



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UCM- ESTELI
FACULTAD DE MEDICINA



Trabajo monográfico para optar al título de Médico y Cirujano.

COMPORTAMIENTO DE LAS EMBARAZADAS INGRESADAS CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL CENTRO MEDICO QUIRURGICO SANTA FE- MATAGALPA, EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2017.

Autor: Br. Sorayda Méndez Rugama.

Tutor: Dra. Arlen Masiel Narváez Quiroz.

Especialista en Ginecología y Obstetricia UNAN-León.

Asesor metodológico:

Dr. Jonathan García Salazar.

Especialista en cirugía pediátrica

Matagalpa, 2018

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Dedicatoria | i |
| Agradecimiento | ii |
| Opinión del tutor | iii |
| Resumen | iv |
| Abstract | v |
| I. Introducción | 1 |
| II. Antecedentes | 2 |
| III. Justificación | 4 |
| IV. Planteamiento del problema | 6 |
| V. Objetivos | 7 |
| VI. Marco teórico | 8 |
| VII. Diseño metodológico | 23 |
| VIII. Operacionalización de las variables | 25 |
| IX. Resultados | 29 |
| X. Discusión de resultados | 31 |
| XI. Conclusiones | 33 |
| XII. Recomendaciones | 34 |
| XIII. Bibliografía | 33 |
| XIV. Anexos | 38 |

i. DEDICATORIA

- Este trabajo se lo dedico primeramente a Dios, por ser mi guía y nunca soltarme de su mano.
- A mi hija que es mi motor para seguir adelante, porque cada día me da una razón para seguir.
- A mis padres por su apoyo y amor incondicional.

ii. AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el poderoso Gigante que acampa a mí alrededor, cuidándome desde las alturas y llenando mi vida con su favor.

A mi hija, Sorymar porque en su inocencia comprendió los motivos de mi ausencia en el hogar, por brindarme sus sonrisitas y su amor en los momentos más tristes, y por ser mi motor para seguir adelante.

A mis suegros, por completar mis tareas pendientes y dedicarse a mi hija con ahínco en mi ausencia.

A mis padres por su apoyo incondicional por creer en mí siempre.

A mi tutora, doctora Arlen Narváez, porque sus consejos fueron siempre útiles y por llevarme siempre un paso adelante a lo largo de la realización de mi estudio.

I. OPINION DEL TUTOR

El parto pretérmino es aquel que se presenta antes de las 37 semanas de gestación, la incidencia es alta, según la OMS puede darse en el 6-10 % de los embarazos, las complicaciones médicas que conlleva continúan siendo uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal, en Nicaragua la incidencia es elevada.

La etiología generalmente es multifactorial y puede variar de acuerdo a la edad gestacional, edad materna, infección materna, entre otros factores que se combinan y desencadenan el evento, es por ello que el conocimiento de las posibles implicaciones de los diversos factores de riesgo en la génesis del parto pretérmino facilita la intervención exitosa, estableciendo y adoptando medidas preventivas oportunas.

La autora del presente trabajo señala de forma acertada la utilidad del estudio de los principales factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino para la práctica clínica, representa un esfuerzo valioso que impacta de forma directa en la atención adecuada a las pacientes, disminuyendo las consecuencias desfavorables que se derivan de este problema de salud en particular, felicito a la autora por su esfuerzo y aporte en este tema.

Dra. Arlen M. Narvárez Quiroz

Gineco-obstetra

Tutora

II. RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio que tuvo por objeto conocer cuál era el comportamiento de las embarazadas con amenaza de parto pretérmino que fueron atendidas en el centro médico quirúrgico Santa Fé del departamento de Matagalpa, entre el 1ro de Enero a Diciembre del año 2017. Para esto se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo en el cuál se identificaron un total de 35 mujeres con Amenaza de parto pretérmino.

Entre los principales hallazgos se encontró que en cuanto al comportamiento sociodemográficos y su relación con la ocurrencia de parto pretérmino, solo se observó un incremento significativo del riesgo en paciente que refirieron trabajar en relación a las amas de casa, la edad de mayor riesgo fueron entre 18-25 años, el estado civil y la procedencia no se asociaron con la ocurrencia de parto pretérmino. En cuanto al comportamiento relacionados con antecedentes ginecoobstétricos, se encontró que la múltiparidad se asoció a un riesgo significativo, así como los antecedentes maternos de HTA, SHG, partos pretérminos anteriores, diabetes gestacional y el antecedente de abortos previos incrementan de forma significativa el riesgo de presentar un parto pretérmino en las mujeres en estudio.

En cuanto al comportamiento relacionados con los cuidados prenatales, se observó que el número inadecuado de controles se asocian a mayor riesgo de sufrir parto pretérmino, otros factores maternos relacionados con el embarazo actual que se asociaron a un incremento significativo en la ocurrencia de parto pretérmino fueron la infección de vías urinarias y las cervicovaginitis.

En general se concluye que en el presente estudio se comprueba que existen múltiples factores que influyen en el comportamiento asociados al parto prematuro en las mujeres en estudio y la mayoría son prevenibles.

I. INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define clásicamente como una afección clínica caracterizada por la presencia de dinámica uterina persistente con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando esta es menos a 3 cm, entre las semanas 22 a las 36.6 semanas de gestación (SG). En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante y en un 40% de los casos podemos identificar factores infecciosos en uno o varios focos del organismo (pielonefritis, vaginosis, etc). Esta patología es una de las más frecuentes con las que se encuentra el obstetra dada su alta prevalencia ⁽¹⁾

La APP y su principal secuela, el parto pretérmino (PP), constituyen un serio problema en cuanto a mortalidad, discapacidad y coste a la sociedad. Aproximadamente 75% de las muertes perinatales se producen en niños nacidos prematuramente. ^(1,2)

Entre los factores de riesgo para APP se destacan, la infección de vías urinarias (IVU), cervico vaginitis, la ruptura prematura de membranas (RPM) y el parto pretérmino anterior. Con este último, el riesgo aumenta 2.5 veces en el próximo embarazo según estadísticas internacionales brindadas por la OMS. ⁽³⁾

Conocer y modificar los factores relacionados con APP en las pacientes embarazadas debe ser una labor diaria tanto para el primer nivel de atención como para el sector hospitalario debido a que la frecuencia de esta patología se ha incrementado actualmente, afectando el 6-7% de las embarazadas y la capacidad limitada de los agentes tocolíticos para prolongar el embarazo. ⁽⁴⁾

II. ANTECEDENTES

Según estadísticas MINSA la frecuencia de APP oscila entre 11-22%, y el número total de casos se han duplicado. Predominando siempre entre los grupo de edades de 15-34 años.

Offenbacher y su grupo de la Universidad de North Carolina llevaron a cabo en 1996 el primer estudio que logra evidenciar en humanos la asociación entre periodontitis y parto prematuro/bajo peso al nacimiento (PP/BPN). Se trata de un estudio de casos y controles en 124 mujeres embarazadas o postparto; Los casos de PP/BPN mostraron una pérdida de inserción significativamente mayor que los controles (parto a término/peso normal al nacimiento). Se halló una fuerte significación estadística, situando a la enfermedad periodontal como factor de riesgo para PP/BPN con un riesgo relativo (RR) de 7.9 (7.5 para los casos de PP/BPN en madres primíparas), habiendo ajustado los demás factores de riesgo conocidos. Este RR fue incluso mayor que el hallado para otros factores de riesgo como consumo de alcohol, tabaquismo o edad de la madre. Los datos del estudio sugieren además que un 18.2% de los casos de PP/BPN pueden ser atribuibles a un deficiente estado periodontal materno. ⁽⁵⁾

Espinoza y García (2002) encontraron que en el HEODRA los principales factores asociados a la APP eran: Edad menor de 20 años (OR 5,93 IC95% 2,42-12, 62), Bajo nivel educativo (OR 10,22 IC95% 8,24-12,62), Infecciones genitourinarias (OR 5,44 IC95% 2,70-8.16) y Tabaquismo (OR 2.06 IC95% 1,22- 4.24). (6)

García F., Pardo F., Zúñiga C.; en un estudio realizado en la ciudad de Lempira, Honduras (2003), encontraron que en 367 pacientes con Amenaza de parto pretérmino se presentaban como principales factores de riesgo: el tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00- 10.28), < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60) y pacientes con 4 partos previos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97). (7)

Kilpatrick (2006), revisó 102 pacientes con RPM pretérmino, observando como factores de riesgo parto pretérmino en el segundo trimestre (OR 15.2, IC95% 6.1 – 37.8), incompetencia cervical (este embarazo) (OR 12.7, IC95% 3.5 – 46.4), cerclaje antes del ingreso (OR 10.3, IC95% 2.8 – 38.8), RPM pretérmino durante el último embarazo (OR 7.3, IC95% 2.5 – 22.3), historia de incompetencia cervical (OR 3.8, IC95% 1.2 – 11.8), tabaquismo (OR 2.0, IC95% 1.1 – 3.9), parto pretérmino en tercer trimestre (OR 3.3, IC95% 1.7 – 6.4), cesárea previa (OR 2.7, IC95% 1.4 – 5.2) y aborto (OR 1.8, IC95% 1.1 – 2.9). (8)

Aguilar y Vílchez (2011) realizaron un estudio de casos control encontrando como factores asociados a la Amenaza de parto pretérmino: edad menor a 20 años y mayor a 35 años (OR 7.2 IC95% 4.1- 12.9), estado Civil soltera (OR 4.2 IC95% 2.2- 12.6). Analfabetas (OR 3.8 IC95%

2.2- 6.5). Antecedente de parto prematuro (OR 101.79 IC95%13.6- 760.5), Anemia (OR 28.81 IC95%12.2- 68.04), Infección de vías urinarias (OR 8.67 IC95% 3.7- 20.1). (9)

Perugache, Cristian, en un estudio sobre complicaciones obstétricas en mujeres gestantes con infecciones vaginales atendidas en el hospital civil de pasto (2013) encontró que el 61% de las pacientes presentó vaginosis bacteriana y un 22% candidiasis vaginal, un 14% presentó vaginosis mixta y el promedio de edad de la población de estudio fue 23.2 años, con un riesgo mayor de presentar infección entre los 21 y 25 años; las complicaciones más frecuentes fueron amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). La mayoría de las pacientes procedían de zona urbana (77%), seguramente porque tienen mayor accesibilidad a la consulta con el especialista para la obtención de un diagnóstico temprano. (10)

III. JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua la pobreza y el acceso inadecuado a los servicios básicos va de la mano de un deterioro de las condiciones de vida y determinantes de la salud que no favorecen la salud de la población, en la cual se registran las tasas más altas de fecundidad, las tasa más altas de mortalidad infantil.

En Nicaragua según la última Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) realizada entre el 2011 y el 2012, la tasa de mortalidad neonatal se ha visto reducida a menos de 20 X 1000 NV [14], en comparación con la ENDESA anterior (2006/2007) que fue de 21 X 1000 NV. [11]

Por otro lado el parto pretérmino presentaba un índice de 8.9%, (Endesa2006/2007)[12] y en la última representa un 7.1% , sin embargo sigue constituyendo un serio problema de salud pública que podría estar asociado a múltiples factores, socioeconómicos, culturales, biológicos, educacionales, e institucionales.

Es por ello que es importante determinar el comportamiento y causas que predispongan a desencadenar Amenaza de parto pretérmino, en las embarazadas que consultan en Centro médico quirúrgico clínica santa fe de Matagalpa ; para brindar un tratamiento adecuado y oportuno, evitando que finalice en un parto prematuro.

En el comportamiento en APP los encontramos que las principales patologías asociadas son las infecciones de vías urinarias, y las patologías maternas con SHG y hemorragias del segundo trimestres. La tasa reportada para el HBCR del 2013 de parto pre-término fue de 38 x 1000 NV, superior a la tasa nacional, pero esto es razonable ya que es un hospital de referencia nacional [13].

La tasa de nacimientos pretérmino va en aumento según el informe ejecutivo global publicado por la OMS y por la relevancia que tiene este problema en el ámbito nacional y la alta incidencia con que se está presentando, así como las consecuencias que trae consigo para el niño pretérmino, aun con todas las acciones que se han venido implementando para prevención de esta entidad clínica protocolizando incluso el problema dentro de las normas del Ministerio de Salud, aun continúan a diario lo casos. La tasa se mantiene incluso en aumento por tanto es importante reconocer en esta unidad de salud que factores de riesgo presentan las embarazadas que acuden a esta unidad con esta entidad clínica para así tomar acciones para disminuir este riesgo.[11]

La utilidad de un estudio epidemiológico como el nuestro sobre parto pretérmino y en concreto de sus factores de riesgo para la práctica clínica es que, si conseguimos detectar a las gestantes con mayor posibilidad de parto pretérmino mediante identificación de determinados factores, podríamos actuar adoptando para ellas diferentes medidas farmacológicas o de modificación de ciertas conductas consideradas factores de riesgo, con el objetivo de prevenir el parto pretérmino o al menos disminuir las consecuencias desfavorables que se derivan.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál fue el comportamiento en las pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia de Centro Médico Quirúrgico Clínica Santa Fe Matagalpa en el período de enero a diciembre 2017?

V. **OBJETIVOS**

Objetivo general

Conocer el comportamiento de las embarazadas con amenaza de parto pretérmino ingresadas en el servicio de ginecología y obstetricia de centro médico quirúrgico de clínica santa fe en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2017.

Objetivos específicos

- Comportamiento en las pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino.
- Describir el manejo de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.
- Cumplimiento de protocolo de alto riesgo obstétrico del ministerio de salud con respecto a el manejo de parto pretérmino.

VI. MARCO TEÓRICO

Definición clínica del problema

El actual protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes de alto riesgo obstétrico define la APP como una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical, o cuando es menor a 3 cm, **entre las 22 y las 36 semanas y 6 días de gestación.**

El trabajo de parto pretérmino tiene dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto pretérmino **más modificaciones del cérvix**, ésta última depende de la paridad de la mujer:

- Para nulíparas, con Borra miento del 100% y dilatación del cérvix igual o mayor de 4 cms.
- Para multíparas, con Borramiento del 50% y dilatación igual o mayor a 3 cm.

Se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mmHg permanentemente y la aparición de las contracciones de “Braxton-Hicks” de baja frecuencia e intensidad (10 a 15 mm Hg) en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo, hasta lograr preparar el útero, el segmento uterino inferior y el cuello, para el inicio del trabajo de parto.

Parto pretérmino: Se denomina parto pretérmino al que ocurre entre las 22 y 36 semanas y 6 días (menos de 259 días). (3)

El 50% de las anormalidades neurológicas de la infancia son atribuibles directamente a la prematurez, lo que ilustra la magnitud del problema. Los prematuros mayores de 34 semanas, o 2000g presentan, en general, patologías leves, tales como depresión neonatal, taquipnea transitoria, alteraciones de la termorregulación, alteraciones hidroelectrolíticas y trastornos metabólicos. En RN de muy bajo peso (< 1500g) o de menos de 30 semanas de edad gestacional la letalidad y secuelas son mayores. (2)

Etiopatogenia

La Amenaza de parto prematuro puede ser de causa idiopática (el primer evento detectable es la aparición de contracciones uterinas regulares), iatrogénica (aquel que resulta de la inducción médica prematura del parto debido a una patología materna y/o fetal) o secundario a ruptura prematura de membranas. (11)

Factores desencadenantes para amenaza de parto pretérmino

El mejor predictor de amenaza de parto pretérmino es un mal desarrollo reproductivo anterior, ello dificulta la identificación de las nulíparas con riesgo. Esta situación resulta decepcionante, ya que más del 40 % del total de las pacientes que inician una amenaza de parto pretérmino son nulíparas y el efecto de las medidas preventivas no será óptimo si no se detectan a todas. (11)

1. Factores sociales y demográficos.

Edad materna. (12)

Es uno de los factores asociados a la prematuridad; y por lo tanto a la Amenaza de parto pretérmino, frecuentemente se ha observado una mayor prevalencia de prematuridad entre las madres menores de 18 años y aquellas mayores de 34 (edades extremas).

Diversos autores han puntualizado que el exceso de riesgo para las madres muy jóvenes se concentraba entre aquellas que eran primíparas. Algunos autores han observado diferencias, así, entre las menores de 25 años era más frecuente que el parto fuera inducido médicamente, mientras que para las mayores de 34 predominaban los partos espontáneos. Cabe considerar, sin embargo, que tras la edad materna pueden subyacer otros mecanismos sociales, psicológicos, etc. Culturalmente, el embarazo en madres adolescentes de países desarrollados puede suponer una situación estresante, falta de apoyo, un bajo nivel de ingresos, un seguimiento incompleto del embarazo, etc. Una posible explicación de la mayor prevalencia de prematuridad entre las madres mayores de 34 años puede ser una mayor utilización de las técnicas de estimulación hormonal y de reproducción

humana asistida; tal como parece indicar el hecho de que las gestaciones múltiples se incrementan a edades maternas superiores.

La raza negra. (12)

La asociación de la raza negra con parto pretérmino es bien conocida pero inexplicable. Las mujeres negras tienen un porcentaje de prematuridad de 16 a 18 % comparado con 7-9 % de las mujeres blancas.

Estilos de vida.

Algunos aspectos de la propia conducta de las gestantes han sido también objeto de estudio en relación a la amenaza de parto pretérmino. (13)

El consumo de sustancias tóxicas durante la gestación, es uno de los aspectos más relacionados a la prematuridad. La frecuencia de APP y PP está aumentada en las pacientes que consumen cocaína, opiáceos, y tabaco. Las consumidoras de marihuana a grandes dosis también presentan un incremento de la tasa de prematuridad. (13, 14)

El tóxico de consumo más extendido es el *tabaco*, que multiplica por 2 el riesgo relativo de amenaza de parto y parto pretérmino, tal como se ha demostrado en diversos estudios en los países desarrollados, en los que se observa una gran prevalencia de mujeres fumadoras embarazadas que fuman. Para las mujeres que han dejado de fumar durante el primer trimestre el riesgo relativo (RR) de prematuridad es de 1,6. Para aquellas mujeres que han dejado de fumar antes de la concepción el RR es muy similar a aquellas mujeres que nunca han fumado. Así, el riesgo entre tabaco amenaza de parto pretérmino y prematuridad está en relación directa con el número de cigarrillos durante la gestación y no tanto con el tabaquismo anterior. De hecho, el embarazo supone un momento de especial motivación, por parte de las gestantes, para dejar de fumar. Aproximadamente un 20% de las mujeres embarazadas abandonan espontáneamente el tabaquismo antes de cualquier contacto con los servicios sanitarios. (12)

Relaciones sexuales y parto pretérmino.

No hay evidencia de que la actividad sexual en la última etapa del embarazo aumente el riesgo de parto pretérmino en mujeres embarazadas entre 29 y 36 semanas de gestación.

Hay un pequeño incremento en el riesgo asociado con el uso de la posición superior del hombre durante la actividad sexual. Hay una asociación de la posición superior del hombre con RPM, con APP y parto pretérmino sin RPM. (8)

Los orgasmos durante la última etapa del embarazo fueron asociados con reducción del riesgo de amenaza de parto pretérmino. (12)

Las mujeres con relaciones sexuales frecuentes y con vaginosis bacteriana fueron asociadas con incremento en el riesgo de Amenaza de parto pretérmino, mientras que las mujeres sin vaginosis bacteriana y con relaciones sexuales frecuentes fueron asociadas con reducción en el riesgo de parto pretérmino. (16)

No podemos excluir la posibilidad de que la actividad sexual pueda ser un riesgo para subgrupos pequeños de mujeres susceptibles. (8)

La actividad sexual durante la última etapa del embarazo fue un predictor fuerte para llegar a término. (8)

Condiciones de trabajo.

Este es otro factor asociado a la prematuridad. Diversos autores han encontrado asociación entre los trabajos que requieren esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales, turnos nocturnos, etc. (12)

El estrés. (17)

Los primeros estudios realizados encontraban resultados contradictorios. Sin embargo, posteriormente una mejor definición del estrés y la utilización de

instrumentos más efectivos para su medida han puesto de manifiesto la importancia de este factor en la prematuridad. Estudios recientes han demostrado que debe estudiarse el estrés percibido por la gestante. Así mismo debe prestarse atención a las condiciones estresantes crónicas (dificultades económicas o de relación con la pareja, vivienda no confortable, etc.) y no tanto a eventos estresantes agudos (defunción familiar, etc.). Para las mujeres que manifestaban un estrés percibido se encontró el doble de riesgo de amenaza de parto pretérmino respecto a aquellas que no referían estrés percibido.

Recientemente, se está recogiendo evidencia sobre los posibles mecanismos psicofisiológicos por los que el estrés puede incidir en la amenaza de parto prematuro. En este sentido, la exposición a situaciones estresantes crónicas, puede llegar a erosionar la 'Resistencia personal' o la capacidad de resistencia de las personas, dados su nivel de autoestima, optimismo y su confianza en poder cambiar las cosas.

Cuando eso ocurre, se pueden elevar los niveles de hormona liberadora de corticotropina, con acciones directas en útero y cérvix, facilitando un parto prematuro.

Factores medioambientales.

Se engloban aquellos factores del entorno de los que se ha observado una asociación con la amenaza de parto pretérmino. Estos factores pueden ser muchos y muy diversos. (12)

Las diferencias sociales. (12)

Uno de los tradicionalmente más estudiados. Diversos estudios coinciden en señalar su asociación con la amenaza de parto pretérmino y prematuridad, aunque, L. Cabero concluye que una *situación social desfavorecida* puede suponer unos factores estresantes crónicos; que unidos a unos factores psicológicos adversos pueden provocar respuestas hormonales y comportamientos poco saludables, así como un mal cuidado del embarazo.

Estos autores, una vez controlados los factores confusores, encontraron que las mujeres con un nivel socioeconómico desfavorecido tenían el doble de riesgo de prematuridad.

La contaminación ambiental.

Niveles excesivos de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono en el ambiente, se han asociado recientemente con la prematuridad, así como otros resultados adversos de la gestación. Algunos autores han estimado que el riesgo de Amenaza de parto pretérmino se incrementaba en un 25% para aquellas gestantes expuestas a un incremento de 10µg/m³ de dióxido de nitrógeno, durante el primer trimestre de la gestación. (12)

2.-Morbilidad materna y fetal.

Patología fetal.

Los defectos del tubo neural y los errores innatos del metabolismo, como la hiperalaninemia, son algunos de los defectos congénitos que se asocian a Amenaza y parto pretérmino . (12)

Algunas enfermedades maternas y fetales pueden hacer adecuado indicar médicamente un parto prematuro. Las principales causas son: Preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal. Algunos cambios en las prácticas y cuidados perinatales, han supuesto en los últimos años un incremento de gestaciones por parte de madres con patologías, a las que anteriormente se les desaconsejaba el embarazo (diabetes, cardiopatías, infección por VIH, etc.). Este aspecto puede estar influyendo también en el incremento de partos prematuros inducidos médicamente, determinando así una Amenaza de parto iatrogénica previa, sin poder brindársele otro término. (18)

1.-Factores obstétricos

Anomalías placentarias. (12)

Anomalías morfológicas como placenta marginata, placenta circunvalata y la inserción marginal del cordón umbilical se asocian frecuentemente a Amenaza de parto pretérmino.

Anomalías uterinas del útero y del cuello. Las malformaciones congénitas del útero y del cuello suponen en 1 al 3 % de todos los casos de Amenaza de parto pretérmino. La situación más importante es el útero tabicado y el útero bicorne.

El útero en forma de T puede presentarse en mujeres expuestas in útero a *diethylbestrol* y es asociado con un incremento en el riesgo de APP y PP.

Las anomalías de fusión mulleriana pueden incluir el cérvix, y predisponer al paciente a un incremento en el riesgo de parto pretérmino por función cervical anormal.

Los leiomiomas son una alteración anatómica adquirida que también se asocia con trabajo de parto pretérmino.

La longitud cervical. (12)

Es un factor de riesgo fuerte para parto pretérmino espontáneo en gemelos. En el estudio de parto pretérmino un cérvix corto por ultrasonografía transvaginal (menos de 25 mm o de 10 % fue el único factor a las 24 semanas de gestación asociado con amenaza de parto pretérmino antes de las 32 semanas.

El riesgo de Amenaza de parto pretérmino usando diferentes parámetros aislados o combinados, para una mujer embarazada con una longitud cervical de 20 mm, el riesgo de nacimiento a las 34 semanas fue de 7 %. Este riesgo incrementa a 34 % si se presenta un cérvix en forma de embudo, y de 59 % si también tiene una historia de parto pretérmino previo.

Gestación múltiple.

En la última década, el número de gestaciones múltiples se ha visto incrementado en los países desarrollados. Este mismo fenómeno se observa en España entre los años 1975 y 2001. El impacto de la gestación múltiple sobre la prematuridad es innegable, así por ejemplo, en Cataluña en el año 2002 se produjo un 4,0% de nacimientos de estas gestaciones. Un 55,8% de los nacidos vivos de gestación múltiple fueron prematuros. Un 12,1% de los cuales, nacieron antes de las 32 semanas. Por otra parte, la aportación de la gestación múltiple a la prematuridad, en Cataluña, supone un 27,1% del total de nacidos vivos prematuramente. Mientras que en el caso de los nacidos a término sólo supone un 2,1%. (12)

Una de las posibles razones del incremento de gestaciones múltiples puede estar relacionada con los tratamientos hormonales para estimular la ovulación y con las técnicas de reproducción humana asistida. En este sentido, algunos autores han estimado que aproximadamente un 3050% de las gestaciones gemelares y al menos el 75% de las gestaciones de trillizos tienen lugar tras tratamientos de fertilidad, en madres de edad avanzada. (17)

El sangrado vaginal en más de un trimestre.

El sangrado vaginal durante el embarazo es un factor de riesgo para parto pretérmino cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. Se observó una asociación entre el sangrado del segundo trimestre y parto pretérmino. (12)

La relación entre la hemorragia decidual y la APP puede ser el resultado del efecto útero tónico de la actividad de la trombina. (12)

El sangrado vaginal causado por placenta previa o por separación de la placenta marginal es asociado con el riesgo de APP casi como la gestación múltiple. (18)

El sangrado del 2do trimestre no asociado con placenta previa o con separación de placenta también ha sido asociado significativamente con parto pretérmino. (18)

Parto pretérmino previo principalmente en el segundo trimestre con o sin RPM. (11)

Uno de los factores que más se asocian con la amenaza de parto pretérmino y prematuridad es el antecedente de otra gestación finalizada prematuramente.

La historia de parto pretérmino es uno de los factores más significativos, el riesgo de recurrencia de parto pretérmino es del 15 al 50%. Y parece depender del número y edad gestacional de los PP anteriores.

El riesgo para las pacientes con historia de 1 parto pretérmino previo menor de 35 SG es de 15%. Si 2 antecedentes, el riesgo es del 41%, si 3 antecedentes, es del 67 %.

Si el antecedente de parto es de edad gestacional menor a 28 semanas, el riesgo de presentar un nuevo parto pretérmino se multiplica por 10 (RR 10.5). **Sexo del feto.**

Algunos autores han señalado una mayor prevalencia de varones entre los prematuros, acentuándose dicha asociación entre la amenaza y el parto prematuro espontáneo. (12)

Asociación de ruptura prematura de membranas con amenaza de parto pretérmino.

La RPM complica aproximadamente 120.000 embarazos en los Estados Unidos anualmente. (8) El manejo óptimo de embarazos complicados con RPM ha permanecido indefinido, y es un área de gran controversia en obstetricia, se promulga para tales el uso de antibióticos profilácticos, terapia tocolítica o corticoesteroides. (19)

Los resultados neonatales son similares entre mujeres que son manejadas expectantemente comparadas con la inducción inmediata; 4 % de todos los embarazos son complicados con ruptura prematura de membranas (RPM), un tercio de todos los partos pretérmino son resultado de ruptura de membranas. *Es la causa número uno de nacimientos pretérmino.* Es una significativa morbilidad y mortalidad

perinatal asociada con (RPM) causando prematurez, infección e hipoplasia pulmonar. (19)

La hemoglobina baja y los niveles séricos bajos de albúmina en mujeres con (RPM) puede ser un marcador de infección subclínica o proceso inflamatorio. Únicamente el 9 % de las mujeres con (RPM) pretérmino tenía un cultivo positivo para Estreptococo B y los cultivos no fueron positivos para vaginosis bacterianas o tricomonas. De 21 mujeres que tenían cultivos cervicales para ureaplasma urealyticum, 66.7 % fueron positivos. (8)

Infección de vías urinarias.

Las infecciones de vías urinarias en la embarazada, pueden ser bajas o altas, ya sean sintomáticas o no. Entre las más comunes tenemos: la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis. (21)

En un meta-análisis, se examinaron los síntomas para predecir IVU en la mujer. La probabilidad de que una embarazada tenga IVU se aumenta 3 veces si tiene hematuria, 3 veces si tiene frecuencia urinaria, 2 veces si tiene dolor en ángulo costo- vertebral, dolor de espalda o disuria, respectivamente. (22)

Una embarazada tiene menos probabilidad de tener IVU si no tiene dolor de espalda ni disuria, o si presenta secreción vaginal al examen físico. (22)

La presencia de disuria y frecuencia urinaria, con ausencia de secreción o irritación vaginal, se asocia hasta 25 veces más con IVU. (22)

El mejor método diagnóstico para IVU asintomática o sintomática, es el urocultivo, efectuado entre las 12 a 16 semanas de gestación, o en la primera atención prenatal. (Evidencia A). La presencia de bacteriuria idealmente debería de ser confirmada por un segundo urocultivo, sin embargo, el cultivo de orina es caro y requiere ente 24 a 72 horas para tener resultados. (23)

La alternativa diagnóstica para las IVU son las cintas o tiras reactivas de uroanálisis. (23)

La mayoría de los casos de pielonefritis ocurren en el segundo trimestre. En un estudio prospectivo realizado en el grupo de embarazadas con esta edad gestacional, el organismo que predominó fue la *Escherichia coli*, en aproximadamente 70 % de los casos, otros organismos responsables de la infección incluyen *Klebsiella-Enterobacter* (3%), *Proteus* (2%) y organismos Gram-positivos incluyendo el estreptococo del grupo B (10%). La *Escherichia coli* fue el uropatogeno más común en el tercer trimestre pero fue menor en el tercer trimestre comparado con los primeros trimestres, sin embargo se observó asociación franca entre la APP y dicha patología. (3, 11)

Infección vaginal.

La vaginosis bacteriana (VB) se ha asociado a APP independientemente de otros factores de riesgo. Hay evidencia de que la infección es una causa importante. Y que puede ser el motivo de 40 % de todos los casos de parto pretérmino espontáneo. (24)

El uso de antibióticos lógicamente es usado para prevenir parto pretérmino cuando es indicado en embarazos tempranos. Si la colonización anormal permanece no tratada, la posibilidad de que los microorganismos asciendan a través del cérvix en la decidua e iniciar una respuesta inflamatoria conduce a la contracción. Como resultado de este tratamiento en el embarazo pueden usarse los antibióticos intravaginales o combinación de antibióticos orales e intravaginales para mejores resultados. (25)

Es posible que la VB cause una infección invasiva ascendente hacia las membranas fetales, ya en etapas tempranas del embarazo. (12)

Enfermedad periodontal.

Las concentraciones habituales de progesterona y estradiol durante el embarazo estimulan la síntesis de prostaglandinas en la encía de la embarazada (7–11). A esto se debe añadir que durante la infección periodontal aumenta aún más el número de microorganismos anaerobios gramnegativos que se acumula en las encías, así como las concentraciones de lipopolisacáridos y endotoxinas producidos por esos

microorganismos. Además de las prostaglandinas E₂, también se acumulan algunos mediadores de la inflamación, como los factores de necrosis tumoral α y la interleucina 1 β (12). La combinación de estos dos procesos puede llegar a constituir un riesgo para la integridad del feto y la placenta en mujeres con una respuesta inmunitaria celular reducida producto del embarazo

Posibles mecanismos por los que se puede producir la interacción entre periodontitis y embarazo. La infección periodontal puede funcionar como reservorio de lipopolisacárido (LPS), que podría alcanzar las membranas placentarias a través del torrente sanguíneo. Se ha demostrado que el LPS estimula la producción de IL-1b y PGE₂ mediante células coriamnióticas y trofoblásticas, y este hecho a su vez se asocia a menudo al parto prematuro.

Por otro lado, los propios mediadores inflamatorios producidos en el periodonto inflamado como PGE₂ o TNF-b pueden alcanzar el torrente sanguíneo y llegar así a la placenta. Se considera también la posibilidad de que existan factores de confusión genéticos o ambientales: una condición subyacente que predisponga a la madre a sufrir enfermedad periodontal y PP/BPN. Este podría ser el caso de una respuesta inflamatoria hipersensible, que aumentaría el riesgo de sufrir PP/BPN y también una periodontitis más agresiva. Otro posible mecanismo consistiría en la inhibición del aclaramiento normal de microorganismos entéricos por neutrófilos debido a una disminución en la expresión del receptor endotelial E-selectina por parte de las células endoteliales. Se ha demostrado que el LPS producido por patógenos orales es capaz de inducir dicha reducción en la expresión de Eselectina.

Al no producirse un infiltrado normal de neutrófilos, microorganismos Gram-negativos podrían invadir el tracto genitourinario y originar una infección que afecte adversamente al embarazo. De este modo, el LPS procedente de patógenos periodontales y liberado al torrente sanguíneo puede aumentar la susceptibilidad a una infección genitourinaria. (5)

Es por ello que durante el primer trimestre y el tercero si es necesario la realización de profilaxis dental, sobre todo en las adolescentes, pacientes con mala higiene dental, fumadoras y diabéticas. (11)

Diagnóstico (4)

Pilares fundamentales del diagnóstico de la APP

- 1. Edad Gestacional:** Entre las 22 y las 36.6 SG.
- 2. Contracciones uterinas:** Se caracterizan por ser dolorosas (valorando el número, intensidad, duración, tono y frecuencia) detectables por palpación abdominal y tocografía externa.
- 3. Estado del cérvix:** Borramiento del cérvix 50% o menos y una dilatación cervical menor de 3 cms.

4. Datos complementarios:

- Percepción de molestia dolorosa en pelvis (pesadez) o dolor que se irradia hacia región lumbar.
- Altura de Fondo Uterino (AFU) menor 29 cms.
- Pérdidas sanguinolentas por la vagina o expulsión del tapón mucoso. **Criterios de hospitalización.**

Pacientes que cumplan los requisitos enunciados en la definición de amenaza de parto pretérmino o parto pretérmino. (4) **Criterios de alta.**

Cese de la sintomatología que motivó la consulta y ausencia de modificaciones cervicales. (4) **Manejo de la APP. (4)**

Es importante, identificar los factores de riesgo y brindarle atención especial, es imprescindible si ya han tenido episodio previo de trabajo de parto pretérmino.

El manejo de la amenaza de parto pretérmino va dirigido a:

- A. Reducir las contracciones uterinas (administración tocolíticos).
- B. Inducir la maduración pulmonar fetal (corticoides).
- C. Identificar y tratar la causa de la amenaza de parto prematuro.

La decisión sobre el manejo depende de:

- Contracciones uterinas
- Grado de dilatación
- Borramiento cervical

Antibióticos.

Los resultados de un gran estudio multicéntrico controlado y randomizado incluyendo 6295 mujeres con amenaza de parto prematuro, recomiendan que no debe realizarse profilaxis con antibióticos de rutina en el manejo de mujeres con amenaza de parto prematuro y membranas íntegras. (25)

El efecto beneficioso de antibióticos profilácticos en la rotura prematura de membranas es mejor definido. Los hallazgos del estudio Oracle I., indican resultados favorables, incluyendo prolongación del embarazo, y mejora del resultado neonatal. (26)

Tocólisis. (12, 27)

Está contraindicada en las siguientes situaciones:

- Sufrimiento fetal intrauterino o muerte fetal.
- Sospecha de corioamnionitis.
- Abruption placentae.

- Hemorragia vaginal no diagnosticada
- Enfermedad materna grave: Preeclampsia o eclampsia; infección grave.

Fármacos utilizados para inhibir el trabajo de parto pretérmino. (4, 12, 27)

Se han utilizado gran cantidad de fármacos para retrasar el inicio del parto, pero por desgracia ninguno ha demostrado ser eficaz por completo y no puede subestimarse las complicaciones potenciales maternas de los fármacos tocolíticos

- Los beta miméticos.
- Agonistas beta-adrenérgicos (Ritodrine).
- Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (la Indometacina).
- Sulfato de magnesio, El sulfato de magnesio fue asociado con bajo riesgo de parálisis cerebral en recién nacidos prematuros de madres sin Preeclampsia. Se demostró un efecto neuroprotector del magnesio.
- Atosibán.
- Bloqueantes de los canales del calcio. *Nifedipina*.

Se dispone de una revisión reciente de la colaboración Cochrane King J.F. et al (2002), metaanálisis que incluyó 11 estudios controlados y randomizados (870 mujeres), comparativos con otros agentes tocolíticos principalmente con los beta miméticos. Llegaron a la siguiente conclusión: (27)

- La Nifedipina fue más eficaz que el beta mimético para retrasar el parto al menos 48 horas.
- Es el único tocolítico de los que disponemos que mejora el resultado neonatal (menos niños tuvieron distress respiratorio e ictericia neonatal).

- Se redujo el número de mujeres que tuvieron que interrumpir el tratamiento por efectos secundarios y se observó mejor resultado neonatal en el grupo de Nifedipina.

Por ello, cuando está indicada la tocólisis en mujeres con amenaza de parto

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo retrospectivo.

Área de estudio:

Servicio de ginecología y obstetricia de Centro Médico Quirúrgico Clínica Santa Fé – Matagalpa ubicado en la ciudad de Matagalpa.

El servicio de ginecología y obstetricia cuenta con 25 camas censadas, 7 médicos de base y 2 médicos generales.

Período de estudio:

Enero a diciembre 2017.

Población de estudio:

Todas las pacientes embarazadas desde las 22 hasta las 36 6/7 semanas de gestación con amenaza de parto pretérmino que fueron ingresadas durante el período comprendido de enero a diciembre 2017.

Universo: Todas las pacientes embarazadas que ingresaron al área de ARO del servicio de ginecología y obstetricia de centro médico quirúrgico clínica Santa Fe Matagalpa, estas fueron un total de 150 pacientes.

Muestra:

Todas las pacientes con historias clínicas de ingresadas al servicio de ginecología y obstetricia que presentaron amenaza de parto pretérmino de 22 a 36 semanas de gestación corroborada por fecha de última menstruación confiable, las cuales fueron un total de 35 pacientes.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes ingresadas al servicio de obstetricia durante el período de estudio, con semanas de gestación entre las 22 y 36 6/7 con diagnóstico de APP.
2. FUM confiable o que tengan ultrasonido precoz.
3. Recién Nacido en el periodo de estudio por trabajo de parto pretérmino.

Criterios de exclusión:

- Expediente con información incompleta.
- Pacientes que no ingresaran al servicio.
- Pacientes que no cuentan con FUM confiable.
- Pacientes que presentaron muerte fetal intrauterina.
- Nacimiento de prematuro con malformaciones congénitas.

Procedimiento de recolección de la información:

Se lleno ficha de recolección de información de los expedientes que cumplieron criterios de inclusión.

Fuente de información:

Secundaria, ya que los datos que se recogieron se obtuvieron de Revisión del Expediente Clínico.

Instrumentos:

Fichas de recolección de datos.

Método de procesamiento y análisis de la información.

Se creo una base de datos en Epi – Info Versión 7.2.2. Se introdujo la información y se analizó en el mismo programa.

Los datos fueron presentados en cuadros estadísticos y gráficos.

Consideraciones éticas:

Se solicito permiso a la dirección del Centro Médico Quirúrgico Santa Fé y del departamento de Gineco-Obstetricia.

Se aseguro la protección de identidad del paciente no utilizando datos que permitan su identificación al momento del reporte.

La información obtenida fue conocida únicamente por el investigador principal y utilizado únicamente con fines de investigación.

Los resultados serán utilizados como retroalimentación para manejo de las pacientes por parte de los médicos del departamento de gineco-obstetricia, y para reforzar conocimientos.

VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Características socio demográficas

| Característica | Definición | Clasificación de la característica |
|---------------------|---|---|
| Edad | Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de la paciente a la fecha. | ≤18 y ≥ 35 años * 19 a 34 años |
| Estado civil | Estado civil consignado en el expediente clínico. El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes, consignados en el expediente clínico | 1 casada 2 unión estable 3 soltera 4 divorciada 5 viuda |
| Escolaridad | Nivel académico formalmente alcanzado al momento del estudio. Baja: menos de 12 años de Escolarización. Alta: más de 12 años de Escolarización. | Primaria Secundaria Superior Iltrado |
| Procedencia | Área de donde proviene la Paciente. | Rural Urbano |

| Factores asociados | | |
|--|---|---|
| Drogas | Uso de sustancias que creen dependencia y alteración del estado Biopsicosocial de la paciente sean o no lícitas. | Si No |
| Antecedente de parto pretermino | Historia de eventos de parto pretérmino en anteriores gestas y APP en la gesta actual ya sea consultas ambulatorias u hospitalizaciones. | Si No |
| Paridad | Número de partos (vaginal o cesárea) acontecidos. Múltipara: aquella con antecedente de 1 a más nacimientos ya sea a término o pretérmino, cualquiera que sea su vía. Nulípara: paciente sin nacimientos previos. | nulipara multipára |
| Gestación múltiple | Presencia de más de un feto, confirmado por estudio imagenológico, en la gesta actual | Si No |
| Edad gestacional | Edad en semanas del embarazo desde la fecha de la última menstruación hasta su ingreso al hospital | 22-27 28- 36 |
| Maduración pulmonar | El uso de estos fármacos se evaluará en base a protocolo del MINSA | Adecuado Inadecuado No implica |
| Control prenatales | Números de controles que se le realiza a la paciente durante todo su embarazo | <4 ≥4 |
| Antecedentes obstétricos | Conjunto de parámetros e indicadores del comportamiento reproductivo y sexual, referidos por el | Edad de menarquía Número de embarazos Número de partos Número de abortos |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------|-------------------------|---|-----|--|----------------------|
| | propio pacientes y reportadas en el expediente clínico, previo al embarazo actual | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="984 186 1396 218">Número de cesáreas</td> </tr> <tr> <td data-bbox="984 218 1396 249">Número de nacidos vivos</td> </tr> <tr> <td data-bbox="984 249 1396 344">Número de hijos vivos Terminación de embarazo anterior</td> </tr> <tr> <td data-bbox="984 344 1396 375">SHG</td> </tr> <tr> <td data-bbox="984 375 1396 438">Muerte perinatal anterior Óbito fetal anterior</td> </tr> <tr> <td data-bbox="984 438 1396 470">Diabetes gestacional</td> </tr> </table> | Número de cesáreas | Número de nacidos vivos | Número de hijos vivos Terminación de embarazo anterior | SHG | Muerte perinatal anterior Óbito fetal anterior | Diabetes gestacional |
| Número de cesáreas | | | | | | | | |
| Número de nacidos vivos | | | | | | | | |
| Número de hijos vivos Terminación de embarazo anterior | | | | | | | | |
| SHG | | | | | | | | |
| Muerte perinatal anterior Óbito fetal anterior | | | | | | | | |
| Diabetes gestacional | | | | | | | | |
| Antecedentes familiares patológicos | Conjuntos de enfermedades o entidades patológicas pre-existentes de familiares del paciente, en primer y segundo grado de consanguinidad, referidas por el propio paciente y reportadas en el expediente clínico. | Muerte fetal SHG Hipertensión arterial crónica Diabetes IRC Cardiopatías Cáncer | | | | | | |

| Patologías asociadas | | |
|---|---|---|
| IVU | Infección del tracto urinario superior o inferior confirmados por estudios de laboratorio tomados con técnica adecuada | Si No |
| Cervicovaginitis | Infección del cérvix y la vagina Provocada por patógenos que causan inflamación de dichas áreas. | Si No |
| Caries dental | Infección del cérvix y la vagina provocada por patógenos que causan inflamación de dichas áreas. | Si No |
| Ruptura prematura de membranas | Solución de continuidad de las membranas ovulares. | Si No |
| Patologías maternas durante el embarazo actual | Conjuntos de enfermedades, entidades patológicas o lesiones personales referidas por los propios pacientes y reportados en el expediente clínico, que se presentaron durante el embarazo actual, de naturaleza obstétrica, ginecológica o general | Hemorragia en el II trimestre Hemorragia en el III trimestre Diabetes gestacional SHG Infecciones del tracto urinario Hipertensión Arterial |

IX. RESULTADOS

En cuanto a la escolaridad fueron 5 pacientes con primaria aprobada lo que equivale a un (14%), 8 pacientes con o en secundaria con un porcentaje (23%) y 22 pacientes universitarios y profesionales (63%).

Lo que respecta al estado civil de las pacientes 19 corresponden a casadas equivalente (54%) de la muestra , 14 eran acompañadas equivalente a (40%) y tan solo 2 (6%) pacientes eran solteras.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que de todas las pacientes 12 tiene entre 18 y 25 años correspondiente a (34%), 20 pacientes tiene entre 26 y 35 años (57%) y el total de 3 pacientes (9%) fueron mayores de 36 años.

En cuanto a las enfermedades durante el embarazo se observó toxoplasmosis en 2 pacientes (6%) pacientes, Hipertensión Arterial Crónica 1 equivalente a (3%), solo 1 paciente presento Cardiopatía (3%).

En cuanto a las condiciones bilógicas, 32 (91%) tuvieron un periodo intergenésico de +/2 años y 3 (9%) tuvieron un periodo intergenésico menor de 18 meses.

Lo que respecta a las condiciones biológicas 1 (3%) paciente presentó Obesidad y 10 (29%) pacientes presentaron Talla Baja.

En cuanto a los antecedentes Ginecobstétricos De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que de todas las pacientes que 14 pacientes son multíparas lo que equivale al (40%), 15 pacientes fueron bigestas con un porcentaje de (43%) y 6 correspondieron a las primigestas equivalente al (17%). En cuanto a antecedente de aborto, 9 tuvieron abortos previos para un porcentaje de (26%) y 26 pacientes (74%) no presentaron abortos previos.

Lo referente a la Captación de las pacientes embarazadas 22 pacientes fueron captadas en el Primer Trimestre equivalente al (63%); 12 pacientes captadas en el Segundo Trimestre con porcentaje de (34%) y 1 paciente fue captada en el Tercer Trimestre (3%).

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que de todas las pacientes el 13 (37%) tuvieron al menos 5 controles prenatales, 19 (54%); tuvieron menos de 5 controles y 3 (9%) acudieron con 1 control prenatal.

De acuerdo a los datos obtenidos observamos que 18 pacientes que estaban entre las 33-36.6 semanas de gestación lo que corresponde al (51%), 16 (46%) pacientes entre las 27-32 semanas y 1 (3%) con menos de 27 semanas.

Lo que respecta al antecedente de Amenaza de Parto Pretérmino 7 pacientes presentaron dicho riesgo correspondiente al (20%), las restantes, 28 pacientes no presentaron este riesgo, equivalente a (80%); todas las pacientes que presentaron APP previa a su ingreso actual fueron tratadas el 100% con Nifedipina.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que de todas las pacientes el diagnóstico presuntivo de la causa de ingreso fue: 22 con vaginosis (63%), 7 pacientes con infección de vías urinarias (20%), 2 pacientes con trauma obstétrico (6%), 1 paciente con Colelitiasis (3%), 1 paciente con Hipertensión Gestacional (3%), 1 paciente con Desprendimiento de Placenta Normoinsera (3%) y 1 paciente con Ruptura Prematura de Membranas (3%).

En cuanto al manejo de la APP De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que de todas las pacientes, 33 (94%) se le realizó maduración pulmonar fetal con dexametasona, a 33 (94%) se le realizó Reducción de contracciones uterinas, a 22 (63%) se le dio manejo de Vaginosis; a 7 (20%) pacientes se dio manejo para Infección de Vías Urinarias y a 2 (6%) pacientes se dejó evolucionar espontáneamente.

Dentro de los Fármacos usados para el manejo de la APP encontramos que se utilizó Nifedipina en 33 pacientes con un (94%); Progesterona en 14 pacientes con un (40%); Clotrimazol 12 pacientes (34%), Metronidazol en 12 pacientes equivalente al (34%); Dexametasona a 33 pacientes equivalente al (94%); Ceftriaxona en 5 pacientes (14%); Nitrofurantoína en 3 pacientes con un porcentaje de (9%); Aspartato de Arginina 3 pacientes equivalente a un (9%); Metoprolol 2 pacientes (6%).

En cuanto a la finalización del embarazo; 17 fueron partos vaginales con un porcentaje de (49%); 7 vía cesárea con (20%) y a 11 pacientes se les dio de alta (31%).

X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la literatura esta descrito que el comportamiento de APP en cuanto a la edad es frecuente en menores de 20 años y mayores de 34 años y otros mencionan que es en menores de 15 años y mayores de 39 años, menores de 17 y mayores de 35 años y menores de 18 años y mayores de 35 años. En este estudio de un total de 35 pacientes 57% pacientes fueron entre 26 y 35 años; del total de pacientes el 51% se encontraban entre las 32 y 36.6 semanas de Gestación.

Hay reporte en la literatura que el estado civil soltera o divorciada incrementa las posibilidades de amenaza de parto pretérmino. Se encontró que un total de 54% de las pacientes eran casadas.

Con relación a la escolaridad un 63% eran Profesionales con grado Universitario. La RPM esta descrita como la primera causa de parto pretérmino según la literatura. De 35 pacientes, 1 presento RPM y 10 tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación.

En este estudio de las 35 pacientes 1 resultó Rh negativo, este se encontraba ya sensibilizado.

De las 35 pacientes 7 (20%) pacientes tenían el antecedente de haber acudido a consulta por APP y de estas 2 tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación. Las 28 pacientes restantes no tenían antecedente de haber acudido a consulta por APP.

Hay reporte en la literatura que la historia obstétrica de parto pretérmino principalmente en el 2do trimestre con o sin RPM. Que es uno de los factores que más se asocian con la prematuridad y el riesgo de recurrencia parece depender del número de partos pretérmino previos.

En relación a la paridad asociados a la edad de las 35 pacientes, de acuerdo a los resultados obtenidos se observa que de todas las pacientes el 12 (34%) tiene entre

18 y 25 años, el 20 (57%) tiene entre 26 y 35 años y un 3 (9%) fueron mayores de 36 años.

Según la literatura, hay reporte que del sangrado transvaginal es una de las causas de PP en más de un trimestre. El sangrado vaginal durante el embarazo es un dato importante relacionado con parto pretérmino cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. Se observó una asociación entre el sangrado del segundo trimestre y parto pretérmino. La relación entre la hemorragia decidual y el parto pretérmino puede ser el resultado del efecto uterotónico de la actividad de la trombina. El sangrado vaginal causado por placenta previa o por separación de la placenta marginal es asociado con el riesgo parto pretérmino casi como la gestación múltiple. El sangrado del 2do trimestre no asociado con placenta previa o con separación de placenta también ha sido asociado significativamente con parto pretérmino. 35 pacientes 1 paciente acudieron con sangrado transvaginal y resultó ser una DPPNI tuvo parto antes de las 37 semanas de gestación.

En el estudio de las 35 pacientes con antecedente de vías urinarias se encontraron 7 pacientes tuvieron el antecedente perteneciente a un (20%), de estas, 5 tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación. En la literatura hay reporte que la cervicovaginitis (vaginosis bacteriana) se ha asociado APP independientemente de otros factor de riesgo conocidos. Hay evidencia de que la infección es una causa importante, Y que puede ser el motivo de 40 % de todos los casos de parto pretérmino espontáneo por todas las mujeres que son admitidas con amenaza de parto pretérmino que puede tener cambios cervicales irreversibles y que se puede intentar inhibir sin tener éxito.

En nuestro estudio en relación a la cervicovaginitis de las 35 pacientes ingresadas por amenaza de parto pretérmino (100%), 22 pacientes presentaron cervicovaginitis a su ingreso con un porcentaje de (63%) de estas 35 pacientes 11 tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación.

XI. CONCLUSION

- La mayor asistencia médica de las pacientes con APP fue observada entre las edades de 26-35 años, procedentes del área urbana, con más de una gesta y entre las edades gestacionales entre 33-36.6 semanas con al menos 4 controles prenatales.
- Entre el comportamiento más significativos fueron la cervicovaginitis, y la infección de vías urinarias.
- Se identificó que entre los comportamientos más predominante la cervicovaginitis materna, encontrada en el 64% entre las pacientes ingresadas por Amenaza de Parto Pretérmino.
- Las pacientes con diagnóstico de APP fueron tratadas con reposo, uteroinhibición y maduración pulmonar fetal y según patologías infecciosas con antibióticos.
- Los estudios diagnósticos que se le realizaron a estas pacientes fueron el ultrasonido endovaginal con cervicometría (longitud cervical) la cual se le realizó al 100% de las pacientes, toma de muestras de secreción vaginal (KOH, Gram, cultivo) lo cual se le realizo a todas las pacientes con diagnóstico de ingreso de cervicovaginitis (63%).
- La finalización del embarazo en el 49% fueron vía vaginal, seguidos por cesáreas en un 20% y el 31% de las pacientes fueron egresadas con tratamiento, reposo y recomendaciones para seguimiento las cuales tuvieron buena respuesta al tratamiento.

XII. RECOMENDACIONES

Los controles durante la gestación son de vital importancia para el control adecuado del desarrollo fetal, siendo un número adecuado 13 controles, por lo que es necesario concientizar a las futuras madres en la importancia de estos controles regulares, para detectar a tiempo posibles complicaciones que pudiesen concluir en un embarazo pretérmino.

Orientar a la mujer desde las primeras semanas de embarazo a reconocer cuales son las medidas de seguridad, ya que al contar con el apoyo de las usuarias y del personal de salud esta patología puede prevenirse y así culminar un embarazo sin riesgo.

La infección de vías urinarias predomina en las pacientes estudiadas, por lo cual debe ser oportuna y correctamente tratada para evitar embarazos pretérminos.

Es importante hacer hincapié que mientras estén ingresadas las pacientes concluyan con el tratamiento, porque cuando se da el alta en muchas ocasiones no continúan con el tratamiento indicado o no lo cumplen de la manera adecuada.

Fortalecer la captación de todas las pacientes embarazadas, ya que una captación temprana ayuda a identificar los posibles signos de peligros y de esta forma prevenir con mayor eficacia las Amenazas de Parto Pretérmino; este fortalecimiento lo lograremos en los programas de captación tanto de Atención Primaria; como por la consulta externa del servicio de Ginecobstrecia.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Althabe F; Carroli G y col. Parto pretérmino: detección de riesgos y tratamiento preventivo. Revista panamericana de la salud pública. OPS- OMS. 2000. P. 373- 384.
2. Ventura- Juncá, Patricio. Prematurez y bajo peso de nacimiento. En: Meneghello J, Fanta E, Puger T, et all. Editores pediatría. Capitulo 55. Editorial panamericana. Buenos Aires Argentina. 1999. P. 501- 509.
3. Martínez Guillen F. Amenaza y trabajo de parto pretérmino. En, Martínez Guillen F.
4. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de salud. "Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del alto riesgo obstétrico." Minsa / UNICEF. Managua, Sept. 2017.
5. Offenbacher S., Katz V., Fertik G. et al. Periodontal infection as a posible risk factor inpreterm low birth weight. J Periodontol 1996; 67: 103-13.
6. Espinoza, R., Garcia, J.M. Factores de riesgo asociados al parto prematuro, en mujeres primigestas que asistieron al servicio de ginecología del HEODRA (2002), Tesis. p. 31- 33.
7. García F., Pardo F., Zúñiga C.; Estudio sobre los factores de riesgo para Amenaza de parto prematuro. (2003). Revista obstétrica. p. 123- 128 Lempira, Honduras.
8. Kilpatrick SJ et al. Risk factors for previable premature rupture of membranes or advanced cervical dilation: A case control study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194: 1168-75.
9. Aguilar, T., Vilchez, J.C. Factores de riesgo del parto prematuro en el HEODRA- León. (2011) Tesis. P: 43.

10. Perugache, Cristian, Estudio sobre complicaciones obstétricas en mujeres gestantes con infecciones vaginales atendidas en el Hospital Civil de Pasto Revista UNIMAR; Vol 31, No 1 (Año 2013).
11. Medicina perinatal basada en evidencia, publicación auspiciada por OPS/OMS, Litografía Nicaraguense, 2005, p 18- 32 OPS/OMS, *Perfil epidemiológico del parto pretérmino en Nicaragua*. 2012, Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS): Managua.
12. MINSIA-INEC, *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006/2007*. 2007, Ministerio de Salud - Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos: Managua.. Cerna, L., *Factores de riesgo de parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón durante el 2013 (Tesis de grado para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía)*. 2014, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua): Managua.
13. Goldenberg RL, Culhane FJ, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 371, Jan 5, 2008.
14. Cabero Roura L. Diagnóstico y tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro. Cap. 70. 2004. Vol 1. Edit Panamericana.
15. Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. Obstetricia. 3ra edicion. Santiago de Chile. Publicaciones Tecnicas Mediterraneo 1999, 37:545 – 559
16. Scwarcz R, Sala, Duverges. Obstetricia. Quinta edición, 1995:218.
17. Spong CY. Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.*2007. Aug; 110 (2 Pt 1): 405 -15.
18. CDC. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease MMWR, August 2002 17. Pérez Peña, Efraín. Atención Integral de la infertilidad. Aspectos psicológicos en infertilidad y pérdida gestacional recurrente. Cap. 28 (p. 451) Editorial Mex. III edición (2010).

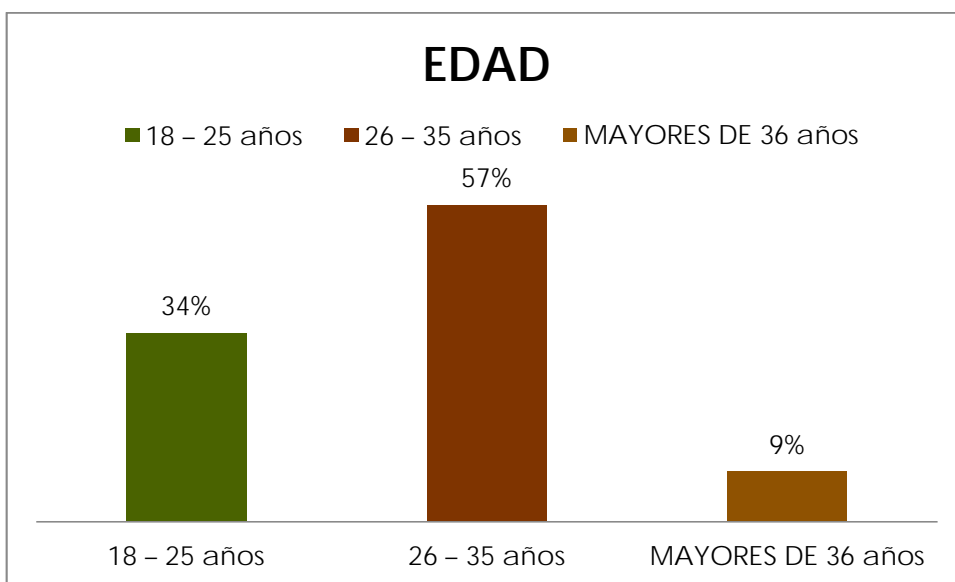
19. Kurkinen-Räty M et al Preterm delivery for maternal or fetal indications: maternal morbidity, neonatal outcome and late sequelae in infants. Br j obstet Gynecol 107: 648-655, 2000.38
20. Resultados perinatales de las mujeres con ruptura de las membranas ovulares entre las semanas 24 y 34 de gestación sometidas a manejo expectante en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín-Colombia. IATREIA; Vol 21, No 4-S (Año 2008).
21. Llaca Rodríguez Victoriano. Fernández Alba Julio. Obstetricia Clínica. 2002 Edit McGraw Hill.
22. Delzell JE, Lefevre ML. Urinary tract infections during pregnancy. Am Fam physician Feb 1, 2000.
23. Kacmaz B, Cakir O, et. Al. Evaluation of rapid urine screening test to detect asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Jpn J Infect Dis 59, 261- 263, 2006
24. Libbus MK. Review: specific combinations of symptoms effectively rule in the diagnosis of urinary tract infection based on history alone. Evid. Based Med. 2003;8 27.
25. ACOG PRACTICE BULLETIN. Clinical Management Guidelines for obstetrician y Ginecologist. number 31, October 2001.
26. Kenyon SL et al Broad Spectrum antibiotics for spontaneous preterm labour: the ORACLE II randomized trial. Lancet. 357: 989-94, 2001.
27. Kenyon SL et al Broad Spectrum antibiotics for preterm prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomized trial. Lancet. 357: 979-88, 2001
28. Tsatsaris V, Papatsonis D. Goffinet F et al. Tocolysis with nifedipine or beta-adrenergic agonist: a meta- analysis. Obsetet Gynecol 2001 May 97 (5 Pt 2): 840.

XIV. ANEXOS

TABLAS Y GRÁFICOS.

TABLA 1. EDAD

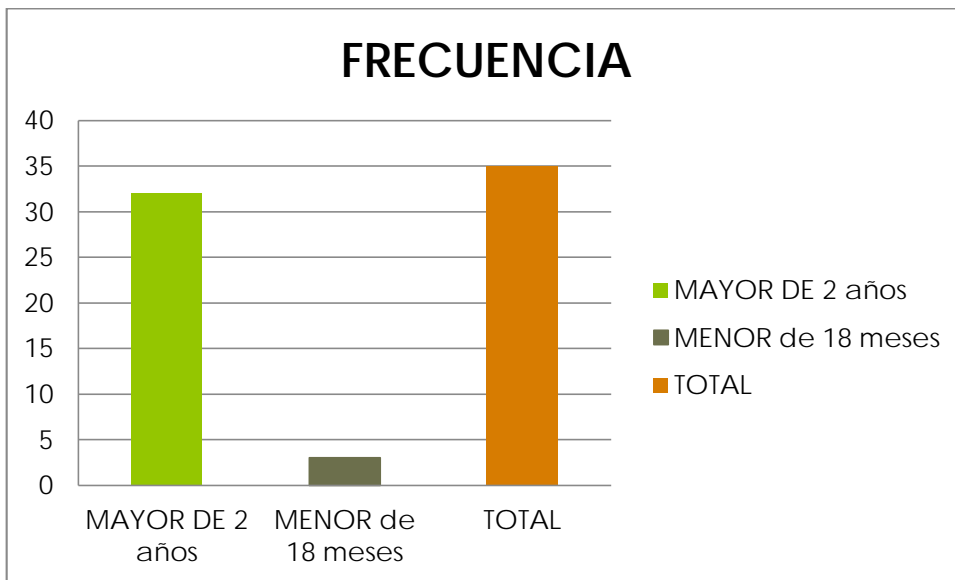
| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|------------|-------------|
| 18 – 25 años | 12 | 34% |
| 26 – 35 años | 20 | 57% |
| MAYORES DE 36 años | 3 | 9% |
| TOTAL | 35 | 100% |



N: 35. Fuente: Ficha de recolección de Datos.

TABLA 2. ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO.

| ENFERMEDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|------------|
| TOXOPLASMOSIS | 2 | 6% |
| HIOERTENSIÓN ARTERIAL | 1 | 3% |
| CARDIOPATÍA | 1 | 3% |



N: 35. Fuente ficha de recolección de Datos.

TABLA 3. PERIODO INTERGENÉSICO.

| PERIODO INTERGENÉSICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|-------------|
| MAYOR DE 2 años | 32 | 91% |
| MENOR de 18 meses | 3 | 9% |
| TOTAL | 35 | 100% |

N: 35. Fuente ficha de recolección de Datos.

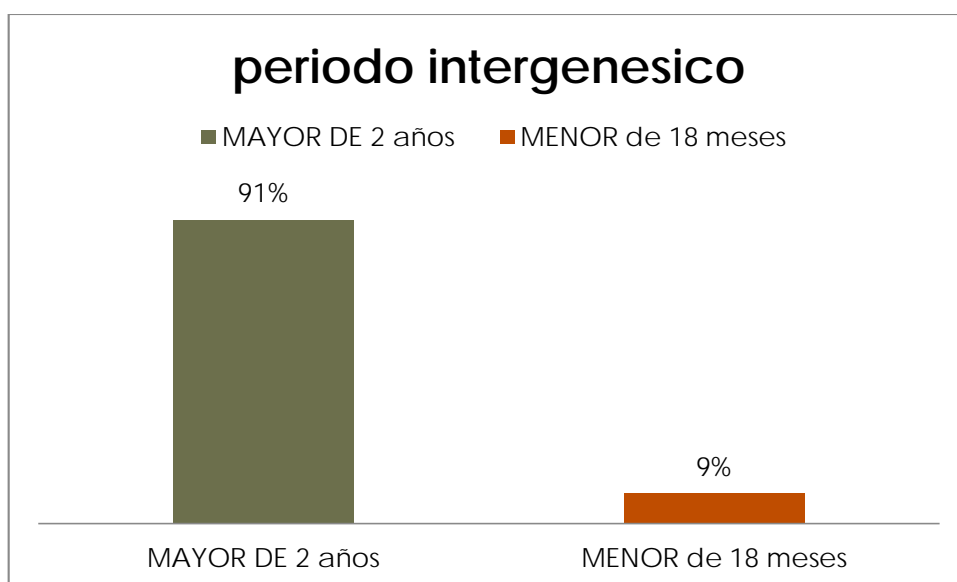
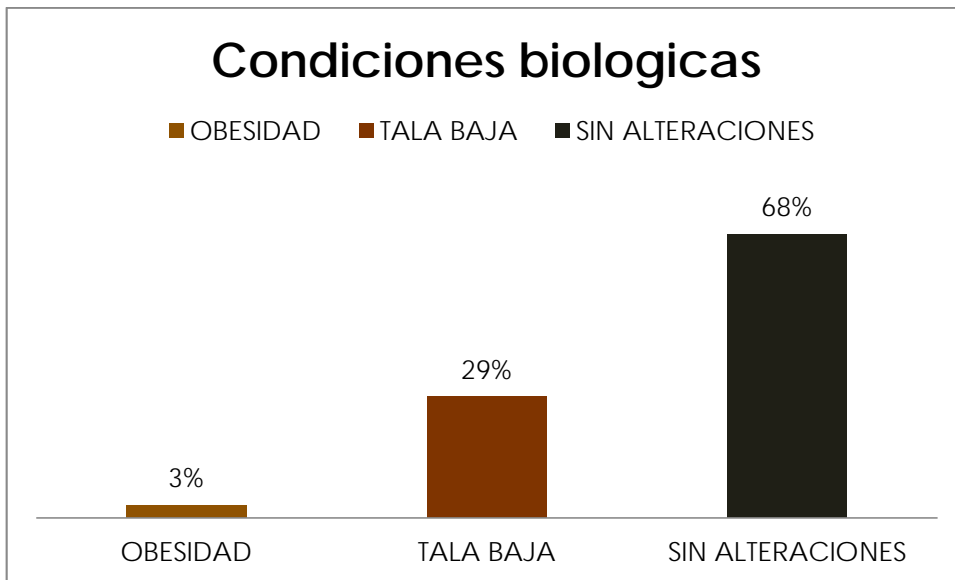


TABLA 4. CONDICIONES BIOLÓGICAS

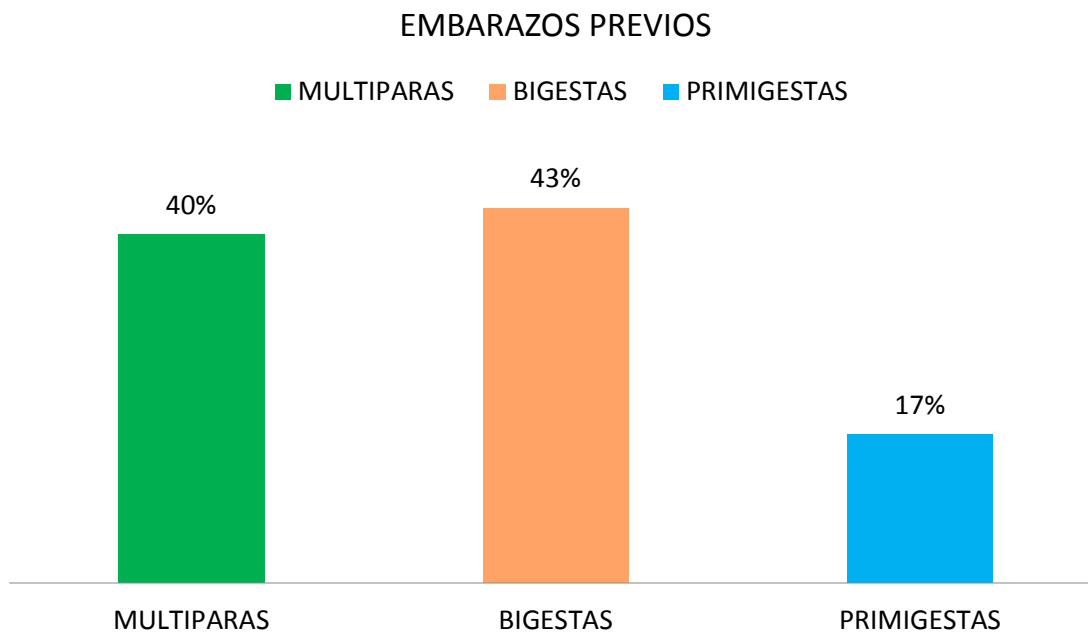
| CONDICIÓN BIOLÓGICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|-------------|
| OBESIDAD | 1 | 3% |
| TALA BAJA | 10 | 29% |
| SIN ALTERACIONES | 24 | 68% |
| TOTAL | 35 | 100% |



N: 35. Fuente: Fichas de recolección de Datos.

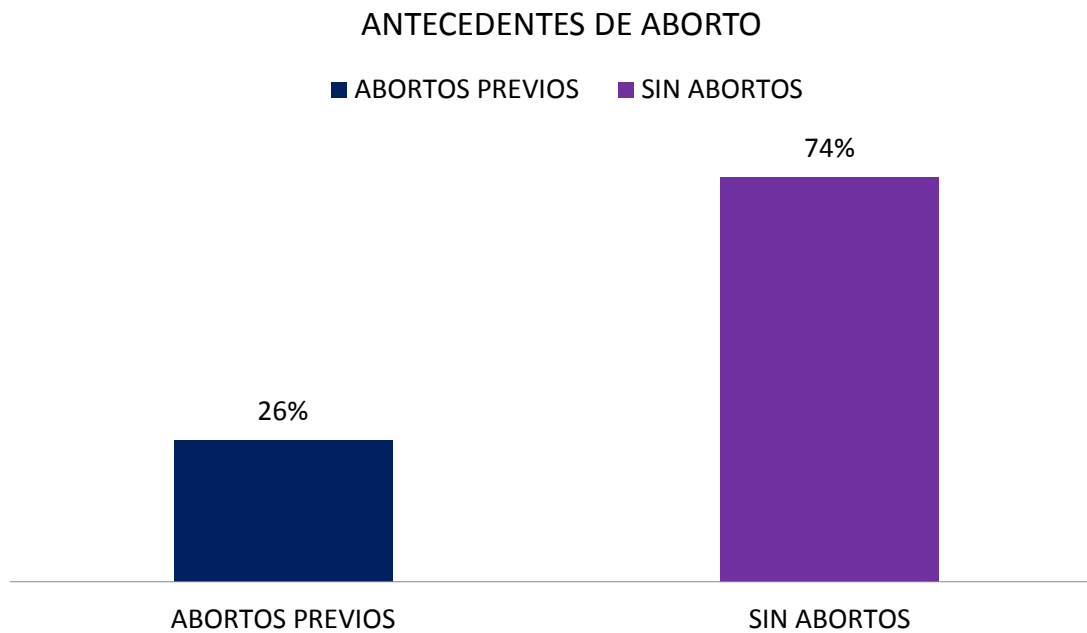
ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS.

GRÁFICO 1



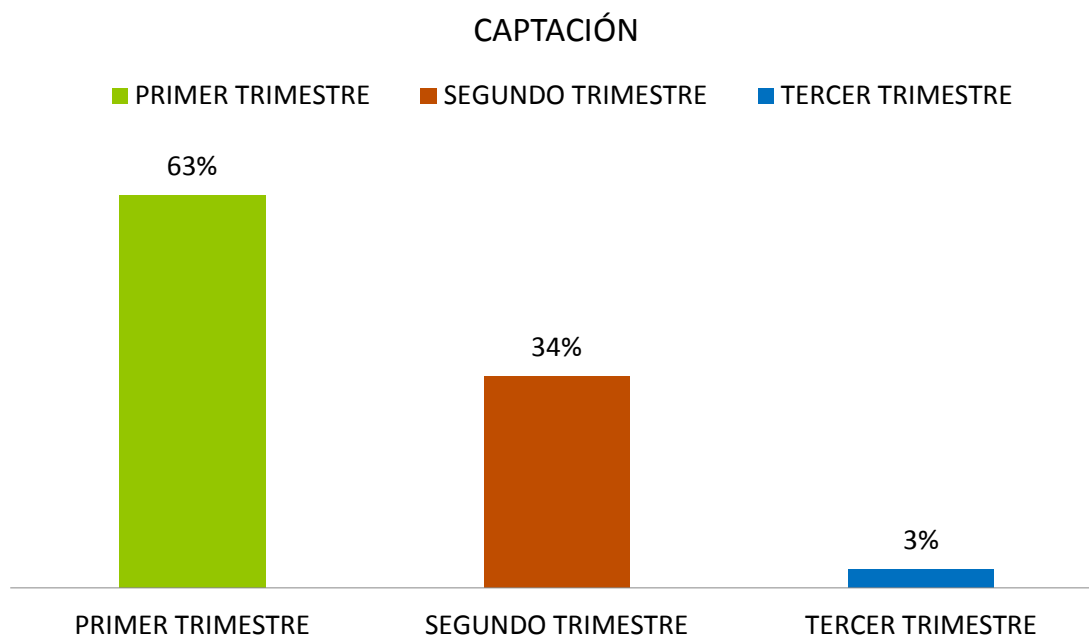
N: 35. Fuente: fichas por definición

GRÁFICO 2.



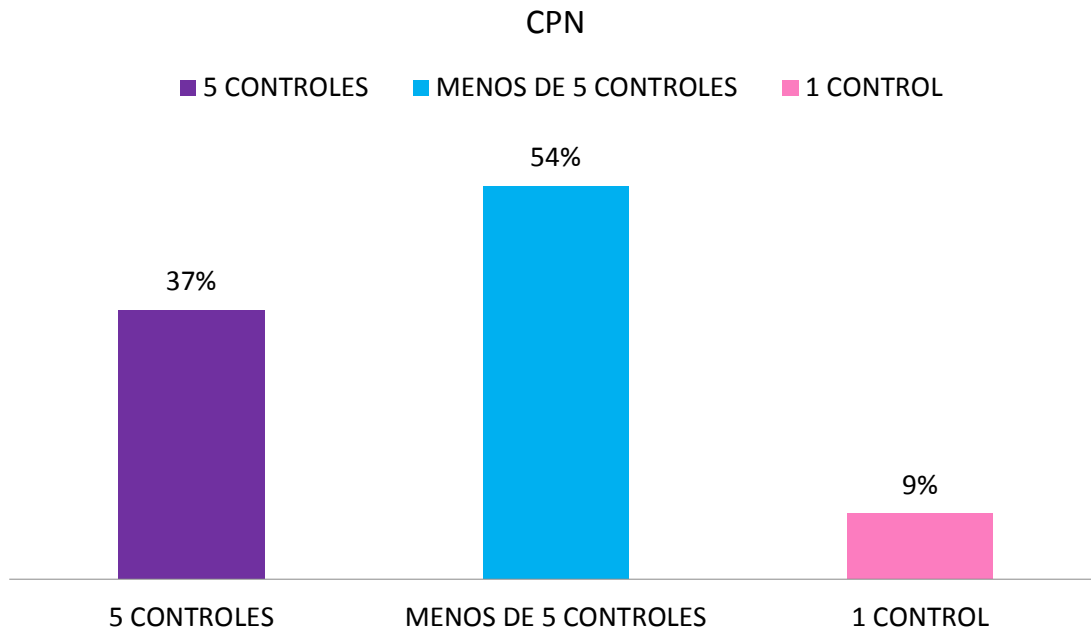
N: 35. Fuente: Fichas de recolección de datos.

GRÁFICO 3.



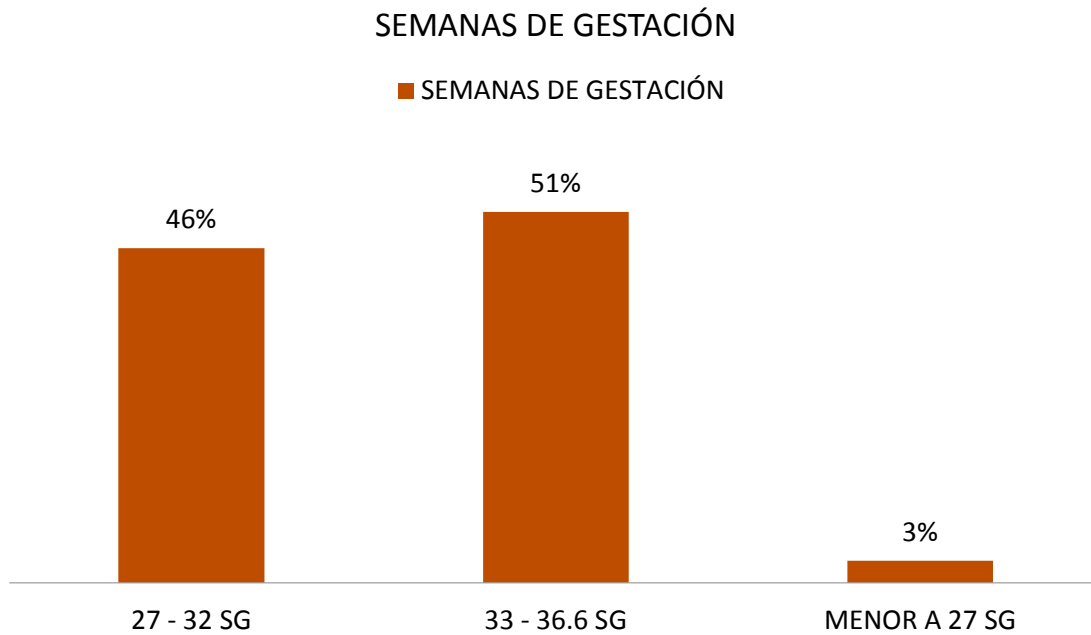
N: 35. Fuente: Fichas de recolección de datos.

GRÁFICO 4. CPN.



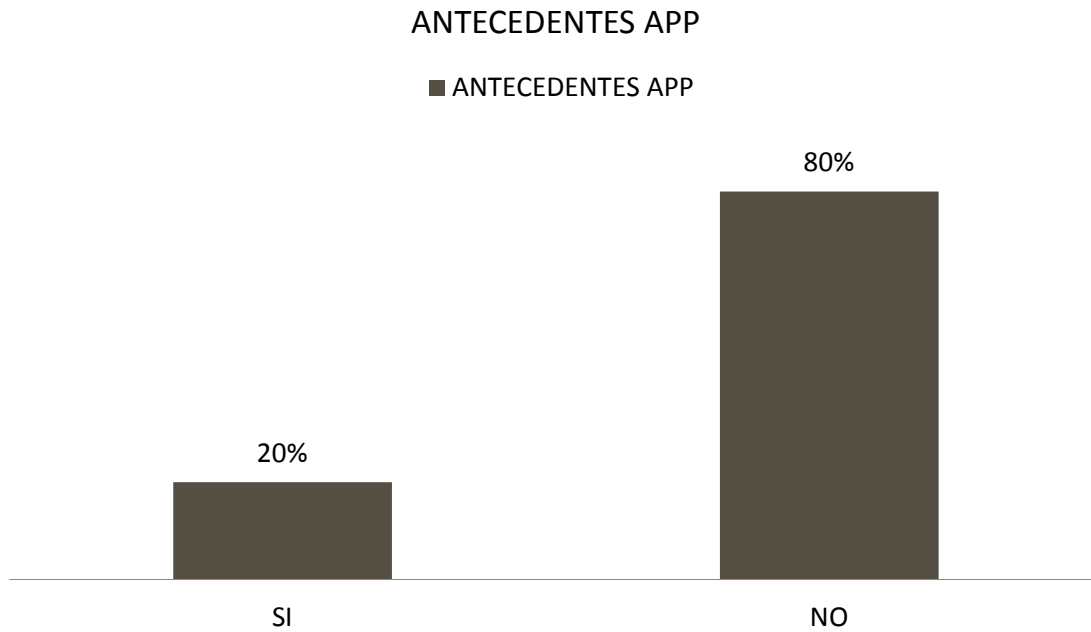
N: 35. Fuente: Fichas de recolección de datos.

GRÁFICO 5.



N: 35. Fuente: fichas de recolección de Datos.

GRÁFICO 6.



N: 35. Fuente: Ficha de recolección de Datos.

GRÁFICO 7.

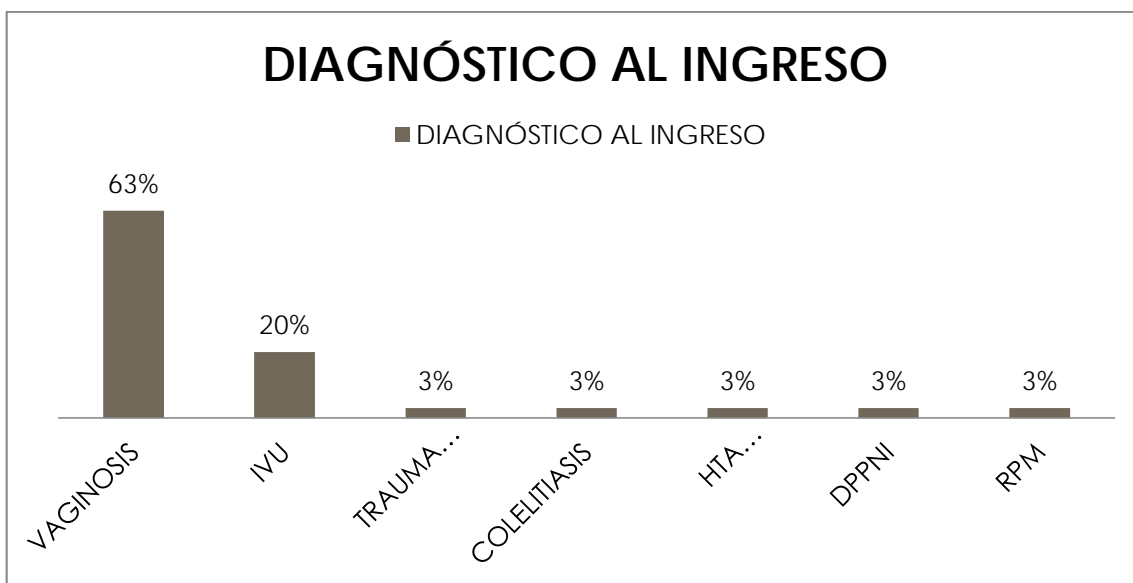
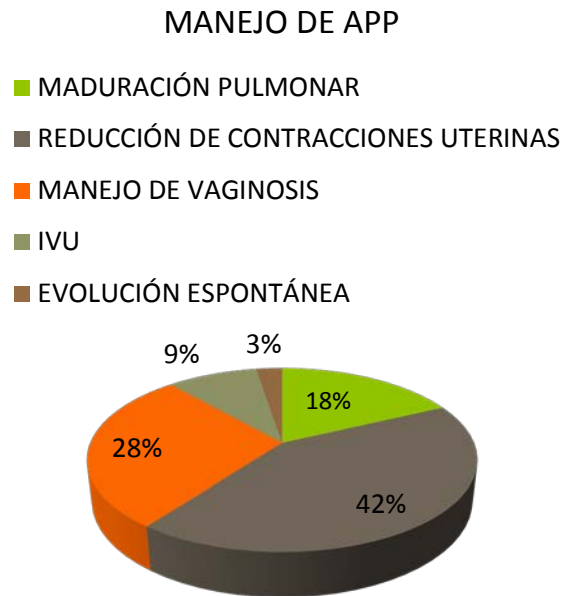


GRÁFICO 8



N: 35. Fuente: ficha de recolección de datos.

GRÁFICO 9

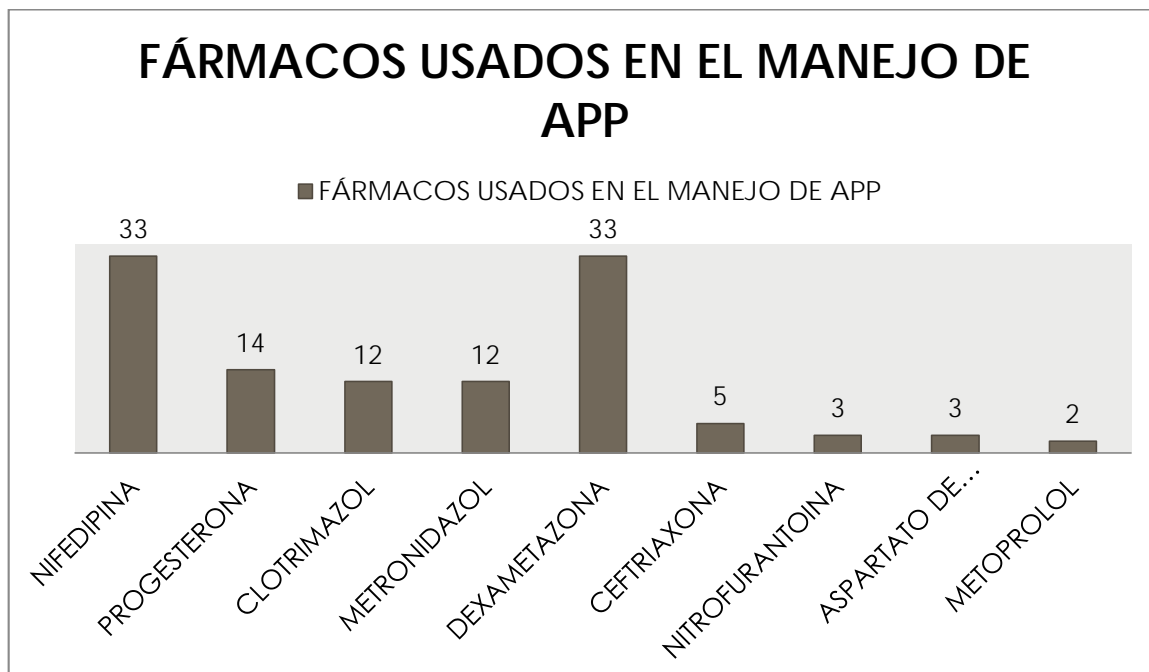
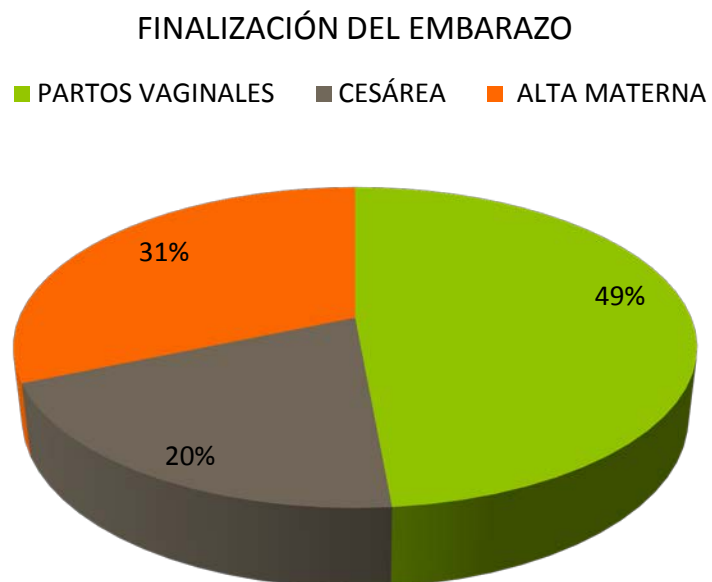


GRÁFICO 10



N: 35. Fuente: fichas de recolección de la información.

- Trabajo físico intenso si__1 no__2 sin dato __3
- Intervalo intergenésico < de 18 m si__1 no__2 sin dato __3
- Ingesta de bebidas alcohólicas
- si__ no__ frecuencia____ cantidad_____
- Tabaquismo
- si__ no__ frecuencia____ cantidad_____ Tiempo_____
- Otras Drogas si__ no__ Cuales_____
- Caries dental actual si__ no__ sin dato__
- RPM: si__ no__

Enfermedades crónicas durante el embarazo.

- Hipertensión arterial si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Diabetes si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Enfermedades del embarazo actual o anterior.
- Hipertensión gestacional si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Metrorragia antes de las 20 semanas si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Anemia si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Antecedente de parto prematuro si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Infección de tracto urinario si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Infecciones genitales si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- ITS si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Antecedentes de aborto si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Cesárea anterior si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)

Factores fetales

- Embarazo múltiple si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)

Factores placentarios

- DPPNI si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Placenta previa si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)
- Ruptura prematura de membrana si__ (1) no__ (2) sin dato __ (3)

Otros

Consultas Previas por amenaza de parto pre término

si ___no___ # Veces___

Tratamiento _____

2.4.4 Hospitalizaciones Previas por amenaza de parto pre término si ___no___

Veces

Tratamiento _____

Captación:

- a. Primer trimestre
- b. Segundo trimestre
- c. Tercer trimestre

III. Manejo de la APP:

19. Propósitos del manejo:

- a. Causa de la APP
- b. Reducir las contracciones uterinas.
- c. Inducir la maduración pulmonar.

Uso de medicamentos (Tocolíticos, maduración pulmonar, antibióticos):

| numero | Medicamentos | manejo | |
|--------|--------------|----------|------------|
| | | adecuado | inadecuado |
| | | | |
| | | | |
| | | | |