



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICINA Y
CIRUGIA**

Cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

Autores:

Br. Flavio Agustín Amador Cano

Br. Allython Jureth Peña Reyes

Tutor:

MSc. MD José de los Ángeles Méndez

Profesor Titular de la Facultad de Medicina

UNAN - Managua

Febrero, 2021

Contenido

AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
Capítulo I	1
1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 ANTECEDENTES	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.5 OBJETIVOS	8
a. General:	8
b. Específicos	8
1.6 MARCO TEÓRICO	9
Capitulo II	16
2.1 DISEÑO METODOLÓGICO	16
Capitulo III	24
3.1 RESULTADOS	24
3.2 DISCUSIÓN	29
3.3 CONCLUSIONES	32
3.4 RECOMENDACIONES	33
Capitulo IV	34
4.1 BIBLIOGRAFÍA	34
Capítulo V	37
5.1 ANEXOS	37

AGRADECIMIENTOS

A Dios, nuestro Padre Celestial, por la vida, la salud, la sabiduría y las fuerzas, para llegar a culminar esta gran meta en nuestra vida con éxito.

A nuestros padres y familia, por su apoyo incondicional, siempre a nuestro lado en momentos buenos y malos, apoyándonos e impulsándonos a luchar para alcanzar nuestros sueños.

A nuestros maestros, por sus enseñanzas y transmisión de sus conocimientos de la mejor manera posible, depositando en nosotros el deseo y el amor de ayudar al prójimo.

A nuestro tutor, por su paciencia, sus enseñanzas y el apoyo para culminar este peldaño con éxito, gracias por su tiempo y dedicación a este trabajo investigativo en pro de nuestra educación.

DEDICATORIA

A Dios, Padre Celestial, por darme el regalo de la Vida, la salud, la fuerza y sabiduría para alcanzar este peldaño en mi vida profesional.

A mis padres, Agustín Amador y Norma Cano, por sus esfuerzos, dedicación, sacrificio y apoyo incondicional a lo largo de los años, que me han permitido lograr esta meta, gracias por todo su amor y dedicación.

A mis hermanos, demás familiares y amigos que de una u otra manera hicieron de mí una persona de bien conduciéndome correctamente y brindándome consejos oportunos.

A mi Maestro, el Dr. José de los Ángeles Méndez, por ser una persona admirable tanto personal como profesionalmente, por sus enseñanzas y permitirme culminar esta etapa de mi carrera.

Flavio Agustín Amador Cano

A Dios Padre, por brindarme la sabiduría e inteligencia para alcanzar esta meta, su misericordia y Amor inigualable.

A mis padres, Giovell Peña Latino y Sheyla Reyes Blanco, agradeciéndoles su apoyo incondicional, amor, valores y guiarme por el sendero de la verdad.

A mis hermanos, Dorwin Reyes y Guiovell Peña, por su motivación constante para no desistir.

A nuestro tutor, Dr. José de los Ángeles Méndez, por sus tutorías para la realización de este trabajo y formación como médicos.

Allython Jureth Peña Reyes

Cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

Autores: Amador Cano Flavio Agustín, Peña Reyes Allython Jureth

Tutor: Méndez José de los Ángeles, MD, MSc. Esp. G & O

RESUMEN

Introducción: La amenaza de parto pretérmino (APP) es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas, con o sin alteraciones en la dilatación cervical, en una mujer que tiene entre las 22 y 36 semanas y 6 días de gestación.

Objetivo: Evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

Diseño Metodológico: El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Con un período de 12 meses de estudio; se tomaron todos los expedientes disponibles con un total de 100 (Universo Muestral). Los datos se analizaron con el programa Statistical package for the social sciences (v25), se aplicó estadística descriptiva. Para evaluar el cumplimiento, se utilizó herramienta formularia, ya validada por el MINSA a nivel nacional.

Resultados: Dentro de los criterios de diagnóstico clínico que se cumplieron en el 100% según normativa, se encuentran: la realización de ultrasonido para corroborar la edad gestacional y el número de fetos, la historia de parto pretérmino, la sintomatología de parto pretérmino. , los expedientes clínicos cumplieron en el 100% con relación a lo dosis de ataque de nifedipina, dosis de mantenimiento de nifedipina, maduración pulmonar con dexametazona, la no inducción del trabajo de parto y evitar el uso de oxitócicos y dejar en evolución espontánea.

Palabras clave: APP, protocolo, cumplimiento.

Capítulo I

1.1 INTRODUCCIÓN

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal

La amenaza de parto pretérmino (APP) es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas, con o sin alteraciones en la dilatación cervical, en una mujer que tiene entre las 22 y 36 semanas y 6 días de gestación (MINSA, 2018).

La amenaza de parto pretérmino es una emergencia obstétrica y constituye un problema para la salud de la población. El 75% de la mortalidad infantil está relacionada con el trabajo de parto pretérmino. Este síndrome no solo causa angustia financiera y emocional a la familia, sino que también puede provocar una discapacidad permanente en la población infantil (Halimi Asl, Safari, & Parvareshi Hamrah, 2017)

Las estrategias en busca de la reducción de la mortalidad infantil aplicadas en medicina preventiva y medicina curativa, ha tenido avances con un gran impacto en la práctica clínica diaria; sin embargo a pesar de las contribuciones de la perinatología y a los conocimientos de los procesos reproductivos, la amenaza de parto y parto pretérmino continúan siendo uno de los problemas más importantes asociado históricamente con un mayor índice de mortalidad, morbilidad y secuelas en el neurodesarrollo (Quinn et al., 2016).

En Nicaragua la amenaza de parto pretérmino constituye el 18% de atención ginecológica obstétrica, siendo el segundo motivo de consulta en el Hospital Bertha Calderón Roque. Para reducir la incidencia de esta afección el Ministerio de Salud, establece usar la normativa para el abordaje de las complicaciones obstétricas y que sea aplicado por todo el personal sanitario a cargo de la atención de la mujer embarazada.

Teniendo en cuenta esta información y en base a la epidemiología nacional y las consecuencias que trae la amenaza de parto pretérmino, se propone indagar sobre el cumplimiento del protocolo del MINSA en el Hospital Bertha Calderón Roque en Nicaragua, como indicador de calidad de la atención médica aplicada a la salud materna y fetal.

1.2 ANTECEDENTES

Para evaluar el cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

Estudios Internacionales:

Durante el año 2014, un estudio titulado “*Prevalencia y factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014*”. De tipo transversal, retrospectivo. El universo estudiado fueron 301 casos de parto pretérmino. La prevalencia fue de 1.72%. El 58.4 % de los casos correspondieron a pacientes con edades comprendidas entre 21 a 35 años, seguidas del 30.8 % con edades menores de 20 años. El 60.1% de las pacientes reside en el área urbana. La instrucción del 48.5 % de pacientes fue secundaria. Un 2,0% fueron pacientes analfabetas.

El estado civil corresponde en 42.4 % a unión libre. El 52.2% % de pacientes, eran multíparas, definiéndose este grupo como mujeres que han tenido entre 2 y 6 partos. El 59.1 % realizaron de 1 a 5 controles prenatales. El 92.7 % de las pacientes no tuvieron un antecedente de parto pretérmino (Balladares Tapia & Chacón Jarama, 2016).

En el año 2018, se realizó el estudio titulado “*Factores clínicos, sociodemográficos y culturales asociados al desarrollo de amenaza de parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital San Vicente de Paúl*”. Estudio observacional, analítico de tipo casos y controles. Con 191 casos y 100 controles. En relación con la edad, se encontró que el grupo de pacientes menores de 19 años y mayores de 35 años fue de 43,3% comparado con el grupo de 20 a 34 años que fue de 29,4%. La etnia afroecuatorialiana e indígena (35,1%) presentó mayor riesgo de parto prematuro (OR 1,65) comparado con la etnia mestiza, con asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

El 90,5% de los casos presentó preeclampsia y constituyó un factor de riesgo para parto prematuro OR 22.167 (IC. 5.04 – 97.38%) ($p < 0,05$); al igual que la insuficiencia de cuello

uterino y el número de controles prenatales menor a 5 se asociaron con el parto prematuro con OR de 3.24 (IC. 1.21 – 8.66%) ($p < 0,05$) y con OR 2,411 (IC. 1,46 - 3,99%) ($p < 0,001$) respectivamente. Los factores clínicos como el periodo intergenésico, ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario y el antecedente de parto prematuro no se asociaron significativamente (Martínez Sierra & Vasco Morales, 2018).

En el año 2019, el estudio titulado “*Caracterización de madres con amenazas de partos prematuros, Hospital Nacional “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo, Municipio de Ilopango, San Salvador, El Salvador, julio 2017-junio 2018*”. De tipo descriptivo, de corte transversal. Con un total de 36 expedientes analizados. En relación a los datos demográficos se observa que (58 %) de las madres oscilaban entre las edades de 20 a 34 años, (36 %) fueron \leq de 19 años y (6 %) \geq de 35 años. El nivel educativo (50%) madres habían estudiado de 7- 9 Grado, (25%) tenían un nivel académico de cuarto a sexto grado, (14%) habían estudiado hasta tercer grado, (8%) alcanzaron el Bachillerato. La procedencia (81%) venía de la zona urbana, (11%) venían de la zona rural y (8%) venían de una zona urbana marginal.

En relación a las infecciones de transmisión sexual, (100%) de las madres no presentaron ninguna infección durante el embarazo. Los antecedentes de parto prematuro (86%) de las madres no tenían y (14%) si había tenido. Las infecciones del tracto urinario (94%) de las madres no presentaron infección de vías urinarias, pero si 2(6%). Con respecto a los antecedentes patológicos de las madres con parto prematuro, se identificaron que ninguna padecía de enfermedades crónicas, como: diabetes, hipertensión, problemas de tiroides, lupus eritematoso, alcoholismo, pero un bajo porcentaje presentaron anemia, asma bronquial (Rivera de Mendoza, 2019).

Estudios Nacionales:

Durante el año 2013, el trabajo titulado “*Manejo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes ingresadas en la sala de gineco-obstetricia del Hospital Victoria Motta, del 1 de enero al 31 diciembre del 2012*”. De tipo descriptivo, de corte transversal. Mujeres adultas entre 20-34 años de edad (62%), de procedencia rural (64.8%), con escolaridad ninguna y primaria (58.1%) y estado civil acompañada (71%). Con respecto a las características gineco-obstétricas, la mayoría eran multigestas con dos o más gestaciones (66.6%), se habían

realizado 4 o más controles prenatales (61.9%), entre 28-36 semanas de gestación (91.4%) y solamente el 4.8% había sufrido ruptura prematura de membranas, en el 95.2% restante de los casos se identificaron otras causas de APP.

En el manejo farmacológico se determinó que el principal fármaco uteroinhibidor utilizado fue aquel que no está incluido dentro de la norma de atención de la amenaza de parto pretérmino, principalmente el Fenoterol, el cual correspondió al 57.1% de los casos; Ritodrine y Nifedipina fueron utilizados en 20.5% y 17.1% de los casos respectivamente y en 5.2% no se usaron fármacos útero-inhibidores. En el 25.5% de los casos en los que se usó un fármaco uteroinhibidor las dosis e intervalo de dosis fue incorrecto. La maduración pulmonar fetal fue utilizada en 179 pacientes de las cuales fue administrada de forma adecuada en el 78.8% de los casos. Solamente en un 11% se cumplió los criterios de la norma de APP (Córdona Báez & Chávez Medina, 2013).

En el año 2014, la investigación con título “*Cumplimiento del protocolo para la atención de Embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino, Servicio de Ginecología, Hospital Bautista, Julio-Diciembre 2013*”. De tipo descriptivo, de corte transversal; con un total de 50 expedientes analizados. La edad que predomina fue entre la de pacientes los 25-29 años de edad con (72%). En relación al estado civil (82%) de las pacientes eran casadas. El nivel de escolaridad de las pacientes en su mayoría es la educación superior con (44%). Se estudiaron sus antecedentes gineco-obstétricos encontrándose (10%) de las pacientes habían tenido 5 o más embarazos anteriores, (40%) habían tenido de 3 a 4 embarazos anteriores, (30%) de 1 a 2, y (28%) pacientes no tenían gestación previa.

Se encontró que el (78%) cumplían criterios para amenaza de parto pretérmino según el protocolo. Para el diagnóstico en pacientes ingresadas por APP se encontró que se realizó ultrasonido obstétrico en (62%), EGO en (76%). Por lo que se estableció una valoración como buena en (42%) de los casos, regular en (38%) y mala en (20%). Para la aplicación del tocolítico de ataque ya sea nifedipina o ritodrine se aplicó en todos (100%) los casos; el tocolítico de mantenimiento se aplicó en 49 (98%) de las pacientes; se indicó de reposo relativo o absoluto en 25 (50%) de las pacientes que se logró controlar. Se realizó una valoración combinada del cumplimiento diagnóstico y terapéutico en el cumplimiento del

protocolo en amenaza de parto pretérmino en centrándose como manejo bueno en (38%), regular en (60%) y malo en (2%) (Barreda Ventura & Duarte Frenky, 2014)

Durante el año 2017, se realizó la investigación *“Nivel de Cumplimiento del Protocolo de la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestaciones ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016”*. Estudio descriptivo de corte transversal. Se estudiaron 60 pacientes con embarazos. Las mujeres en estudio, eran menores de 19 años (48%). El 70% de mujeres no poseían antecedentes patológicos personales. El 52% se había realizado más de 4 controles. Con el estado del cuello uterino (borramiento menor del 50% con una dilatación menor de 3 cm y comprobando la integridad de las membranas) se constató en el 72%.

Tomando en cuenta la lista de chequeo para verificar el nivel de cumplimiento del protocolo de amenaza de parto pretérmino, en el diagnóstico clínico de las mujeres en estudio, la presencia de contracciones uterinas regulares (2 o más contracciones en 10 minutos) se verificó (84%); la salida de flujo vaginal mucoide o sanguinolento se constató en (52%); la edad gestacional se plasmó en (100%); en relación a la indicación de tratamiento no farmacológico, se encontró que, con respecto a la indicación del reposo relativo, el 94% de expedientes cumple con el criterio, la indicación del tratamiento farmacológico, el uso de la dosis de ataque de Nifedipina, se constató en (86%); así como la indicación de la dosis de mantenimiento de Nifedipina estuvo plasmado en el (94%); en relación a la indicación del uso de corticoides, el (76%) cumple con la aplicación. Solamente el 34% de todos los expedientes cumplió con los criterios de la lista de chequeo (Vallecillo Rosales & Ramos Rugama, 2017)

1.3 JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino es un problema de salud pública por las repercusiones sobre la vida del niño y afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentado diferencias según el nivel de desarrollo de cada país, a pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. (R. L. Goldenberg, Goepfert, & Ramsey, 2005).

La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad y la responsable del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido (Álvarez-Yañez & Pérez-Bayona, 2017)

Con la realización de este estudio, se determinará el nivel de cumplimiento del protocolo realizado por el MINSA, para el manejo de la amenaza de parto pretérmino, y así establecer la calidad de la atención médica de los trabajadores de la salud, aplicando la lista de chequeos con el objetivo de identificar las debilidades y deficiencias; con esto aportar al cambio de todos aquellos involucrados en la atención de las emergencias obstétricas.

Se realiza el estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque, ya que es una unidad de tercer nivel de atención que cuenta con emergencias obstétricas, servicio de hospitalización de ARO y ginecología, entre otras; mostrando la realidad de la amenaza de parto pretérmino en la población nicaragüense y constituyendo un estudio base para ampliar a todas las unidades donde se atienden a embarazadas con esta patología.

Los resultados del estudio podrán ser utilizados para evaluar a los médicos residentes encargados de la sala de ARO, para conocer las debilidades en el manejo de esta patología; y crear métodos que permitan una mejor atención, contribuyendo a disminuir los índices de prematurez y conservar el binomio madre-hijo.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto pretérmino se asocia con el 5-18% de los embarazos y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil (Huertas Tacchino, 2018)

Además de la mortalidad infantil, la amenaza de parto pretérmino, genera costos económicos para la mujer y su familia, para los centros hospitalarios. Por tal motivo, las instituciones de salud establecen protocolos de atención, para hacer frente a esta afección clínica, monitoreando las causas más frecuentes, las características asociados y su tratamiento (Romero, Dey, & Fisher, 2014).

Nicaragua cuenta con la normativa -077 para el abordaje del alto riesgo obstétrico (ARO), en el cual se incluye la amenaza de parto pretérmino; permitiendo protocolizar tanto el diagnóstico como el tratamiento, facilitando así el actuar del clínico en todo el territorio nacional. Según un estudio del año 2016, la cantidad de mujeres embarazadas con diagnóstico de APP fue de alrededor 60 pacientes durante el 1er semestre de ese año (Vallecillo Rosales & Ramos Rugama, 2017) ; no se cuentan con estadísticas oficiales por año y por departamentos del país; lo que realizar estudios sobre este problema de salud pública sea vital, para así determinar el grado de esta patología en la población diana según edad y sexo

Según la evidencia científica disponible la amenaza de parto pretérmino, se considera un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo; por lo cual evaluar el manejo establecido por el Ministerio de Salud de Nicaragua, constituye un indicador de la salud materno-fetal.

Por lo tanto, se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es el nivel de cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019?

1.5 OBJETIVOS

a. General:

- Evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

b. Específicos

1. Describir las características socio-demográficas del grupo de mujeres en estudio.
2. Identificar los datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.
3. Evaluar el cumplimiento de los criterios de diagnóstico clínico de amenaza de parto pretérmino del grupo de mujeres en estudio.
4. Evaluar el cumplimiento del tratamiento aplicado en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres en estudio.
5. Mencionar evolución del embarazo del grupo de mujeres en estudio.

1.6 MARCO TEÓRICO

Definición:

La amenaza de parto pretérmino (APP), es 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.

Epidemiología

Aproximadamente 30 a 35% de los partos prematuros están indicados, 40 a 45% siguen al parto prematuro espontáneo y 25 a 30% siguen a la ruptura prematura de membranas. Los nacimientos que siguen al trabajo de parto espontáneo y la ruptura prematura de membranas se denominan juntos nacimientos prematuros espontáneos. La contribución de las causas de los nacimientos prematuros a todos los nacimientos prematuros difiere según el grupo étnico. El parto prematuro espontáneo es causado más comúnmente por el trabajo de parto prematuro en mujeres blancas, pero por RPM en mujeres negras. Los nacimientos prematuros también se pueden subdividir según la edad gestacional: aproximadamente el 5% de los nacimientos prematuros ocurren en menos de 28 semanas (prematuridad extrema), alrededor del 15% a las 28-31 semanas (prematuridad severa), alrededor del 20% a las 32-33 semanas (prematurez moderada) y 60-70% a las 34-36 semanas (casi término) (Robert L. Goldenberg, Culhane, Iams, & Romero, 2008).

Fisiopatología (Gotsch et al., 2007)

Tres componentes principales contribuyen al trabajo de parto: cambios cervicales, contracciones uterinas persistentes y activación de la decidua y las membranas. La diferencia entre el trabajo de parto a término y prematuro es que el primero ocurre a través de un proceso fisiológico normal y el segundo es patológico. Algunos procesos son agudos y otros pueden tardar varias semanas antes del parto prematuro.

Uno de los eventos clave que ocurren en el trabajo de parto prematuro que es patológico es el síndrome de respuesta inflamatoria fetal (FIRS) que involucra inflamación sistémica y elevación de la interleucina-6 plasmática fetal, típicamente en respuesta a un desencadenante como la corioamnionitis. El hipotálamo fetal envía una señal que conduce a la secreción de CRH, lo que estimula la liberación de ACTH y, por lo tanto, la producción de cortisol por las

glándulas suprarrenales fetales, lo que desencadena la activación de la vía del parto. Un influjo de células inflamatorias en el estroma cervical conduce a la liberación de citocinas y prostaglandinas que estimulan la maduración cervical. Estos cambios influyen en las estructuras del colágeno y los glucosaminoglucanos que forman el tejido cervical. El estrógeno estimula la degradación del colágeno mientras que la progesterona la inhibe. Por lo tanto, la progesterona se usa para prevenir o retrasar la maduración. Ambas hormonas están implicadas en la regulación de la formación de uniones gap y en la regulación positiva de las proteínas conexina 43 que contribuyen al parto.

Además, las contracciones son un factor integral que contribuye al trabajo de parto. El cambio de contracciones miométricas descoordinadas a contracciones uterinas coordinadas se atribuye al control neural. La oxitocina juega un papel fundamental en el ritmo circadiano de estas contracciones.

La degradación de la matriz extracelular se evalúa mediante la detección de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales y también es parte del proceso de parto. Cuando se detecta entre las 22 y las 37 semanas de edad gestacional, indica la interrupción de la interfaz coriónica decidual y un mayor riesgo de parto prematuro. La evidencia implica que la apoptosis es un factor crítico que conduce al proceso anterior.

Clasificación

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la nomenclatura para su codificación está comprendida en lo concerniente a Embarazo, Parto y Puerperio (O00-O99).

- Amenaza de Parto Pretérmino (APP) (O60-075)
- Trabajo de Parto Pretérmino: O60.

Etiología

- Causas maternas: Infecciones Cervicovaginales, Infecciones Urinarias, Síndrome Hipertensivo Gestacional, Ruptura Prematura de Membranas Oculares, Enfermedad Aguda o Crónica, complicaciones Obstétricas, Sangrado anteparto, edad materna avanzada.
- Causas Fetales: Malformaciones Fetales, embarazos múltiples, macrosomía, polihidramnios y TORCH.

- Causas socio-ambientales: Estrés (laboral, psicosocial), ansiedad, tabaquismo, drogadicción.
- Causas externas: Traumas directos (golpes, caídas, coitos bruscos). Traumas indirectos: desaceleraciones.

Antecedentes Prenatales

El riesgo de recurrencia en mujeres con un parto prematuro anterior oscila entre el 15% y más del 50%, dependiendo del número y la edad gestacional de los partos anteriores. Mercer et al.⁴⁰ informaron que las mujeres con partos prematuros anteriores tenían un riesgo de 2 a 5 veces mayor en su próximo embarazo. El riesgo de otro parto prematuro está inversamente relacionado con la edad gestacional del parto prematuro anterior. El mecanismo de la recurrencia no siempre está claro, pero las mujeres con partos prematuros espontáneos tempranos tienen muchas más probabilidades de tener partos prematuros espontáneos posteriores; las mujeres con partos prematuros indicados tienden a repetir tales partos. Las infecciones intrauterinas persistentes o recurrentes probablemente expliquen muchos partos prematuros espontáneos repetidos. El trastorno subyacente que causa los partos prematuros indicados, como la diabetes, la hipertensión o la obesidad, persiste con frecuencia entre embarazos (Mercer et al., 1999).

Diagnóstico

Los pilares fundamentales para el diagnóstico son:

- Edad gestacional por FUM o primera fetometría cuando hay dudas en la FUM.
- Características de las contracciones uterinas.
- Estado del cuello uterino (longitud cervical < de 20 mm).

Características Clínicas

- Gestación entre 22 y 36 semanas + 6 días a partir de la FUM confiable. Para confirmar el diagnóstico se debe apoyar y/o correlacionar los aspectos clínicos y de gabinete (Ultrasonografía).
- Si existe duda sobre la FUM o ésta se desconoce, la fetometría inicial y el peso fetal son los elementos de mayor importancia.

- La medida de la altura uterina es otro elemento importante que ayuda al diagnóstico del embarazo pretérmino. Ideal sería una medida de longitud cráneo caudal 11-14 semanas (donde se disponga). Lo más importante es dar seguimiento con la primera fetometría que se obtenga.
- Síntomas: Sensación de peso en hipogastrio, puede o no existir dolor intermitente abdominal de predominio en hipogastrio y que se irradie o no a la región lumbo-sacra.
- Signos: Salida de flujo vaginal mucoide o sanguinolento, contracciones uterinas persistentes dolorosas o no dolorosas comprobadas clínicamente y/o registros electrónicos de frecuencia 1 cada 10 minutos con duración palpatoria de 30 segundos y que están presentes durante un lapso de 60 minutos o más; también hay modificaciones cervicales con dilatación menor de 3 cms.
- Presencia de contracciones uterinas regulares (dos o más contracciones en 10 minutos) más de 6 en una hora.

Modificaciones Cervicales

- Amenaza de parto pretérmino: Borramiento del cérvix 50 % o menos y con una dilatación menor de 3 cms.
- Inicio del trabajo de parto
- ✓ En Nulíparas: Borramiento del 100%, Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.
- ✓ En Multíparas: Borramiento del 50%, Dilatación de 3-4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.
- Trabajo de parto pretérmino: Borramiento: 50-100%, dilatación: 4-10 cm (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso fetal.

Exámenes Complementarios

- Ultrasonido (donde esté disponible). Debe documentar: Número de fetos, peso fetal, presentación, localización placentaria, curva de crecimiento fetal, volumen de líquido amniótico y otras condiciones fetales que pudieran ser causas o influir en el manejo de la amenaza de parto pretérmino.
- Medición del cuello: La medición de la longitud del cérvix uterino por ultrasonido vaginal identifica a las embarazadas con riesgo de parto pretérmino. La longitud cervical permanece constante hasta el III trimestre (30 y 40 mm); la LC es inversamente proporcional al riesgo de parto pretérmino.
- Exámenes de laboratorio: Deben indicarse según impresión diagnóstica basada en historia clínica y el examen físico. Para establecer diagnóstico etiológico como infección urinaria o infecciones de transmisión sexual que está asociados a amenaza de parto pretérmino. Es indicativo: BHC, EGO, Gram y KOH en exudado vaginal, Cultivo de secreción vaginal.

Manejo ambulatorio

De forma ambulatoria se atenderán embarazadas que cursen con amenaza de parto pretérmino diagnosticadas clínicamente durante la atención y SIN modificaciones cervicales. Se debe observar por 2 horas, se enviarán exámenes complementarios básicos y se identificará la posible causa y tratarla. Si la dinámica uterina cesa y continúa sin modificaciones cervicales, se manejará ambulatoriamente.

a. Tratamiento no farmacológico

- * No indicar reposo absoluto en cama domiciliario en embarazos con feto único.
- * Reposo relativo con períodos en decúbito lateral izquierdo y no realización de actividades físicas excesivas, incluyendo relaciones sexuales. (NE-IV, GR-D).
- * Ingesta de líquidos a demanda.
- * Ingerir alimentos ricos en fibra, por ejemplo, pan integral, repollo, papa sin cáscara, coliflor, zanahoria, manzana, lechuga, apio, naranja.
- * Tratar la causa de la amenaza de parto pretérmino.

b. Tratamiento farmacológico

1) NIFEDIPINA DE ACCIÓN RÁPIDA: La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis, previa valoración de la actividad uterina. Si no hay actividad uterina, entonces suspenderla.

* Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días.

* No utilizar Nifedipina sublingual por sus efectos adversos (produce hipotensión severa).

* En embarazos gemelares el manejo farmacológico es igual que fetos únicos.

* La Nifedipina fue comparada contra todos los tocolíticos (Ritodrina y Fenoterol) siendo superior en resultados de uteroinhibición y prolongar al menos 48 horas el nacimiento pretérmino. (NE-Ia).

* Después de 2 horas, si no hay respuesta a nifedipina, refiera para Hospitalización. (La falta de Respuesta a la Nifedipina se define como no cese de la actividad uterina + Progresión de modificaciones cervicales).

* No se debe de realizar conducción del trabajo de parto (uso de oxitocina) a la paciente en trabajo de parto pretérmino, se recomienda dejar en evolución espontanea, salvo indicación materna y/o fetal de riesgo.

* Si no hay disminución de actividad uterina y hay progresión de las modificaciones cervicales: Ingresar para vigilancia y atención (en Manejo con Nifedipina). Se recomienda no progresar a fármacos tocolíticos por vía intravenosa una vez que se usó nifedipina.

* No indicar beta miméticos intravenosos ni orales de mantenimiento.

2) Dexametazona 6mg IM c/12hrs por 4 dosis, entre las 23-36 semanas 6 días de gestación, y en cesáreas programadas antes de las 39 semanas.

3) Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 02 dosis. Ambos corticoides deben utilizarse en pacientes con factores de riesgo y ante el riesgo inminente de parto pretérmino).

3) Indometacina 100 mg supositorio como fármaco analgésico y anti inflamatorio (en situaciones individuales, no usar de rutina) ha demostrado buenos resultados en estos procesos, en supositorios usados con frecuencia de cada 24 horas y antes de las 28

semanas. Más allá de las 28 semanas se asocia a cierre prematuro de conducto arterioso.

Diagnóstico Diferencial (O'Brien & Lewis, 2016)

- Desprendimiento de placenta
- Restricción del crecimiento fetal
- Embarazo multifetal
- Preeclampsia
- Rotura prematura de membranas
- Trabajo de parto pretérmino

Complicaciones (Iams, Cebrik, Lynch, Behrendt, & Das, 2011)

a. Complicaciones maternas

El trabajo de parto prematuro se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad cardiovascular, por lo general años después del parto debido a razones poco claras.

b. Complicaciones infantiles

El trabajo de parto y el parto prematuros están asociados con el resultado del desarrollo neurológico deteriorado que incluye capacidades cognitivas deterioradas, déficits motores, parálisis cerebral y pérdida de visión y audición. Estos riesgos aumentan al disminuir la edad gestacional. Los problemas de comportamiento como la ansiedad, la depresión, los trastornos del espectro autista y el TDAH también se asocian con el trabajo de parto prematuro.

c. Complicaciones neonatales

Estos incluyen enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, bronconeumonía y displasia, retinopatía de inmadurez, crecimiento débil y presencia de anomalías congénitas.

Capítulo II

2.1 DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:**

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

- **Área de estudio:**

En el servicio del Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Bertha Calderón Roque.

- **Población de estudio:**

La población fue constituida por un total de 100 pacientes.

- **Muestra:**

Igual a la población para un total de 100 pacientes.

- **Tipo de muestreo:**

No probabilístico y por conveniencia.

- **Criterios de selección de la muestra**

- ✓ **Inclusión**

- Mayor de 22 semanas de gestación y menor de 36 6/7 Semanas de gestación.
- Expediente con información completa.
- Ingresadas en el servicio de ARO con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

- ✓ **Exclusión**

- Expediente con información incompleto.
- Paciente que no cumple con criterios clínicos de amenaza de parto pretérmino al momento del ingreso en sala de ARO.
- Paciente ingresado a sala de ARO con embarazo a término y sospecha de alteración de crecimiento fetal.

- **Unidad de análisis:**

Constituida por todos los expedientes.

- **Técnicas y procedimientos para la recolección de la información.**

Se utilizó para la recolección de la información un instrumento que se basa en la lista de chequeo contenida en la Normativa MINSA 077, Nicaragua, publicada en el año 2018, además se elaboró una encuesta para clasificar los datos socioeconómicos y ginecólogos de relevancia para el estudio.

Se utilizó la hoja de admisión del paciente, la historia clínica prenatal, la hoja de atención en emergencia y las hojas de evolución de cada expediente en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que cumplan con los criterios del estudio.

Dicho instrumento fue presentado a nuestro tutor y las autoridades de la Unidad de Salud donde realizamos el estudio los cuales determinaron que estaba acorde con nuestra investigación.

- **Plan de análisis y procesamiento de la información**

Bases de datos:

Se realizó una base de datos con todas las variables de los objetivos en el programa estadístico SPSS v25.

Procesador de texto:

Se utilizó Microsoft Office Word 2019 para elaborar el texto acorde a normativa APA.

- **Definición de variables por objetivos**

No	Objetivo Específico	Variables
1	Describir las características socio-demográficas del grupo de mujeres en estudio.	Edad Ocupación Escolaridad Estado Civil Procedencia
2	Identificar los datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.	Gestaciones Partos Cesáreas Abortos Número de CPN
3	Evaluar el cumplimiento de los criterios de diagnóstico clínico de amenaza de parto pretérmino.	Edad gestacional Contracciones uterinas Estado del cuello uterino Flujo vaginal mucoide Peso en hipogastrio
4	Evaluar el cumplimiento del tratamiento aplicado en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres en estudio.	Reposo relativo Ingesta de líquido a demanda Tratamiento tocolítico de ataque Tratamiento tocolítico de mantenimiento Corticoides antenatales Cita para longitud cervical
5	Mencionar evolución del embarazo del grupo de mujeres en estudio.	Satisfactorio No satisfactorio

- **Operacionalización de las variables**

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala/Valor
<i>Describir las características socio-demográficas del grupo de madres en estudio.</i>			
Edad	Número de años vividos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Años vividos	Menor de 20 años 20-34 años Mayor o igual de 35 años
Ocupación	Oficio, profesión o actividad económica a la que se dedica una persona.	Tipo	Ama de Casa Obrera Comerciante Profesional Ninguno Otros
Escolaridad	Nivel académico y de estudios alcanzado por la paciente.	Ultimo grado alcanzado	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad Técnico Superior

Estado Civil	Vínculo legal que caracteriza a dos individuos.	Condición de la pareja	Soltera Casada Unión libre
Procedencia	Lugar geográfico donde habita o reside la persona.	Ubicación de la residencia de la persona.	Urbano Rural
<i>Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de la población.</i>			
Gestaciones	Período que transcurre desde la fertilización hasta el parto.	Número de.	Ninguno 1-2 ≥ 3
Partos	Culminación de la gestación a través del canal vaginal.	Número de.	Ninguno 1-2 ≥ 3
Cesáreas	Técnica quirúrgica por la cual se decide la finalización del embarazo a través de la pared abdominal.	Número de.	Ninguno 1-2 ≥ 3
Aborto	Interrupción del embarazo espontáneo o voluntario, menor de 22 SDG y menor de 500 grs.	Número de.	Ninguno 1-2 ≥ 3

Número de CPN	Número de atenciones brindadas por personal de salud, con el objetivo de determinar factores y que el embarazo sea de buena evolución.	Número de.	Ninguno 1-2 ≥3
<i>Evaluar los criterios de diagnóstico clínico de APP.</i>			
Criterios Clínicos	Número de semanas desde el primer día de la última regla.	Cumple No Cumple No Aplica	Edad Gestacional Contracciones uterinas Estado del Cuello Uterino Flujo vaginal mucoide Peso en hipogastrio
<i>Evaluar el tratamiento indicado en la amenaza de parto pre-término en las mujeres en estudio.</i>			
Tratamiento Indicado	Tratamiento protocolizado por el MINSA para el manejo de la Amenaza de Parto Pretérmino.	Cumple No Cumple No Aplica	Reposo Relativo Ingesta de líquido a demanda Tratamiento tocolítico de ataque Tratamiento tocolítico de mantenimiento Tratamiento tocolítico de ataque Corticoides antenatales Cita para evaluar longitud cervical

Mencionar evolución del embarazo del grupo de madres en estudio.

Evolución del embarazo	Desarrollo del embarazo de una mujer con amenaza de parto pre término.	Tipo	Satisfactorio No satisfactorio
------------------------	--	------	-----------------------------------

- **Principios éticos**

Durante el diseño y ejecución del trabajo investigativo, así como durante el análisis de la información, se seguirán los principios y recomendaciones de la Declaración de Helsinki para el desarrollo de investigaciones biomédicas.

La UNAN-Managua ni el Ministerio de Salud de Nicaragua, no cuenta con un comité de ética que avale o que prohíbe la investigación en personas mediante la utilización de expedientes.

Por otro lado, se siguió las recomendaciones éticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se contará tanto con la autorización de las autoridades del hospital. Los autores de esta tesis declaran no tener ningún conflicto de interés ni académico ni financiero.

No se utilizaron nombres de individuos, ni se registraron en las fichas, no se extrajo ningún expediente del Hospital en estudio, así como la información obtenida fue única y exclusivamente con fines de estudio. De igual manera, no se hará uso de este trabajo para promulgar o difundir datos personales confidenciales de estas. No se utilizará para obtener beneficios monetarios.

Capítulo III

3.1 RESULTADOS

1. Describir las características socio-demográficas del grupo de madres en estudio.

En relación a la edad, se encontró que el rango de menor de 20 años correspondió a 37 (37%) individuos, los de 20 a 34 años con una frecuencia de 56 (56%), y aquellos mayores de 35 años con 7 (7%) personas (Ver anexos, tabla no.1)

La ocupación se divide en ama de casa con 71 (71%) personas, comerciante con una frecuencia de 12 (12%) individuos, obrera con 1 (1%), profesional con 2 (2%), ninguna ocupación con 1 (1%) y otras ocupaciones no señaladas con 13 (13%) (Ver anexos, tabla no.1)

Con respecto al estado civil, la categoría soltera se encontró en 12 (12%) personas, las mujeres casadas con 19 (19%) y los de unión libre con 69 (69%) (Ver anexos, tabla no.1).

La procedencia, se dividió en urbano con 88 (88%) mujeres y las de zona rural con 12 (12%) (Ver anexos, tabla no.1).

La escolaridad, se encontró que aquellos que tenían primaria incompleta con 9 (9%) mujeres, los de primaria completa con 15 (15%) mujeres, los de secundaria incompleta con 34 (34%) mujeres, los de secundaria completa con 26 (26%) mujeres, los de universidad con 11 (11%) personas y aquellas con grado de técnico superior con 5 (5%) personas (Ver anexos, tabla no.1).

2. Identificar los datos gineco-obstétricos de la población.

El número de gestaciones, se encontró que aquellas con ninguna gestación fueron 52 (52%) mujeres, aquellas con 1-2 embarazos con 36 (36%) mujeres, y las mujeres con que tienen mayor a igual 3 gestaciones con 12 (12%) (Ver anexos, tabla no.2).

Con respecto al número de partos, aquellas mujeres que no tuvieron ningún parto fueron 51 (51%), las que tuvieron de 1-2 partos con 45 (45%) mujeres y las mujeres que tuvieron mayor o igual a 3 partos con 4 (4%) (Ver anexos, tabla no.2).

El número de cesáreas se encontró que, las que no tuvieron ninguna cesárea con 85 (85%) y aquellas con 1-2 cesáreas con 15 (15%) (Ver anexos, tabla no.2).

El número de abortos, se encontró que aquellas que no tuvieron ningún aborto fueron 87 (87%) y las que tuvieron entre 1-2 abortos con 13 (13%) (Ver anexos, tabla no.2).

En relación al número de controles prenatales, se encontró que aquellos de 1-2 atenciones con 41 (41%) y las que tuvieron igual o más de 3 controles con 59 (59%) (Ver anexos, tabla no.2).

3. Evaluar el cumplimiento de los criterios de diagnóstico clínico de amenaza de parto pretérmino.

Con respecto a la confirmación por ultrasonido de EG y número de fetos se cumplió en el 100% (Ver anexos, tabla no.3).

La verificación de historia de parto pretérmino se encontró que ninguno de los expedientes aplicó para este criterio (Ver anexos, tabla no.3).

Con respecto, a las mujeres que tuvieron historia de APP, y que se les aplicó progesterona 200 mcg no aplicó los expedientes en el 100% de los casos (Ver anexos, tabla no.3).

Se midió longitud cervical transvaginal cada 14 días desde 16 hasta 24 semanas de gestación, cada 7 días si longitud cervical es <30mm, con un no aplica para un total de 100% (Ver anexos, tabla no.3).

Si la longitud cervical fue menor de 25mm después de las 24 semanas de gestación: Se consideró/realizó sutura cerclaje, especialmente si la paciente tiene parto pretérmino menor de 28 SG previo o si las membranas son visibles para un no aplica del 100% (Ver anexos, tabla no.3).

En relación al seguimiento del tratamiento con progesterona, se encontró que los expedientes no aplicaron en un 100% (Ver anexos, tabla no.3).

Las pacientes sin antecedentes de APP, pero con signos y síntomas según expedientes cumplieron en el 100% (Ver anexos, tabla no.3).

Si la Longitud cervical por ultrasonido transvaginal fue mayor o igual a 21 mm le brindó la Rutina provista para Atención prenatal; los expedientes no aplicaron en un 100%. (Ver anexos, tabla no.3).

Si el embarazo es múltiple, consideró la Progesterona inefectiva y que el cerclaje podía incrementar el riesgo de parto pretérmino; los expedientes no aplicaron en el 100% (Ver anexos, tabla no.3).

Si el embarazo es múltiple, se utilizaron estrategias para embarazo múltiple según normativa, cumple en 1 (1%) expediente y no aplicaron los expedientes en 99 (99%) (Ver anexos, tabla no.3).

4. Evaluar el cumplimiento del tratamiento aplicado en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres en estudio

Los expedientes que cumplieron con la dosis de ataque de nifedipina fueron en el 100% (Ver anexos, tabla no.4).

Los expedientes que cumplieron con la dosis de mantenimiento de nifedipina fueron en el 100% (Ver anexos, tabla no.4).

Los expedientes que utilizaron como alternativa el sulfato de magnesio no aplicó en el 100% de los casos (Ver anexos, tabla no.4).

Aquellas mujeres que después de 2 horas de manejo ambulatorio no mejoraron, y se mandaron a hospitalización, cumplieron en los 100 expedientes (100%) (Ver anexos, tabla no.4).

Las mujeres con APP y que no se realizó la inducción del trabajo de parto, cumplieron con el 100% (Ver anexos, tabla no.4).

Las mujeres con diagnóstico de APP que se les indicó la dexametazona según normativa fue el 100% (Ver anexos, tabla no.4).

Los expedientes en los que se contraindicó útero-inhibidores según normativa, no aplicaron en el 100% (Ver anexos, tabla no.4).

Las mujeres en las que se finalizó tratamiento útero-inhibidor, fueron las que cumplieron con este criterio en 10 (10%) y las que no aplicaron en el 90 (90%) (Ver anexos, tabla no.4).

A las mujeres que se les dio de alta según criterios establecidos cumplieron en el 90 (90%) de los casos y aquellos que no aplicaron fue en 10 (10%) (Ver anexos, tabla no.4).

Los diagnósticos de APP que evolucionaron a parto por vía vaginal cumplieron en el 10 (10%) de los casos y no aplicaron en 90 (90%) (Ver anexos, tabla no.4).

Con relación al uso de partograma, no aplico en el 100% de los casos (Ver anexos, tabla no.4).

Los expedientes que cumplieron con el no uso de oxitócicos fue en el 100% (Ver anexos, tabla no.4).

El consentimiento firmado por 3 especialistas de aquellas mujeres que evolucionaron a parto por vía cesárea no aplicó en el 100% (Ver anexos, tabla no.4).

5. Mencionar evolución del embarazo del grupo de madres en estudio.

Las mujeres con evolución satisfactoria del diagnóstico de APP fueron en el 90 (90%), y las que evolucionaron insatisfactoriamente son 10 (10%) (Ver anexos, tabla no.5).

3.2 DISCUSIÓN

La mayoría de las pacientes corresponde al rango de 20 a 34 años, dentro de los estudios citados en los antecedentes (Córdona Báez & Chávez Medina, 2013) y (Barreda Ventura & Duarte Frenky, 2014), también reflejan que el mayor porcentaje de embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, se encuentra dentro de este intervalo de edad. En cambio, en (Vallecillo Rosales & Ramos Rugama, 2017), las mujeres corresponde a las que tiene menos de 19 años.

En relación a la ocupación de las mujeres, más del 50% corresponde a ama de casa; reflejándose de la realidad de los hospitales públicas, donde acude la población de mujeres que no cotizan al seguro social; (Vallecillo Rosales & Ramos Rugama, 2017) igualmente establece que más de la mitad de su población de estudio pertenece a esta actividad económica.

La procedencia de las pacientes en más de la mitad corresponde al área urbano, igualmente que en los tres estudios que se citaron en los antecedentes. La procedencia se relaciona directamente proporcional a la facilidad de atención médica de control prenatal y atención de emergencia.

Las mujeres con unión libre, predominaron en más del sesenta por ciento; de forma similar, todos los estudios refieren que esta situación de estado civil, es la más frecuente. Refleja, que la realidad nicaragüense no favorece a las mujeres en las situaciones civiles, favoreciendo las complicaciones durante el embarazo, incluyendo el esfuerzo físico y pudiendo desencadenar una amenaza de parto pretérmino.

La mayoría de las mujeres no alcanzaron estudios superiores, quedando relegadas a estudios primarios y secundarios; (Barreda Ventura & Duarte Frenky, 2014), si reflejó que las mujeres de su investigación si alcanzaron los estudios superiores. La educación, se relaciona directamente con la situación económica de las mujeres y predispone a las complicaciones durante el embarazo.

Las pacientes sin embarazo previo alcanzan más de la mitad (52%), (Córdona Báez & Chávez Medina, 2013), refieren que son las mujeres multigestas, las que tuvieron mayor amenaza de parto pretérmino.

Dentro de los antecedentes de partos por vía vaginal, el cincuenta y uno por ciento no tuvieron, ya sea porque son mujeres primigestas o porque tuvieron antecedentes de abortos; (Barreda Ventura & Duarte Frenky, 2014) y (Vallecillo Rosales & Ramos Rugama, 2017) muestran similitudes con respecto a este dato encontrado.

Menos de un cuarto de las pacientes, tuvieron el antecedente de cesárea anterior; los tres estudios que se realizaron en suelo nicaragüense tampoco mostraron en grandes porcentajes, este resultado de las mujeres.

El objetivo más importante del control prenatal es prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo. Más de la mitad de las pacientes, tuvieron más de 3 controles prenatales; al igual que todas las investigaciones donde se encontró que todas las mujeres si se realizaron sus atenciones del embarazo en más de cuatro ocasiones; reflejando que las causas de APP probablemente no fueron detectadas en estos controles, no se les brindaron atención adecuada, etc. El control CPN está en dependencia de la paciente y se clasifica como precoz o temprano, periódico o continuo, completo o integral y extenso o de amplia cobertura, las pacientes del hospital en su mayoría han cumplido casi la totalidad su control hasta el momento de presentar los síntomas de parto a término o parto pretérmino.

Según la literatura consultada para realizar un diagnóstico de verdadera APP es necesaria la presencia de dinámica uterina y la evidencia de modificaciones cervicales. En ocasiones, algunas pacientes que presentan dinámica uterina sintomática, pero con escasas modificaciones cervicales, pueden requerir un periodo de observación y nueva evaluación posterior para valorar si progresa la dilatación o el acortamiento cervical. En caso de duda diagnóstica, tanto la medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal.

Este estudio se realizó en base a la normativa actual sobre el manejo de las complicaciones obstétricas, ninguna de las investigaciones mencionadas anteriormente, evaluaron los

expedientes con este protocolo; por tanto, el análisis y discusión de estos resultados se hará solamente en base a los porcentajes.

La totalidad de los expedientes se vio reflejado la realización de Ultrasonido para valorar las semanas de gestación y el número de fetos; (Barreda Ventura & Duarte Frenky, 2014) refleja que de las mujeres estudiadas solamente el 65% tenía el Ultrasonido Obstétrico.

Ninguna de los expedientes de mujeres analizados en esta investigación, mencionaron tener el antecedente de parto pretérmino; por tanto, no se aplicó el criterio de aplicación de progesterona.

En todos los expedientes se registró los signos y síntomas según normativa de amenaza de parto pretérmino; a diferencia de (Vallecillo Rosales & Ramos Rugama, 2017) donde apenas el 80% cursó con todos los signos y síntomas para una APP.

Con respecto al tratamiento farmacológico, se encontró que todos los expedientes cumplieron con la dosis de ataque de nifedipina, dosis de mantenimiento de nifedipina y maduración pulmonar según semanas de gestación. En esta normativa, este fármaco es el único establecido como manejo útero-inhibidor; en cambio en los otros estudios citados, se mencionó el uso de fenoterol, ritodrine. No se utilizó el sulfato de magnesio, tanto en el estudio actual como en los antecedentes.

En la totalidad de las pacientes no se indujo el trabajo de parto, así mismo se evitó oxitócicos y se dejó a la paciente en evolución espontánea. Constituyendo, la calidad de la atención de forma óptima.

En esta nueva normativa, se introdujo el criterio de nota médica firmada por 3 especialistas en ginecología y obstétrica cuando se decide finalizar el embarazo en una mujer con amenaza de parto pretérmino, sin embargo, ninguno de las pacientes, evolucionaron a esta condición, que aumenta la mortalidad del producto.

En ningunos de las investigaciones citadas, se hace referencia a la evolución del embarazo, en el estudio actual, la mayoría de las mujeres evolucionaron de forma satisfactoria. Permitiendo evaluar y concluir que el abordaje y tratamiento se realizó de forma adecuada en la mayoría de las pacientes.

3.3 CONCLUSIONES

La amenaza de parto pretérmino predomina en las edades de 20-34 años, con ocupación de ama de casa, de estado civil con unión libre, con procedencia urbana y escolaridad bachillerato incompleto.

Con respecto a los datos gineco-obstétricos, predominan las pacientes Primigestas y además aquellas que poseen más de tres controles prenatales.

Dentro de los criterios de diagnóstico clínico, el personal médico cumplió al 100% en los expedientes clínicos.

En cuanto a los criterios de tratamiento, el personal médico cumplió al 100% en los expedientes clínicos.

La evolución de las mujeres con amenaza de parto pretérmino, fue en casi su totalidad de tipo satisfactorio.

Nuestro estudio nos ha brindado la información adecuada y necesaria para determinar que en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque se está cumpliendo en un 100% con el manejo de la amenaza de parto pretérmino estipulado en la Normativa MINSA 077 del año 2018.

3.4 RECOMENDACIONES

AL MINSA

- Establecer un sistema SILAIS - Hospital, para realizar visitas periódicas a las unidades de atención primaria y secundaria, que evalúe de forma constante el cumplimiento del protocolo emitido por el ministerio de salud, para mantener las estadísticas satisfactorias que encontramos hasta este momento.
- Fortalecer el sistema de referencias y contrarreferencias entre las unidades de salud para el mejor seguimiento de estas pacientes.

A las Autoridades del Hospital Bertha Calderón Roque

- Continuar con el excelente trabajo que se ha realizado hasta este momento en el manejo de la amenaza de parto pretérmino, no obstante, no perder la vigilancia estricta de la evaluación de la calidad de atención que se está brindando.

A las Autoridades de Atención Primaria

- Mantener una supervisión estricta del personal médico que maneja la atención obstétrica para que se cumpla con todo el protocolo establecido en el manejo de la amenaza de parto pretérmino con el fin de hacer un diagnóstico y manejo oportuno al segundo nivel de atención.

Capítulo IV

4.1 BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Yañez, D. M., & Pérez-Bayona, C. L. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Avances en Enfermería*, 35, 77-86.
- Balladares Tapia, F. P., & Chacón Jarama, V. d. l. Á. (2016). Prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. *Universidad de Cuenca*.
- Barreda Ventura, R. F., & Duarte Frenky, T. M. (2014). Cumplimiento del protocolo para la atención de Embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino, Servicio de Ginecología, Hospital Bautista, Julio-Diciembre 2013. *Facultad de Medicina, Universidad Americana*.
- Córdona Báez, N. I., & Chávez Medina, H. M. (2013). Manejo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes ingresadas en la sala de gineco-obstetricia del Hospital Victoria Motta, del 1 de enero al 31 diciembre del 2012. *Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León*.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet (London, England)*, 371(9606), 75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4
- Goldenberg, R. L., Goepfert, A. R., & Ramsey, P. S. (2005). Biochemical markers for the prediction of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 192(5 Suppl), S36-46. doi: 10.1016/j.ajog.2005.02.015
- Gotsch, F., Romero, R., Kusanovic, J. P., Mazaki-Tovi, S., Pineles, B. L., Erez, O., . . . Hassan, S. S. (2007). The fetal inflammatory response syndrome. *Clin Obstet Gynecol*, 50(3), 652-683. doi: 10.1097/GRF.0b013e31811ebef6
- Halimi Asl, A. A., Safari, S., & Parvareshi Hamrah, M. (2017). Epidemiology and Related Risk Factors of Preterm Labor as an obstetrics emergency. *Emergency (Tehran, Iran)*, 5(1), e3-e3.

- Huertas Tacchino, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64, 399-404.
- Iams, J. D., Cebrik, D., Lynch, C., Behrendt, N., & Das, A. (2011). The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 205(2), 130.e131-136. doi: 10.1016/j.ajog.2011.05.021
- Martínez Sierra, E. E., & Vasco Morales, D. E. (2018). Factores clínicos, sociodemográficos y culturales asociados al desarrollo de parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital San Vicente de Paúl. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- Mercer, B. M., Goldenberg, R. L., Moawad, A. H., Meis, P. J., Iams, J. D., Das, A. F., . . . McNellis, D. (1999). The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol*, 181(5 Pt 1), 1216-1221. doi: 10.1016/s0002-9378(99)70111-0
- MINSA. (2018). Protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétrico. . *Ministerio de Salud de Nicaragua*.
- O'Brien, J. M., & Lewis, D. F. (2016). Prevention of preterm birth with vaginal progesterone or 17-alpha-hydroxyprogesterone caproate: a critical examination of efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol*, 214(1), 45-56. doi: 10.1016/j.ajog.2015.10.934
- Quinn, J.-A., Munoz, F. M., Gonik, B., Frau, L., Cutland, C., Mallett-Moore, T., . . . Brighton Collaboration Preterm Birth Working, G. (2016). Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. *Vaccine*, 34(49), 6047-6056. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.03.045
- Rivera de Mendoza, R. M. (2019). Caracterización de madres con partos prematuros, Hospital Nacional “Enfermera Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo, Municipio de Ilopango, San Salvador, El Salvador, julio 2017-junio 2018. *CIES-UNAN*.
- Romero, R., Dey, S. K., & Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science (New York, N.Y.)*, 345(6198), 760-765. doi: 10.1126/science.1251816
- Vallecillo Rosales, K. M., & Ramos Rugama, G. N. (2017). Nivel de Cumplimiento del Protocolo de la Amenaza de Parto Pre-término en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestaciones ingresadas

en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016”. *Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-Managua.*

Capítulo V

5.1 ANEXOS



Consentimiento informado al Sub director

Dra. Ana Lidia Ortiz
Subdirectora Atención Médica
Hospital Bertha Calderón Roque

Estimado Sub directora,

Por medio de la presente se hace formal solicitud siendo, autoridad del Hospital Bertha Calderón Roque, para poder utilizar los expedientes clínicos de pacientes embarazadas ya diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino, en el periodo de estudio comprendido durante los meses de enero a diciembre 2019, con el fin de recolectar información necesaria y realizar la siguiente investigación monográfica, que es requisito final para obtener el título de Doctor en Medicina y Cirugía el cual se titula:

Cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

Dicho estudio guarda todas las consideraciones éticas para no revelar identidades de pacientes ni otros datos confidenciales. Solo se utilizará para fines investigativos.

Firma de Sub Directora de Atención Médica
(HBCR)

Instrumento de recolección de datos



Cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

El investigador es el encargado de llenar el formulario. Se utilizará el expediente clínico de la paciente y se encerrará en un círculo la variable correspondiente.

Describir las características socio-demográficas del grupo de mujeres en estudio.

Edad

Menor de 20 años

20-34 años

Mayor de 35 años

Ocupación

Ama de Casa

Comerciante

Ninguno

Obrera

Profesional

Otro

Estado Civil

Soltera

Casada

Unión libre

Procedencia

Urbano

Rural

Escolaridad

Analfabeta

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Universidad

Técnico Superior

Identificar los datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio.

Gestaciones

Ninguno

1-2

≥ 3

Partos

Ninguno

1-2

≥ 3

Cesáreas

Ninguno

1-2

≥ 3

Abortos

Ninguno

1-2

≥ 3

Número de CPN

Ninguno

1-2

≥ 3

Mencionar evolución del embarazo del grupo de mujeres en estudio

Satisfactorio

No satisfactorio

Tabla N° 1:

Características socio-demográficas de las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

n = 100

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad		
Menor de 19 años	37	37.0
20-34 años	56	56.0
Mayor de 35 años	7	7.0
Ocupación		
Ama de casa	71	71.0
Comerciante	12	12.0
Obrera	1	1.0
Profesional	2	2.0
Ninguno	1	1.0
Otro	13	13.0
Estado Civil		
Soltera	12	12.0
Casada	19	19.0
Unión libre	69	69.0
Procedencia		
Urbano	88	88.0
Rural	12	12.0
Escolaridad		
Primaria incompleta	9	9.0
Primaria completa	15	15.0
Secundaria incompleta	34	34.0
Secundaria Completa	26	26.0
Universidad	11	11.0
Técnico Superior	5	5.0

Fuente: Expediente Clínico de pacientes ingresadas en servicio de ARO del HBCR, 2019

Tabla N° 2:

Datos gineco-obstétricos de las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

n = 100

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Gestaciones		
Ninguno	52	52.0
1-2	36	36.0
Mayor o igual a 3	12	12.0
Partos		
Ninguno	51	51.0
1-2	45	45.0
Mayor o igual a 3	4	4.0
Cesáreas		
Ninguno	85	85.0
1-2	15	15.0
Abortos		
Ninguno	87	87.0
1-2	13	13.0
Control Prenatal		
1-2	41	41.0
Mayor o igual a 3	59	59.0

Fuente: Expediente Clínico de pacientes ingresadas en servicio de ARO del HBCR, 2019

Tabla N° 3:

Cumplimiento de los criterios de diagnóstico clínico de amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019.

n = 100

Variable	Numero	
	Cumple	
	N°	%
Ultrasonido (EG y número de fetos)	100	100%
Historia de Parto Pretérmino	NA	0%
Antecedente de prescripción de Progesterona	NA	0%
Medición cervical transvaginal si tiene historia de Parto Pretérmino	NA	0%
Sutura-cerclaje por longitud cervical menor a 25 mm si tiene historia de Parto Pretérmino	NA	0%
Continuo tratamiento con progesterona si tiene historia de Parto Pretérmino	NA	0%
Signos-síntomas de Amenaza de Parto Pretérmino	100	100%
APN rutina	NA	0%
Embarazo múltiple	NA	0%
Embarazo múltiple y estrategias	1	1%

Fuente: Expediente Clínico de pacientes ingresadas en servicio de ARO del HBCR, 2019

NOTA: las variables que se describen en la tabla con las iniciales NA (No Aplica), son aquellas que en los expedientes revisados no se les da ningún valor, esto, debido a que en la historia clínica de las pacientes que conforman el estudio no presentan antecedentes de amenaza de parto pretérmino.

Tabla N° 4:

Cumplimiento del tratamiento aplicado en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque, Managua 2019

n=100

Variable	Número	
	Cumple	
	Frec.	%
Dosis de ataque	100	100%
Dosis de mantenimiento	100	100%
Uso como alternativa del sulfato de magnesio	0	0%
Hospitalización de la paciente	100	100%
No inducción de trabajo de parto	100	100%
Aplicación de Dexametazona	100	100%
Contraindicación de Uteroinhibidores	0	0%
Tratamiento útero-inhibidor finalizado precozmente	10	10%
Alta de las pacientes según criterios establecidos	90	90%
Evolución a parto vía vaginal	10	10%
Utilización de partograma para vigilancia del trabajo de parto pretérmino	0	0%
Evitó Oxitócicos y se dejó en evolución espontánea	100	100%
Consentimiento firmado por 3 especialistas	0	0%

Fuente: Expediente Clínico de pacientes ingresadas en servicio de ARO del HBCR, 2019

NOTA: las variables que se describen en la tabla con las iniciales NA (No Aplica), son aquellas que en el desarrollo del estudio se comprobaron que no fueron realizadas, debido a que no hubo causas relevantes para su uso.

Tabla N° 5:

**Evolución del embarazo en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital
Bertha Calderón Roque, Managua 2019.**

n = 100

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Evolución del embarazo		
Satisfactorio	90	90.0
No satisfactorio	10	10.0

Fuente: Expediente Clínico de pacientes ingresadas en servicio de ARO del HBCR, 2019