

**Cuadro 9-21.** Índice tocolítico de Baumgarten modificado

	0	1	2	3	4
Dinámica	Ausente	Irregular	Regular	-	-
Cuello					
Posición	Posterior	Media	Central	-	-
Borramiento	< 30%	30-50%	> 50%	-	-
Consistencia	Rígida	Media	Blanda	-	-
Dilatación (cm)	0	1	2	3	4
Metrorragia	Ausente	Escasa	Abundante	-	-
Presentación	Peloteando	Insinuada	Encajada	-	-

contraindicación. Los objetivos de dicho tratamiento son inhibir las contracciones uterinas para prolongar el embarazo, como mínimo, hasta que el feto adquiera el grado suficiente de madurez pulmonar, sin producir efectos secundarios importantes en la madre.

Las indicaciones del tratamiento de la amenaza de parto pretérmino se detallan en el Cuadro 9-22. Los fetos que se benefician más del tratamiento son los menores de 34 semanas, pues, después de esta edad, su nacimiento entraña poco riesgo desde el punto de vista respiratorio. En cambio, resulta difícil fijar el límite por debajo del cual no se debe realizar el tratamiento farmacológico. En estos casos será necesario hacer una evaluación individual del caso en coordinación con el neonatólogo.

Las contraindicaciones de la terapéutica farmacológica de la amenaza de parto pretérmino se exponen en el Cuadro 9-23. La existencia de CIR plantea opiniones encontradas en relación con la oportunidad o no del tratamiento tocolítico. Los autores que están a favor del mismo se basan en que los uteroinhibidores favorecen los intercambios uteroplacentarios y, por consiguiente, pueden mejorar el estado fetal. Creemos correcto hacer siempre una valoración individual de cada caso para instaurar o no dicho tratamiento.

En las malformaciones muy graves y en las trisomías 13 y 18 está contraindicado el tratamiento tocolítico.

En caso de determinadas enfermedades maternas puede ser aconsejable el nacimiento del niño, cuando se inicia prematuramente el parto. Arias detalla las

**Cuadro 9-22.** Indicaciones del tratamiento de la amenaza de parto pretérmino

- Se supone que el feto no tiene madurez pulmonar
- El feto está sano
- Hay posibilidades de éxito
- No existen contraindicaciones médicas ni obstétricas

**Cuadro 9-23.** Contraindicaciones del tratamiento de la amenaza de parto pretérmino**FETALES**

- Muerte intrauterina
- Malformación fetal incompatible con la vida
- Deterioro del grado de bienestar fetal o situaciones en las que se puede deteriorar
- Maduración pulmonar fetal suficiente

**OBSTÉTRICAS**

- Absolutas:
  - Preeclampsia grave-eclampsia
  - Abruption placentae
  - Corioamnionitis
  - Placenta previa con hemorragia
  - Trabajo de parto avanzado (dilatación  $\geq 5$  cm y bolsa de las aguas prominente)
- Relativas:
  - Rotura prematura de membranas
  - Infección urinaria no tratada

**MATERNAS**

- Afección médica que contraindique la prolongación del embarazo
- Contraindicaciones propias de cada fármaco

siguientes: hipertiroidismo, hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, lupus sistémico o cualquier otra enfermedad del tejido conjuntivo, anemia de células falciformes, cardiopatía con limitación moderada o grave, y enfermedad infecciosa aguda o crónica.

La primera medida para detener una amenaza de parto pretérmino es el reposo en decúbito lateral. Por otra parte, para frenar las contracciones uterinas hay que recurrir a la tocólisis. Entre los fármacos tocolíticos destacan los siguientes: agonistas betaadrenérgicos, inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas, sulfato de magnesio, bloqueadores de las vías del calcio, trinitroglicerina y antagonistas de la oxitocina.

**Agentes betaadrenérgicos**

Los agentes betaadrenérgicos o betasimpaticomiméticos inhiben la contractilidad uterina actuando sobre los receptores beta. Activan la adenilciclasa, que cataliza la conversión de trifosfato de adenosina (ATP) en monofosfato de adenosina cíclico (AMPc) por lo que originan un incremento de las concentraciones intracelulares de AMPc, produciendo una fosforilización de las proteínas de membrana, con reducción de la concentración intracelular de calcio. Por otra par-