

Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" Pinar del Río

LA HIDROTERAPIA EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Dr. Luis Raúl Martínez González¹ y Dra. Marta Valladares Hernández²

RESUMEN: Se realizó un estudio de las 32 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en la sala de Cuidados Especiales perinatales del Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" de Pinar del Río, durante los meses de julio a diciembre de 1997, a quienes se les instauró tratamiento con reposo absoluto, pielera de la cama elevada por 15 cm e hidroterapia con dextro - Ringer o solución salina 0,9 %. Se analizaron otros parámetros como edad materna, paridad, factores predisponentes, labor que realiza la madre, resultados de eritrosedimentación y exudado vaginal, así como la respuesta a la hidroterapia. Se reportó en esta afección un índice de 5,6 X 1 000 nacidos vivos y fueron las nulíparas las pacientes con riesgo significativo ($p < 0,05$) así como la leucorrea y las relaciones sexuales los principales factores de riesgo desencadenantes de la amenaza de parto. Fue 3,8 veces de más riesgo esta afección en las amas de casa antes de las 31 semanas que en las trabajadoras y altamente significativo en las que presentaban eritrosedimentación mayor de 50 mm/h con exudados vaginales positivos. Se concluyó que el tratamiento con hidroterapia era muy eficaz, con resultados muy satisfactorios, aplicando el esquema de terapia con dextro - Ringer.

Descriptores DeCS: TRABAJO DE PARTO PREMATURO/ terapia; HIDROTERAPIA/ metodos.

Es indudable que la mortalidad del neonato pretérmino es un factor importante en las tasas de morbimortalidad perinatal, de ahí la importancia de disminuir la frecuencia del parto pretérmino. Los procedimientos preventivos hasta ahora han dado resultados deficientes.¹ La tasa de nacimientos pretérminos en EE UU oscila entre 4 a 12 % y ha contribuido al 85 % de la morbi-mortalidad, en dependencia de la

supervivencia y morbilidad, así como del tiempo gestacional al parto.^{2,3}

En un sentido amplio hay 4 trastornos obstétricos principales que causan parto pretérmino: trabajo de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, complicaciones médicas u obstétricas maternas y sufrimiento fetal.⁴ El trabajo de parto pretérmino está alrededor del 35 % de los pretérminos y han sido estudiadas vías fisiopatológicas

¹ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia.

² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

que conectan los factores de riesgo con estos nacimientos. Dentro de los más importantes se citan: infecciones cervicales, vaginales y del líquido amniótico,⁵⁻⁷ variaciones en la contractilidad uterina, *stress*, toxinas fetoplacentarias y falta de volumen plasmático. Ya en trabajos de *Goodlin* demostraron que el 60 % de las mujeres en trabajo de parto pretérmino tenían cifras de volumen plasmático 3 desviaciones estándar debajo de la media, y casi el 50 % de las mujeres con amenaza de parto pretérmino responden al reposo en cama e hidratación pues aumentan ambas medidas el volumen plasmático^{4,8} y disminuyen con esta terapia la liberación de hormona antidiurética y oxitocina.

Como esta terapia tiene mucho menos riesgo que el uso de agentes farmacológicos como los betamiméticos y es eficaz, decidimos hacer este estudio de 6 meses con el total de casos ingresados como amenaza de parto pretérmino y hacer el análisis de los resultados obtenidos.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo de los 32 casos que ingresaron en la sala de Cuidados Perinatales con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino para realizar sedación desde el primero de julio al 31 de diciembre de 1997 en el Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" de Pinar del Río.

Al total de pacientes se les instauró tratamiento con reposo absoluto, pielera de la cama elevada 15 cm e hidratación que se podía realizar con uno de los siguientes esquemas: dextro- Ringer 500 mL a pasar en 1 h continuando con 500 mL a 180 mL/h con una duración de 3 h; el otro esquema es con

solución salina 0,9 % 1 000 mL a 180 mL/h que duraría 6 h.

Para nuestro trabajo se realizó una encuesta donde se recopilaron los siguientes datos: edad materna, paridad, labor que realiza, tiempo de gestación al comenzar con la amenaza de parto, factores predisponentes, resultados de exudado vaginal y eritrosedimentación, respuesta al uso de hidroterapia según el esquema empleado.

Con los datos recogidos se hicieron tablas expresándose los resultados en valores porcentuales, Odds ratio y el estadígrafo chi cuadrado con significación del 95 %.

Discusión

En la tabla 1 relacionamos los grupos etáreos con la paridad. Observamos como el 56,4 % de los casos eran nulíparas, lo que fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$) y de ellas el 15,7 % eran adolescentes como refiere la mayoría de los autores.^{9,10}

En nuestro trabajo no tuvimos casos de multíparas añosas citadas por la literatura como casos de riesgo entre los factores predisponentes.

TABLA 1. Relación de grupos etareos y paridad.

Grupos Etareos (años)	Paridad				
	0	1	2	≥ 3	No / %
< 20	5/15,7				5/15,7
20-34	13/40,7	8/25	3/9,3	1/3,1	0,5/78,1
≥ 35		2/6,2			2/6,2
Total	18/56,4	10/31,23/9,3		1/3,1	32/100

$X^2 = 4,44$ g L = 3 p < 0,05

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 2 relacionamos los factores de riesgo en esta enfermedad. Se señala en primer orden la frecuencia de leucorrea con un 75 % y las relaciones sexuales en segundo lugar con 34,4 %, los tactos vaginales antes de las 72 horas del comienzo de la sintomatología en tercer lugar.

Muchos autores citan igualmente la vaginosis como la primera causa de parto pretérmino y de rotura prematura de membranas, de ahí la importancia de su tratamiento. En 16 casos se refirió más de uno de los factores citados.

TABLA 2. Factores de riesgo predisponentes

Factores de riesgo	No.	%
Leucorrea	24	75
R. sexuales	11	34,4
Tactos vaginales	5	15,6
S. renal	3	9,4
EDA	3	9,4
Otros	2	6,2

En la tabla 3 se relaciona la labor que realiza la paciente con el tiempo de gestación al ingreso. De los 32 casos el 56,2 % eran amas de casa, y en ellas fue 3,8 más elevado el riesgo de tener una amenaza de parto entre las 25-30 sem que en las trabajadoras, por lo que consideramos que estarían influyendo aquí las nulíparas adolescentes que formaban el 50 % de este grupo y no realizaban el reposo adecuado.

En la tabla 4 se expresan los resultados de la eritrosedimentación y de los exudados vaginales.

Observamos como es altamente significativo ($p < 0,01$) del total de 32 pacientes con amenaza de parto pretérmino que tenían eritrosedimentación mayor de 50 mm/h con exudados vaginales positivos (trichomonas, monilias) por lo que hay que

pensar en una corioamnionitis desencadenante de esta enfermedad y nos justificaría la utilización en nuestros casos de antibioticoterapia en el 100 % como señalan otros autores.¹¹⁻¹⁴

TABLA 3. Labor que realiza-tiempo de aparición APP.

Labor que Realiza	Tiempo de gestación		T/%
	25-30 sem	31-36 sem	
Ama de casa	10	8	18/56,2
Trabajadora	2	12	14/43,8
Total	12	20	32/100

OR= 3,8

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 4. Exudado vaginal y eritrosedimentación en APP.

E. Vaginal/eritro	Eritro		No./ %
	> 50 %	≤ 50 %	
Ex. vaginal positivo	7/21,9	2/6,3	9/28,2
Ex. vaginal negativo	13/40,6	10/31,2	23/71
Total	20/62,5	12/37,5	32/100

$X^2 = 1,67$ g L = 1 $p < 0,01$

Fuente: Historias clínicas.

La tabla 5 nos informa la respuesta al tratamiento con hidroterapia en relación con el tiempo de gestación. Observamos como el 87,6 % de los casos tuvo una respuesta positiva al tratamiento, es decir, desapareció completamente la dinámica uterina o pasó a tener la paciente un patrón contráctil normal, lo cual es una respuesta altamente significativa ($p < 0,01$) antes de las 31 semanas considerando sea por una disminución más rápida de la oxitocina, por lo que

consideramos el tratamiento muy efectivo como el de otros autores.^{8,15}

TABLA 5. Respuesta a la hidroterapia.

Tiempo de gestación	Respuesta a hidroterapia		T/%
	Positiva %	Negativa %	
25-30	9/28,3	2/6,2	11/34,5
31-36	19/59,3	2/6,2	21/65,5
Total	28/87,6	4/12,4	32/100

$X^2 = 0,95$ g L = 1 p < 0,01
Fuente: Historias clínicas.

En los 4 casos donde no hubo respuesta se utilizó sulfato de magnesio en 3 pacientes y en sólo 1 caso fenoterol, medicamentos estos utilizados por otros autores con mucha frecuencia y riesgos mayores para la madre.¹⁶

La tabla 6 relaciona el tipo de hidroterapia con el tiempo transcurrido hasta la sedación. Del total de casos, el 57 % respondió eliminando la dinámica uterina a la hora de comenzado el tratamiento y fue significativo en las tratadas con golpe de agua, en este caso dextro-Ringer, lo que nos induce a pensar que siempre que sea posible debe utilizarse este esquema de tratamiento por la eficacia de sus resultados.

Se utilizó la maduración pulmonar con betametasona en el 88,4 % de los casos.

Concluimos que las pacientes nulíparas representaron el 56,4 % y fue estadísticamente significativo. Fueron la leucorrea y las relaciones sexuales los principales factores desencadenantes de la amenaza de parto. Las amas de casa tienen 3,8 veces más riesgo de presentar una amenaza de parto antes de las 31 sem. Fue significativo al número de pacientes con eritrosedimentación mayor de 50 mm/h y con exudado vaginal positivo. Fue elevada la positividad de respuesta al tratamiento con hidroterapia y fue el esquema de dextro-Ringer el de resultados significativos.

TABLA 6. Tipo de hidroterapia y tiempo hasta sedación.

Tipo de Hidroterapia	Tiempo transcurrido hasta sedación		
	1 h	1-3 h	N/%
Dextro-Ringer	11/39, 2 %	5/17,8	16/57
Soluc. salina	5/17,8	7/25,2	12/43
Total	16/57	12/43	28/100

$X^2 = 2,02$ g L = 1 p < 0,05
Fuente: Historias clínicas.

SUMMARY: There has been a study on 32 patients which were hospitalized for risk of pre-term delivery, in the Perinatal Special Care Room of the Faculty Gynecobstetric Hospital "Justo Legón Padilla" of Pinar del Río, during the period between July and December 1997, the treatment for these patients was complete rest, on a bed with an elevation of 15 cm on the feet part, and hydrotherapy with dextro-Ringer's or saline solution, at 0.9 %. Other parameters were analyzed, among them, the mother's age, erithrosedimentation test, and vaginal exudate, as well as the response to hydrotherapy. It was evident in this affection, an index of 5,6 x 1 000 live born children, and nulliparous women were the patients at significant risk (p < 0,05), as well as leukorrhea and sexual relations, were the main factors of risk for pre-term delivery. This affection was 3,8 times higher in home women before 31 weeks than in labor women, and it was highly significant in women with an erithrosedimentation higher than 50 mm/h, with positive vaginal exudates. As a

conclusion, the hydrotherapy treatment was very efficient, showing very satisfactory results, applying the therapy schedule with dextro-Ringer.

Subject headings: **LABOR,PREMATURE/therapy; HYDROTHERAPY/methods.**

Referencias bibliográficas

1. Lowemberg E, Escobeda F, García N. Tratamiento de la amenaza de parto prematuro: estudio comparativo entre dos betamiméticos. *Ginecol Obstet Mex* 1988;56:111-5.
2. Fairbanks LA, Hannak ME. Sulfato de magnesio como tocolítico en la labor de parto pretérmino. *J Soge* 1992;14(10):15-24.
3. Morales W, Madhar H. Efficacy and safety of indomethacin vs. magnesium sulfate in the management of preterm labor as randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1992;164:280-5.
4. Main DM. Epidemiología del parto pretérmino. *Rev Obstet Ginecol* 1988;3:507-15.
5. Hampl M, Friese K, Pracht I, Zieger W. Determination of cytokine receptors in premature labor. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1995;55(9):483-9.
6. Adams MM, Saino AP, Harlass FE. Risk factors for preterm delivery in a healthy cohort. *Rev Epidemiol* 1995;6(5):525-32.
7. Carroll SG, Nicolaidis KH. Fetal haematological response to intrauterine infection in preterm prelabor. *Fetal Diagn Ther* 1995;10(5):279-85.
8. Carrera M. Parto pretérmino. En: *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Dexeus*. Barcelona: Salvat, 1988.
9. Rigol RO. Alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal. *Obstet Ginecol* 1987;12:146-51.
10. Thoulon JM. Prevention of prematurity. *Rev Prot* 1995;45(14):1737-41.
11. McCoy MC, Katz VL, Kuller JA. Bacterial vaginosis in pregnancy: an approach for the 1990. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50(6): 1482-8.
12. Ngassa PC, Egbe IA. Maternal genital Chlamydia trachomatis infection and the risk of preterm labor. *Int J Gynecol Obstet* 1994;47(3):241-6.
13. Chimura T. A clinical study chemotherapies for chorioamnionitis. *Jpn Antibiotic* 1994;47(12):1762-8.
14. Collins T, Bancroft K, Manyonda I. Ampicillin and metronidazole treatment in preterm labor. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101(5):404-8.
15. Robel R, Stephan H, Viehweg B. Clinical results of perfusion therapy of threatened premature labor. *Zentralbl Gynaecol* 1994;116.
16. Carlan SG, O'Brien WF, Jones MH. Outpatient oral sulindac to prevent recurrence of preterm labor. *Obstet Gynecol* 1996; 85:769-74.

Recibido: 4 de junio e 1998. Aprobado: 27 de agosto de 1998.

Dra. **Marta Valladares Hernández**. Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río, Cuba.