24<sup>a</sup> hasta la 34+6. Favorecen la maduración pulmonar fetal disminuyendo la incidencia de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante o hemorragia intraventricular en el neonato.

Se administra Betametasona 2 dosis de 12mgr. im. (Celestone cronodose®) con un intervalo de 24 horas, aunque podría reducirse el intervalo a 12 horas si no se controlara la APP. Su efecto óptimo se inicia a las 24 horas de la administración completa. Dosis de rescate: La maduración anatómica del pulmón persiste, pero se ha demostrado que la maduración bioquímica comienza a disminuir cuando pasan 7 días de la dosis de corticoides. No se aconsejan en cualquier caso las dosis repetidas semanales de corticoides, dado los efectos perjudiciales que pueden ejercer tanto sobre el feto como sobre la madre, si bien en determinadas situaciones podemos considerar el administrar una dosis de rescate. Se administrará un ciclo de rescate (2 dosis de 12 mg de betametasona separadas 24 horas) en los casos en que se cumplan los siguientes puntos:

- Persistencia o reaparición de la amenaza de parto prematuro
- Primera dosis administrada hace más de 2 semanas
- Gestación de menos de 33 semanas.

 Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>

## 7.2. Tocolisis

### a) Atosiban (Tractocile ®)

Se administra un bolo de 0.9 ml (6.75 mg). Después se diluyen 2 viales de 5 ml en 100 ml de suero y se administra a 24 ml/ hora (300 microgr./min.) durante 3 horas. Posteriormente se realiza el mantenimiento a 8 ml/ hora (100 µg/min) hasta completar 48 horas. *Considerado como de primera elección para el tratamiento de la APP.*

### b) Indometacina (Inacid ®)

Se puede asociar a otras terapias. Se administra una dosis inicial de 100mgr. vía rectal y luego 25 mgr./6 horas vía oral durante 48 horas. Contraindicado después de la semana 34ª, úlcus activo, insuficiencia hepática o renal o en presencia de oligoamnios.

### c) Nifedipino (Adalat ®)

Se administra de inicio 4 cápsulas de 10 mg; una cada 15 minutos durante la primera hora. Si se consigue la condición clínica se va disminuyendo la dosis hasta 1 cápsula / 6 horas (Se administra vía oral, no vía sublingual). Contraindicaciones: hipersensibilidad al compuesto o tendencia a la hipotensión. Efectos adversos: cefalea, palpitaciones, rubefacción, calor... **No autorizado para su uso en tratamiento de la APP.**



Actualmente está pendiente de autorización, para su uso en nuestro hospital, el **Nifepar®** (Nifedipino gotas).

## 7.3. Profilaxis antibiótica

De la infección por EGB si se prevé el desencadenamiento inminente del parto en presencia de cultivo positivo o desconocido.

Con respecto al límite inferior (22-24 SG), la decisión de iniciar o no el tratamiento se debiera tomar conjuntamente con los padres tras una veraz y completa información de las posibilidades de éxito, de los resultados neonatales así como de las secuelas esperables en cada caso.



 Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>

## 7.4 Neuroprotección con sulfato de magnesio

El magnesio se utiliza ampliamente en la obstetricia para el tratamiento y prevención de la eclampsia. Actualmente se sabe es un elemento esencial para las funciones corporales normales y administrado a la madre durante el trabajo de parto se asocia con una reducción marcada del riesgo de parálisis cerebral.



**CRITERIOS DE INCLUSION.** Pacientes desde las 24 hasta las 31+6 semanas de gestación, ya sea gestación única o múltiple, con independencia de uso de corticoides para maduración o tratamiento tocolítico.

- Parto pretérmino inminente, fase activa de trabajo de parto ( $\geq 4$  cm de dilatación), con o sin rotura prematura de membranas.
- Parto pretérmino con finalización programada por interés materno o fetal.

**CRITERIOS DE EXCLUSION.** Necesidad de finalización inmediata. Patología materna que pudiese empeorar con la administración de sulfato de magnesio: Coma hepático, miastenia gravis e hipersensibilidad al magnesio. Fetos con malformaciones graves o cromosomopatías.



### PAUTA DE ADMINISTRACION

Sulfato de magnesio: Dosis inicial lenta de 4,5g de sulfato de magnesio (Sulmetín® en ampollas de 1,5g) a pasar en 30 minutos, continuándose con una dosis de mantenimiento de 2g/hora en perfusión continua, manteniéndose hasta el parto, se suspenderá la perfusión si éste no ha ocurrido tras 24 horas.

 Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>

## **8.- BIBLIOGRAFÍA.**

1. Feijoo Iglesias MB. Plan de cuidados en la gestante con amenaza de parto prematuro y rotura prematura de membrana. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos Adaptación al Grado. 2012; 4(2): 211-275.
2. Manrique F, Suárez M, Martínez A, Álvarez V. Amenaza de parto prematuro: ¿diagnóstico en exceso? Revista española de investigaciones quirúrgicas. 2008; 11(2):59-63.
3. Aguilar MT, Bajo J, Manzanares S. Parto pretérmino y prematuridad. Tratamiento de la amenaza y parto pretérmino. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, editores. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte; 2007. p. 425-30.
4. José Gutiérrez Y, Gómez Gimeno A, Adiego Calvo I. Amenaza de parto pretérmino. En: Castán Mateo S, Tobajas Homs J. Manual de riesgo obstétrico. Zaragoza: Castán Mateo Sergio editor; 2011. p.135-147.
5. **Protocolo Amenaza de Parto Prematuro.** UGC Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Granada. 2011. [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/tmp/l8dnucv1l7r5p7gqjpeanes020/protocolo\\_app2.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/tmp/l8dnucv1l7r5p7gqjpeanes020/protocolo_app2.pdf)
6. **Protocolo de Continuidad en Gestantes con Riesgo de Parto Prematuro. UGC Pediatría y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Granada. 2010. Última revisión 2014.**
7. **Sulfato de Magnesio para la Neuroprotección Fetal.** UGC Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Granada. 2011. [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/tmp/l8dnucv1l7r5p7gqjpeanes020/mmf\\_so4mg.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/tmp/l8dnucv1l7r5p7gqjpeanes020/mmf_so4mg.pdf)
8. Manual de Urgencias Obstétricas para Matronas. SATSE. 2013.
9. Guía de Intervención rápida en Enfermería Obstétrica. DAE, S.L. 2004.

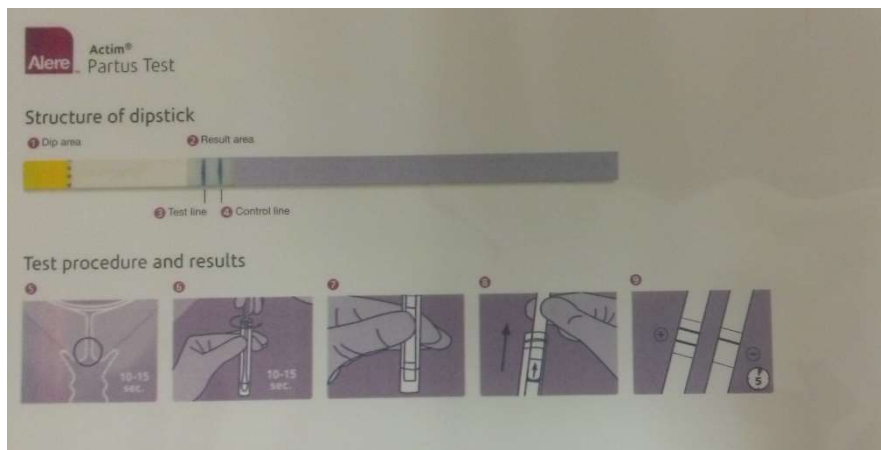
 Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>



## 9.-ANEXO I

### TOMA DE MUESTRA PARA LA REALIZACION DEL TEST ALERE ACTIM PARTUS.

ALERE ACTIM® PARTUS se presenta en un estuche de cartón que contiene 10 packs. Cada pack contiene:

- Un hisopo estéril para la toma de muestra.
- Un tubo de solución para disolver la muestra.
- Una tira inmunocromatográfica en envase individual sellado de aluminio con desecante.
  1. Se introduce el hisopo en cérvix durante 10-15 segundos.
  2. Se introduce el hisopo otros 10-15 segundos en el medio.
  3. Introducir tira reactiva en el medio y esperar 5 minutos para ver el resultado.
  4. La presencia de una raya significa test negativo y dos positivo.



 Servicio Andaluz de Salud <b>CONSEJERÍA DE SALUD</b>	<b>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</b>	 <b>UGC de Obstetricia y Ginecología</b>
	<b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</b>	<b>PC-CHUG-01</b>



## ANEXO II

### TRACTOCILE: FORMA DE PREPARACION.

ETAPA	REGIMEN	VELOCIDAD PERFUSION	DOSIS ATOSIBAN
1	0,9 ml inyección intravenosa en bolo administrada durante 1 minuto	No aplicable	6.75 mg
2	Perfusión intravenosa de carga durante 3 horas	24 ml/hora (300 µg/min)	54 mg
3	Perfusión intravenosa de mantenimiento hasta 45 horas	8 ml/hora (100 µg/min)	Hasta 270 mg

Se administra en 3 pasos:

1. Primero una inyección I.V. en bolo de solución inyectable de 0,9ml (7.5mg/ml) durante un minuto. (Envase azul)
2. Seguido inmediatamente por una infusión de carga de dosis alta de 300 flg/min.(24ml/60min) durante 3 horas. (Envase morado)
3. seguido de una infusión de mantenimiento a dosis baja de 100 flg/min. (8 ml/60 min) durante un máximo de 45 horas. (Envase morado).

 <p>Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<p>PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERÍA CON LA GESTANTE INGRESADA POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO</p>	 <p>UGC de Obstetricia y Ginecología</p>
<p>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA</p>		<p>PC-CHUG-01</p>

Para la infusión intravenosa posterior a la administración en bolo, se debe diluir Tractocile® 7,5 mg/ml solución para infusión, en alguna de las siguientes soluciones: Solución de cloruro de sodio 0,9% P/V. Solución de Ringer lactato. Solución de Glucosa al 5% P/V.

Preparación de la solución para infusión: Extraer 10 ml de solución de un frasco para infusión de 100 ml y desechar. Reemplazar con 10 ml de Tractocile® 7,5 mg/ml, solución concentrada para infusión, de dos frascos ampolla de 5 ml, con el fin de obtener una concentración de 75 mg de atosiban en 100 ml. Efectuar la infusión de carga mediante la administración de la preparación anterior, pasando 24 ml/hora (es decir, 18 mg/hora), durante 3 horas, bajo supervisión médica, en una unidad de obstetricia. A las 3 horas, reducir la infusión a 8 ml/hora. Preparar nuevos frascos de 100 ml de la misma forma, para evitar la interrupción de la infusión.

## **ANEXO III**

### **SULFATO DE MAGNESIO**

La dilución se hará con 12g, ocho ampollas de Sulmetín®, en un suero glucosado 5%, tras extraer de este y desechar 80 cc, y a una velocidad de infusión de 83 ml/hora o 28 gotas/minuto.

#### **CONTROLES DURANTE EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO**

**MONITORIZACIÓN MATERNA:** - Durante la dosis de carga: Pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria y reflejo patelar antes de la dosis inicial, 10 minutos después y tras finalizar ésta.