



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**TÉSIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGÍA**

*“ Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino en el Hospital Amistad
Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018.”*

Autores:

Br. Luis Miguel López Robleto.

Br. German Antonio Calero Paz.

Tutora:

Dra. Fabiola Mercedes Alguera Pérez.

Especialista en Ginecoobstetricia

Managua, Nicaragua, Noviembre 2019

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador que nos dio la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijos, son los mejores padres.

A nuestros hermanos (os) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Dr. Luis Miguel López Robledo.

Dr. German Antonio Galero Paz.

AGRADECIMIENTO

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo merecen reconocimiento especial nuestra Madre y Padre que con su esfuerzo y dedicación nos ayudaron a culminar nuestra carrera universitaria y nos dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradecemos infinitamente a nuestros Hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgulloso de lo que somos y de lo que les puedo enseñar. Ojalá algún día yo me convierta en se fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

De igual forma, agradecemos a nuestro Tutor de Tesis, que gracias a sus consejos y correcciones hoy podemos culminar este trabajo. A los Profesores que nos han visto crecer como persona, y gracias a sus conocimientos hoy podemos sentirnos dichoso y contentos.

Dr. Luis Miguel López Robledo.

Dr. German Antonio Galero Paz.

Opinión del Tutor

La amenaza de parto pretérmino es una de las patologías obstétricas que con más frecuencia se observa en la atención diaria, que representa un alto riesgo de morbilidad para el producto, por lo cual un manejo adecuado es clave para tener buenos resultados fetales.

Los autores, en su proceso de formación, han tenido gran sensibilidad al abordar este tema y, comprometidos en contribuir a la mejora de la calidad de la atención, conservando el enfoque en los objetivos que se han establecido, han abordado con objetividad los aspectos que la Norma establece para hacer una valoración del cumplimiento del protocolo.

El presente trabajo monográfico será de mucha ayuda, en particular para el pronóstico y bienestar fetal ya que muestran los puntos que pueden ser superados en el manejo de amenaza de parto pretérmino.

Los objetivos propuestos se cumplieron ampliamente, la investigación se realizó con gran rigor científico y la redacción es correcta, por todo lo cual es mi opinión que el trabajo investigativo reúne la calidad que esperaba como tutor del mismo.

Según la organización mundial de la salud en el año 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. La calidad de atención según estándares mundiales se mide en base a cumplimiento de órdenes, protocolos y normativas establecidos de cumplimiento estrictos a todos los miembros del sistema de salud.

El parto pretérmino y sus secuelas a corto y largo plazo constituyen un serio problema socio económico ya que incrementa la morbimortalidad materno fetal por lo que se hace necesario conocer el comportamiento del Parto Pretérmino.

Dra. Fabiola Mercedes Alguera Pérez.

Especialista en Ginecoobstetricia

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada.

El tipo de estudio fue observacional, Descriptivo, corte transversal, retrospectivo, enfoque cuantitativo.

La población de estudio fue todas las embarazadas con diagnóstico de parto pretérmino (n=275) que acudieron a control prenatal en el periodo de estudio. La muestra resultante fue de 161 pacientes. Se consideró todas pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino en periodo gestacional de 22 a 36 6/7 que acudieron a la unidad de estudio. La fuente de información fueron todos los expedientes clínicos. Utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Se aseguró confidencialidad de la información y se solicitó autorización a las autoridades de salud.

La edad más frecuente fue de 20–29 años; 59%, procedente de zona rural; 58%, nivel de escolaridad secundaria; 56.5%, ocupación; de ama de casa 94%, estado civil; unión de hecho 82%, índice de masa corporal; normal 38.5%, antecedentes personales no patológicos; negaron 93.2%, antecedentes personales patológicos; negaron 63%, numero de gestaciones; 1–2 77%, número de partos vaginales; ninguno 63%, número de abortos; ninguno 81% número de cesáreas; ninguno 81%, número de controles prenatales; ≥ 4 58%, criterios diagnósticos; edad gestacional 100% en la aplicación del tratamiento no farmacológico reposo relativo 79% y en cuanto al farmacológico la dosis del nifedipina 73%, dosis de mantenimiento de nifedipina 68%, uso de Corticoterapia, 60% y cumplimiento del expediente clínico no se cumplió en el 65%, continuaron estado gravídico 73%, egreso perinatal; 73%. Se recomienda impulsar programas de información al personal de salud sobre parto pretérmino y sus principales factores de riesgo, prevención, disminuyendo así riesgos al momento de las atenciones prenatales, para la toma de decisiones precoces y mejorar de esta manera el pronóstico del binomio madre-bebé.

Palabras Claves: Pretérmino, Protocolo, Embarazo, cumplimiento.

Contenidos

Capitulo I: Generalidades

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
Estudios Internacionales	2
Estudios Nacionales	2
JUSTIFICACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
General:	6
Específicos:	6
MARCO TEÓRICO	7
Concepto de Prematuridad	7
Factores de Riesgo	8
Diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino	11
Valoración del cérvix para la predicción del parto pretérmino	12
Indicaciones de la cervicometría	13
Ventajas de la cervicometría	13
Evaluación ecográfica	14
Predicción De Parto Pretérmino	15
Manejo y Procedimientos:	17
Capítulo II: Diseño Metodológico	23
DISEÑO METODOLÓGICO	24
TIPO DE ESTUDIO	24
ÁREA DE ESTUDIO	24
UNIVERSO	24
MUESTRA	25
TIPO DE MUESTREO	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN:	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
FUENTE DE INFORMACIÓN:	26

UNIDAD DE ANÁLISIS:	26
OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	27
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	30
DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES POR OBJETIVOS	31
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
PLAN DE TABULACIÓN	32
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS:	33
Capítulo III: Resultados	34
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	35
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRÁFICAS BASICAS	43
Capítulo IV: Anexos	46

INTRODUCCIÓN

El estudiar las complicaciones obstétricas al igual que los resultados asociados al binomio materno fetal, son de continuo interés para los galenos de los diferentes niveles de resolución clínica.

El Parto Pretérmino no es la excepción, representa no solo un problema obstétrico sino un problema de salud pública, ya que constituye hasta el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y aporta una elevada mortalidad neonatal, tanto inmediato como a largo plazo. A su vez la amenaza de parto pretérmino constituye uno de los principales factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer, el cual representa en América Latina una incidencia del 9% del total de los nacimientos institucionales.

Al evaluar la importancia de identificar los principales factores que pueden desencadenar un nacimiento temprano para lograr una disminución de morbi-mortalidad ocasionada por la prematuridad es de sumo valor preventivo y de pronóstico. Ya que este problema genera un alto costo sanitario, como necesidad de un tratamiento intensivo, largas estancias hospitalarias, secuelas a largo plazo, motoras como sensoriales, las cuales requieren atenciones durante años.

El generar datos estadísticos y significativos ante un motivo de ingreso y de complicaciones tan común como es la amenaza de parto pretérmino en lo que respecta al binomio materno fetal, exige a los galenos de los diferentes niveles de atención generar datos propios de cada lugar, para comprender las principales desventajas y mejorar el pronóstico de madre y bebé.

ANTECEDENTES

Estudios Internacionales

Solís, R y colaboradores en España (2010), realizaron un estudio del tratamiento utilizado en la amenaza de parto pretérmino en 41 hospitales donde realizaban tocólisis, en la amenaza de parto pretérmino antes de las 34 semanas. El tocolítico más empleado es el atosiban (73.7%), seguido de los betamiméticos (21.9%), y la Nifedipino (4.9%). En la amenaza de parto pretérmino de más de 24 semanas solo el 7.3% de los hospitales administraba corticoides para acelerar la madurez pulmonar. El 92.7% utilizaban Betametasona y el 7.3% restante Dexametasona. El 90% de los hospitales no realizó corticoterapia de repetición. En los embarazos múltiples, todos emplearon la misma dosis que en la amenaza de parto pretérmino con feto único. (Solís Ricardo, 2010, pág. 24)

Pedro Faneite, Venezuela (2011), y otros colegas, en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. En el estado de Carabobo, Venezuela, un estudio de la incidencia de la infección de las Vías urinarias, y amenaza de parto pretérmino, en los cuales se analizaron 497 pacientes con amenaza de parto pretérmino, de las cuales el 68.6% reportaron infección de vías urinarias y la amenaza de parto pretérmino. (Pedro Faneite, 2011, págs. 13-14)

Estudios Nacionales

Aguirre - Alemán, K; Nicaragua (2016), en su estudio de casos y controles, con una muestra de 182 casos, se asoció a incremento del parto pretérmino, la multiparidad, antecedentes personales de HTA, SHG, muerte perinatal anterior, diabetes inducida por el embarazo y el antecedente de aborto en embarazos previos, incrementaron de forma significativa el riesgo de presentar parto pretérmino. (Aguirre, 2016, pág. 62).

Calero, L; Nicaragua (2016), en su estudio analítico observacional de corte transversal retrospectivo de casos y controles; con una muestra de 120 pacientes, concluyeron que menos de 4 atenciones prenatales, antecedente de amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas generó significancia estadística, al igual que la presencia de infección de vías urinarias e infecciones vaginales.(Calero, 2016, pág. 8)

Calero, G, Hernández; Nicaragua (2012); estudio analítico observacional de corte transversal retrospectivo de casos y controles, con un universo de 240 pacientes que ingresaron por atención al servicio de Ginecología y Obstetricia, 20 pacientes tuvieron diagnóstico de amenaza de parto prematuro, La muestra corresponde a 82 pacientes que presentaron Amenaza de parto prematuro, encontró, los factores sociodemográficos encontrados en la población estudiada son el hecho de no tener cónyuge y ser ama de casa, realizarse menos de cuatro atenciones prenatales, el antecedente de amenaza de parto pretérmino en gestaciones anteriores y ruptura prematura de membranas en el embarazo actual. Los factores preconceptionales encontrados es la alteración del índice de masa corporal (obesidad y/o desnutrición), presentar alguna patología en el embarazo actual donde destacaron en orden de importancia las infecciones vaginales, las infecciones de vías urinarias y por último la anemia. (Calero Godinez & Henandez Flores, 2012)

Vallecillo, K; Nicaragua (2017); Estudio descriptivo de corte transversal. Se estudiaron 60 pacientes con embarazos mayores de 22 semanas menores de 37 semanas que fueron ingresadas al área de alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, resultados encontrados menores de 19 años (48%). 35 mujeres no poseían antecedentes patológicos personales (70%). 26 mujeres que se había realizado más de 4 controles (52%). No se cumplieron en un 100% los criterios en la implementación del tratamiento no farmacológico. (Rosales, 2017)

JUSTIFICACIÓN

Originalidad. Un porcentaje elevado de las pacientes obstétricas durante su gestación están expuestas a sin números de factores de riesgo para el desarrollo de múltiples complicaciones donde el parto pretérmino no es la excepción, el generar información de la población de nuestro país permite el desarrollo de nuevos protocolos y estadísticas, he ahí el porqué de este estudio.

Conveniencia institucional: Es importante destacar la pertinencia de esta problemática a nivel institucional ya que tanto la Organización Mundial de la Salud como el Ministerio de Salud de Nicaragua han promovido la detección precoz de factores de riesgo para mejoramiento del pronóstico del binomio materno fetal.

Relevancia Social: Permitirá compilar información autóctona de las comunidades estudiadas, permitiendo a su vez generar datos estadísticos y de frecuencia, logrando incidir precozmente en dichos factores y mejorar el pronóstico del binomio materno fetal.

Valor Teórico: El aporte científico de este estudio permitirá obtener estadísticas propias, así como el propósito de este estudio sirva de base para determinar los principales factores de riesgo de la población y crear protocolos propios de su sistema de respuesta.

Relevancia Metodológica: la realización de este estudio permitirá determinar los principales factores de riesgo y seguimiento de protocolos de acción ante el parto pretérmino de las pacientes estudiadas y con los resultados obtenidos implementar nuevas estrategias para mejorar el pronóstico del binomio materno fetal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del protocolo de atención en mujeres con embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón del municipio de Granada, periodo Enero - Agosto 2018?

OBJETIVOS

General:

Evaluar el nivel de cumplimiento del protocolo de embarazo pretérminos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Identificar comorbilidades y características ginecobstetra de las pacientes en estudio.
3. Determinar los criterios diagnósticos clínicos de pacientes en estudio.
4. Mencionar el cumplimiento de tratamiento indicado en la amenaza de parto pretermino según esquema normado que se brindó a las pacientes en estudio.
5. Conocer la evolución del embarazo de las pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

Concepto de Prematuridad

Se denomina parto prematuro o parto pretérmino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. Parto inmaduro es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas. En neonatología algunos denominan pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pretérmino severo al que es menor a 32 semanas y pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas.(Fujimori & Gutierrez, 2001, pág. 12)

El parto pretérmino representa no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y producen una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediato como a largo plazo, manifestado por complicaciones neonatales como el Síndrome de Dificultad Respiratoria, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar.(Calle, 2012, págs. 34-35)

La amenaza de parto pretérmino puede ser espontánea y seguir al trabajo de parto pretérmino (50%) o la rotura prematura de membranas en pretérmino (30%). También puede ser causado por la intervención de los trabajadores de la salud (20%). Su incidencia es de cerca del 5% al 8% en la mayoría de los países desarrollados y en desarrollo.

En Nicaragua, la proporción de embarazadas que son atendidas por esta patología constituye el 18%, son el segundo motivo de consulta según referencias hospital Berta Calderón Roque. El parto pretérmino es el responsable de aproximadamente el 12% de los nacimientos antes de las 37 semanas. (Fujimori & Gutierrez, 2001, pág. 23)Según la literatura existen factores socioeconómicos, biológicos, y ambientales que se relacionan directamente con el parto pretérmino. Cabe mencionar: (Huertas, 2010, pág. 3)

FACTORES DE RIESGO

Factores potencialmente removibles durante el embarazo

- Bacteriuria asintomática (Calero Godinez & Henandez Flores, 2012, págs. 16-17)
- Infección urinaria
- Infección ovular-fetal
- Vaginosis (*Gardnerella vaginal* y *Mycoplasma hominis*) e infecciones por *Chlamydia trachomatis* y estreptococo grupo B
- Insuficiente ganancia de peso materno
- Trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie
- Estrés psicosocial
- Incompetencia ístmico cervical y acortamiento del cuello uterino

Factores no removibles pero controlables durante el embarazo

- Pobreza y desventajas sociales (Andrade, 2012, pág. 14)
- Bajo peso previo materno
- Desnutrición materna
- Edad menor de 20 años o mayor de 35 años
- Rotura prematura de las membranas
- Embarazo múltiple
- Malformaciones y miomas útero cervicales
- Partos pretérmino previos al embarazo actual
- Intervalo corto desde el último embarazo
- Metrorragias del primero y el segundo trimestre
- Cirugía genitourinaria y abdominal concomitante con el embarazo

Estudios realizados en Latinoamérica reflejan que la edad, la talla y el peso materno, además de las patologías concomitantes del embarazo como la cervicovaginitis y las infecciones de vías urinarias son factores de riesgo predisponentes para el desencadenamiento del parto pretérmino.(Duverges, 2016, págs. 6-7)

Se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo cómo para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo. Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial. (Dood, 2013, págs. 11-12)

✓ Edad materna:

Fundamentalmente asociado a las edades extremas, como las menores de 20 años y las gestantes que superan los 35 años de edad. Hay que tener en cuenta, que asociados a la edad materna pueden existir otros factores tales como los económicos y sociales. Las madres adolescentes presentan niveles de estrés más elevados y menor disponibilidad de recursos económicos que otros grupos de edad. También la falta de apoyo familiar y de la pareja puede traducirse en unos controles gestacionales sub-óptimos.(Blom, 2011, pág. 10)

✓ Raza:

Las mujeres de raza negra presentan un riesgo más elevado de prematuridad. Goldemberg y col. demostraron un riesgo aumentado de parto pretérmino en mujeres de raza negra en Alabama, tras depurar posibles factores de confusión. Un estudio realizado por el Center for Disease Control of Prevention de Atlanta (CDC), halló un riesgo relativo de 2,6 (IC 95%: 2,1-3,1) de parto pretérmino en mujeres de raza negra, comparándolas con las de raza blanca.(Eduardo Atalah, 2004, pág. 923)

✓ Talla y pesos maternos:

Según la base de datos de North West Thames, el riesgo de parto pretérmino en mujeres con un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 26 es menor al 4%. El riesgo se incrementa en mujeres con pesos más bajos. Así las mujeres con IMC entre 17 y 18 presentan un riesgo de 5.5% y este aumenta hasta el 7% en los casos de IMC menor a 17.

El riesgo en los casos de sobrepeso no superó el 5%. Existe una relación inversa entre la talla materna y el riesgo de prematuridad, con un porcentaje del 6% en mujeres con talla de 1,46m y menos del 3% en mujeres con talla de 1,75m. (Mario Orlando Parra, 2009, pág. 12)

✓ Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas es quizá la patología más asociada al parto pretérmino y a complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan corioamnionitis y septicemia neonatal. La ruptura prematura de membranas desencadena trabajo de parto espontáneo en más de 90 % de los casos dentro de las primeras 24 horas. (Huertas, 2010, pág. 52)

✓ Infección de vías urinarias

La certeza de la influencia de las infecciones del tracto urinario como factor de riesgo aislado sobre el desencadenamiento del parto pretérmino se encuentra aún en discusión. Durante el embarazo existe un riesgo aumentado de ITU, que se detecta en un 2-8% de las gestantes. Entre los factores de riesgo que favorecen las ITU en el embarazo se encuentran dilatación uretral, cambios vesicales, cambios en la composición de la orina y factores hormonales. (Santa, 2010, pág. 11)

Teóricamente la orina podría infectarse por 3 vías: hematológica, ascendente y linfática. Los microorganismos ascenderían por las vías vaginal y cervical y se replicarían en la placenta, la decidua y las membranas, lo que elevaría las concentraciones de citosinas en el líquido amniótico y, a su vez, aumentaría la concentración de prostaglandinas E_2 y $F_{2\alpha}$, que son conocidas como estimuladoras de la dinámica uterina. (Malespin, 2012, pág. 36)

✓ Incompetencia ístmico cervical

La incompetencia cervical corresponde a la incapacidad del cuello uterino de mantener su rigidez propia, necesaria para la mantención del embarazo. Desde un punto de vista práctico, la incompetencia cervical, se define como la dilatación pasiva del cuello uterino, en ausencia de contracciones uterinas dolorosas. Si nada altera el curso de esta condición, probablemente terminará con un aborto de segundo trimestre o un parto prematuro.

Su incidencia se estima en 4,6 por 1000 nacidos vivos para la incompetencia cervical genuina, aunque no es fácil determinar su importancia en la génesis del parto prematuro.(Moreno, 2010, pág. 32)

Se describe su asociación con historia de legrados uterinos previos, conización cervical, partos operatorios vaginales, exposición a Dietilbestrol o la concomitancia de anomalías müllerianas. Sin embargo, no rara vez se evidencia en primíparas, sin historia de patología ginecológica previa. (Oppenheimer, 2007, pág. 265)

- ✓ Antecedente de parto pretérmino.

La existencia en la historia clínica de un parto pretérmino previo, es uno de los factores de riesgo más importantes para presentar un nuevo parto prematuro, con un riesgo relativo cinco veces superior a las mujeres sin estos antecedentes.(Aguirre, 2016, pág. 12)

- ✓ Patología materna fetal.

El crecimiento intrauterino retardado, las malformaciones congénitas fetales, la pre eclampsia, la hemorragia anteparto, la corioamnioitis y el sufrimiento fetal, pueden conducir a una finalización temprana de la gestación. Muchas de estas patologías carecen de tratamiento, o si se dispone del mismo, puede no ser eficaz. La prevención únicamente es posible en una proporción muy pequeña de casos. (Calero, 2016, pág. 32)

Diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino.

La identificación de los síntomas de parto pretérmino podría ayudar a detectar aquellas pacientes candidatas a realizar diagnóstico y tratamiento adecuados. Los signos y síntomas incluyen: contracciones frecuentes (más de 4 por hora), calambres, presión pelviana, excesivo flujo vaginal, dolor de espalda y abdominal bajo. Los síntomas suelen ser inespecíficos. (John Owen, 2009, pág. 375)

El diagnóstico deberá realizarse en pacientes entre 20 y 36 semanas y 6 días de gestación si las contracciones uterinas ocurren con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos y están acompañadas de cualquiera de los siguientes hallazgos: dilatación cervical mayor de 2 cm, borramiento cervical del 80%, o cambios cervicales detectados en exámenes seriados.(Tascón, 2016, págs. 23-24)

El tacto vaginal no es efectivo como predictor de parto pretérmino en mujeres sin factores de riesgo, por lo tanto, no se utiliza rutinariamente. El uso en pacientes con alto riesgo es controvertido. Hay suficiente evidencia demostrando que no aumenta el riesgo de ruptura de membranas o ascenso de gérmenes. Se debe elaborar una historia clínica completa con un exhaustivo examen físico, que incluya especuloscopia y pruebas de bienestar fetal completas.(Pugiventos, 2012, pág. 4)

La monitoria fetal electrónica externa puede ayudar a detectar actividad uterina no evidenciada en el examen físico. Se solicitan los exámenes paraclínicos completos para precisar el diagnóstico de amenaza de parto o parto pretérmino establecido, con el fin de instaurar un manejo adecuado. La ecografía obstétrica y el perfil biofísico son exámenes importantes que nos precisan edad gestacional y bienestar fetal..(Santa, 2010, págs. 29-30)

En nuestro País, la normativa 077 “Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes de alto riesgo obstétrico” define como amenaza de parto pre término la 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 a las 36 semanas de gestación. (Vivas, 2018, pág. 32)

Valoración del cérvix para la predicción del parto pretérmino

El método tradicional para este fin consiste en la exploración digital, mediante lo cual el obstetra adquiere habilidades como parte de su formación; pero otro modo de evaluar es por medio de la especuloscopia, basada en la experiencia visual del observador, si bien debe especificarse que ambos procedimientos tienen limitaciones, pues además de ser subjetivos, el primero puede invadir y dislocar el tapón mucoso y acercarse a las membranas. (pernadr.s, 2012, pág. 4)

Indicaciones de la cervicometría

1. Pacientes con parto pretérmino previo (Malespín, 2012, pág. 38)
2. Embarazo múltiple
3. Abortos provocados de repetición
4. Cirugía previa en el cuello
5. Sangrado en la segunda mitad de la gestación
6. Condiciones socioeconómicas malas
7. Malformaciones congénitas del aparato genital

Ventajas de la cervicometría

1. Ayuda a disminuir los resultados positivos falsos, causantes de ingresos hospitalarios.
2. Acorta la estadía en centros asistenciales.
3. Reduce la tocólisis iatrogénica.
4. Identifica a las pacientes con verdadera necesidad de cerclaje. (Malespín, 2012, pág. 38)

Errores frecuentes de la cervicometría.

1. Realizar una presión excesiva sobre el cuello uterino.
2. Realizar la medición con la vejiga llena.

Ambos errores pueden modificar sensiblemente la medida de longitud cervical, produciéndose una medición inadecuada de la misma. (Dood, 2013, pág. 12)

Evaluación digital

La evaluación mediante el examen digital del cuello se realizó durante mucho tiempo con reiterados reconocimientos desde el final del segundo trimestre del embarazo hasta aproximadamente las 35 semanas, a fin de identificar a las gestantes con riesgo de parto pretérmino; más aún: tanto un proceder como otro presentan gran variabilidad inter observador, no pueden documentarse y proporcionan una limitada información sobre el orificio cervical interno, además estas valoraciones solo se refieren a la porción intravaginal del cérvix. (Melissa S. Mancuso, 2010, pág. 58)

Se ha demostrado que mediante el tacto digital se infra estima la longitud cervical entre 0,49 y 1,41 cm; sin embargo, la cervicometría por medio de la ecografía vaginal es un procedimiento sencillo, que posee una variabilidad inter observador de solo 3 % cuando se realiza correctamente. (Blom, 2011, págs. 34-35)

Evaluación ecográfica

El examen ecográfico transvaginal es actualmente el método preferido para realizar la evaluación EG del cuello uterino. En el pasado, el examen más comúnmente usado en el estudio del cuello uterino fue la ecografía transabdominal, pues era el único método disponible para realizar la evaluación obstétrica del segundo y tercer trimestre del embarazo. (Duverges, 2016, pág. 23)

Mediante la EG transabdominal el cuello uterino se visualiza mejor cuando la vejiga está llena, pero la distensión vesical puede falsamente elongar el cuello y enmascarar la presencia de una configuración en embudo o funnel por compresión sobre el cuello y el segmento inferior. Las partes fetales pueden oscurecer la visión nítida del cuello uterino dificultando su adecuada evaluación, especialmente después de las 20 semanas.

Además, en la EG transabdominal, la distancia entre el transductor y el cuello es mayor que en la transvaginal.(Melissa S. Mancuso, 2010, pág. 21)

La exploración transvaginal ofrece una mejor visualización del cuello uterino y una medición más reproducible de la longitud cervical, sin embargo, no está totalmente exenta de errores cuando no se observa una cuidadosa aplicación de su técnica. De ahí la importancia de hacer una detallada descripción de la manera cómo debe realizarse el examen.(Eduardo Atalah, 2004, págs. 17-18)

Para la realización del examen transvaginal, la paciente debe vaciar primero la vejiga. Una vejiga llena puede encubrir la configuración en funnel y aumentar por compresión la verdadera longitud del cuello uterino. En seguida, la paciente se coloca en posición supina con sus muslos abducidos. Se introduce en la vagina el transductor cubierto con un condón lubricado, y se coloca en el fondo de saco vaginal anterior.(Ordóñez, 2016, pág. 65).

Predicción De Parto Pretérmino

En las mujeres con antecedentes de parto pretérmino: Se deberá realizar medición entre **24 semanas de gestación** cada 3 semanas (si longitud en primera evaluación es mayor a 30 mm, se mide por segunda vez en 3 semanas y si da un valor siempre mayor a 30 mm se discontinúa el seguimiento dado que el riesgo es menor) En mujeres sin historia de parto pretérmino: La medición se realiza entre las 20-24 semanas (si la medición es mayor de 30 mm el riesgo es menor, se puede discontinuar el seguimiento). (Bllom, 2011, pág. 16)

Predicción De Parto Pretérmino Dentro De Los Sigüentes 7 Días En Mujeres Con APP

En pacientes que ingresan con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino la longitud cervical se hace indispensable para su monitoreo y eventual egreso. (Calle, 2012, pág. 343)

Ayuda a predecir la probabilidad de parto en mujeres en pre inducción

Pacientes con factores de riesgo a término o con criterios de finalización (por ejemplo, Postérmino) deberá auxiliarse con medición cervical para determinar conducta. **Si el cuello permanece sin modificaciones o es mayor a 30 mm de longitud la embarazada puede ser controlada en el primer nivel de atención. la longitud cervical como criterio de ingreso Hospitalario: cuando sea menor a 20 mm.** Si hay acortamiento menor de 15 mm: considerar esteroides y tocólisis, especialmente con antecedentes de parto pretérmino.(Tascón, 2016, pág. 21)

Doppler de arterias uterinas: Ayuda a identificar pacientes con isquemia útero-placentaria, que puede expresarse como parto pretérmino idiopático de etiología isquémica, o como RCIU y pre eclampsia. Esta exploración se realiza entre las 20 y 24 SG, por vía transvaginal, por lo cual puede hacerse simultáneamente con la evaluación del cérvix. Los valores que identifican población de riesgo son los ubicados sobre el percentil 95 del Índice de Pulsatilidad promedio de ambas arterias uterinas ($IP > 2.34$). (Calero Godinez & Henandez Flores, 2012, págs. 25-27)

Exámenes Complementarios

- ✓ **Ultrasonido (donde esté disponible):** Debe documentar: Numero 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.(Santa, 2010, pág. 23)

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 están asociados a amenaza de parto pretérmino. Es indicativo: BHC, EGO, Gram y KOH en exudado vaginal, Cultivo de secreción vaginal. (Ordóñez, 2016, pág. 65)

Manejo y Procedimientos:

Es necesario tener criterios para manejo según el sitio en que será atendida la embarazada con amenaza de parto pretérmino. Para el presente protocolo se han definido criterios de manejo ambulatorio y de manejo hospitalario. (Torres, 2016, págs. 32-33)

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. (John Owen, 2009, pág. 31)

a) Tratamiento no farmacológico:

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

* Dar cita abierta para atención si la longitud cervical mayor a 20 mm.(Andrade, 2012, pág. 21)

b) Tratamiento farmacológico

Nifedipina 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.(Aguirre, 2016, pág. 32)

* 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.

El único criterio de uso de sulfato de magnesio como tocolítico parenteral es la hipotensión arterial (menor a 80/50 mm Hg) no se recomienda el cambio a sulfato de magnesio una vez que se inició Nifedipina oral.

* 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 espontánea, salvo indicación materna y/o fetal de riesgo.

* Si no hay disminución de actividad uterina y hay progresión de las modificaciones cervicales: Ingrese para vigilancia y atención (en Manejo con Nifedipina).

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.

Betametazona 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).

Indometacina 100 mg supositorio como fármaco analgésico y anti inflamatorio (en situaciones individuales, no usar de rutina) ha demostrado buenos resultados en estos procesos supositorio 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.(Tascón, 2016, págs. 34-36)

Contraindicaciones para el uso de uteroinhibidores: RPM con sospecha o evidencia de infección ovular, cardiopatías congénitas maternas o fetales (arritmias), desprendimiento placentario (Hemorragias), malformaciones congénitas fetales graves, franco trabajo de parto, madurez fetal comprobada, restricción del crecimiento intrauterino comprobado, eritroblastosis fetal, feto muerto.

Finalización del tratamiento útero-inhibidor:(Vivas, 2018, pág. 27)

- Se ha completado la maduración pulmonar fetal
- Cuando se ha llegado a las 37 SG
- Si hay modificaciones cervicales irreversibles: si la dilatación progresa a los 4 cm., o si teniendo una dilatación inicial de 3 o 4 cm., al inicio del tratamiento, progresa a más de 6 cm., dejar en evolución espontanea
- Amniorrexis prematura
- Signos de infección ovular
- Signos de pérdida del bienestar fetal

- Respuesta tocolitica refractaria
- Reacción adversa medicamentosa severa (vómitos, descenso de la presión arterial mayor al 10% en la diastólica, alergia al fármaco).

Prevención y promoción:(Rosales, 2017, pág. 16)

- Identificación de la población de riesgo.
- Captación y APN precoz.
- Mejorar el estado nutricional de las gestantes.

- Detectar factores individuales de riesgo (Antecedentes de parto pretérmino, Gemelar).
- Identificar factores modificables de riesgo e intervenir en consecuencia (Ácido Fólico, Sobrepeso, Obesidad, Hábitos alimenticios, Enfermedad periodontal).
- Considerar métodos de educación relacionados con factores de riesgo.
- Enseñar a reconocer signos de alarma.

Criterios de referencia

Toda embarazada con una edad gestacional entre las 22 y 36 semanas + 6 días con evidencia de contracciones uterinas frecuentes, debe ser referida a un establecimiento con CONE, con vía segura, para su evaluación y manejo correspondiente con uno o más de los siguientes criterios:

- * Ruptura Prematura de Membranas
- * Modificaciones cervicales **CONFIRMADAS** por medio del acortamiento del cérvix (<20 mm), a través de ecografía transvaginal, cuando es embarazo con feto único.

Criterios de Alta Hospitalaria (sala de observación, en emergencia o sala de ARO)

- Ausencia de contracciones uterinas.
- NO presencia de modificaciones cervicales. Si había presencia de modificaciones al ingreso que no exista progresión de las mismas.
- Haber recibido tratamiento para maduración pulmonar fetal.
- Remisión de la posible causa de amenaza de parto pretérmino.
- Longitud cervical >20mm.(Huertas, 2010, pág. 27; MINSA, 2018, pág. 44)

MANEJO HOSPITALARIO

En el servicio de emergencia:(MINSA, 2018, pág. 50)

- Realizar maniobras de Leopold.
- Evaluar el bienestar fetal (auscultar FCF).
- Especuloscopia, para ver si hay sangrado o salida de líquido o flujos anormales.
- Determinar modificaciones cervicales clínica y/o ultrasonográficamente.
- Mantener a la paciente en reposo, en decúbito lateral izquierdo.

- Control de signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria.
- Toma de muestra de exámenes de laboratorio: hematocrito, hemoglobina, grupo y Rh, y otros, según indicación médica.
- Iniciar esquema de Nifedipina. De acuerdo a valoración de los cambios cervicales, actividad uterina y bienestar fetal, y necesidad de madurez pulmonar con corticoides antenatales.
- Considerar el estado emocional de la paciente y dar soporte psicológico a ella y su familia.
- Ante todo, procedimiento y/o ingreso, asegurar que la paciente, familiar o su representante, firme hoja de consentimiento informado.

Servicio de Maternidad(MINSA, 2018, pág. 51)

- Historia clínica completa con enfoque de riesgo de parto pretérmino.
- Mantener a la paciente en reposo, en decúbito lateral izquierdo y en ambiente tranquilo.
- Monitoreo fetal
- Cumplir medicamentos según indicación médica.
- Realizar cuidados higiénicos (baño, aseo vulvar, aseo bucal)
- Valorar exámenes de laboratorio.

- Monitoreo de la longitud cervical (la evaluación se realiza al ingreso y para determinar egreso y confirmar la ausencia de progresión de acortamiento., en la consulta externa es válido valoración cada 2 semanas).
- Al ceder actividad uterina, suspender Nifedipina.
- Proporcionar apoyo al estado emocional de la paciente.

Tratamiento farmacológico

1. No indicar **líquidos endovenosos** si la embarazada NO esta deshidratada.
2. En caso de deshidratación, indicar administración de SSN.

Corticoides

Fármacos inductores de la madurez pulmonar fetal: Entre 24 – 36 semanas + 6 días de gestación: **En toda paciente con factores de riesgo para parto prematuro se debe aplicar un solo ciclo de corticoides antenatales con:** Dexametazona 6mg IM cada 12 horas por 4 dosis o Betametazona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis.(MINSA, 2018, pág. 46)

Capítulo II: Diseño Metodológico

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional, Descriptivo, corte transversal, retrospectivo, enfoque cuantitativo.

Área de Estudio

El Hospital Amistad Japón Nicaragua se encuentra ubicado en el municipio de Granada Km 44 ½ Carretera Granada – Masaya, fundado en el año 1998, construido con fondos de la cooperación del gobierno de Japón con 21 años de funcionamiento, atiende una población de 191,927 habitantes y es clasificado como un hospital general departamental.

Tiene una dotación total de 159 camas (140 censables y 19 no censables) Quirófanos total 4, cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (1) Y Niños (1) una unidad de Neonatología. Atiende las especialidades de: Cirugía Gral., Odontología, Maxilo Facial, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología, Anestesiología, Cirugía plástica, Medicina Interna, Pediatría, Fisiatría, Cirugía pediátrica, Ginecobstetricia y Radiología cuenta con 450 recursos se brinda por año 46,800 consultas por servicio de emergencia, a nivel de Consulta Externa 40,833 total de Egresos fue de 10,425 y el total de Cirugía fue de 4,324. La presente investigación, estuvo centrada en pacientes que fueron valoradas en su embarazo con antecedente de APP con mismo diagnóstico en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada en el periodo de Enero a Agosto del 2018.

Universo

La población de estudio correspondió a 275 pacientes valoradas en su embarazo con diagnóstico de parto pretérmino en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada periodo de Enero a Agosto del 2018 ingresadas en el Hospital con dicho diagnóstico.

Muestra

Fue conformada por 161 pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que fueron atendidas en Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada que cumplieron con los criterios de inclusión. Con un margen de error 5%, nivel de confianza 95% y heterogeneidad 50%.

$$n = \frac{NK^2 p .q}{e^2 (N - 1) + k^2 .p .q}$$

Donde

n= tamaño de la muestra

N= población

K²= 2.56 constante que no debes ser menos de 95%

e= 0.1 error máximo admisible

p. = 0.50 probabilidad a favor

q= 0.50 probabilidad en contra

Tipo de muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión

- ✚ Pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino correspondiente a las comunidades atendidas en el hospital.
- ✚ Pacientes con partos en periodo gestacional de 22 a 36 6/7.

Criterios de exclusión

- ✚ Pacientes con embarazos menores de 22 semanas.
- ✚ Pacientes con embarazos mayores o iguales de 37 semanas.
- ✚ Pacientes que no recibieron Atenciones Prenatales en los puestos médicos correspondientes al centro de estudio.

Fuente de Información:

Secundaria, a través de una ficha de recolección de información previamente estructurada y validada por el tutor, ejecutando una prueba piloto en 15 expedientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino correspondiente a las pacientes atendidas en el hospital Amistad Japón Nicaragua.

Unidad de Análisis:

Todos los expedientes clínicos de las pacientes que fueron diagnosticados con amenaza de parto atendido en Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada, periodo Enero – Agosto 2018.

Obtención de la información

La información se obtuvo de la revisión del expediente clínico y el libro de registro del área de estadística clínica del Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada en el periodo de Enero a Agosto del 2018.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Definición operacional	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta la fecha de su ingreso.	Años	< 18 años 19-35 años > 36 años
Procedencia	Área geográfica donde habita o de donde procede la paciente.	Según expediente	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado.	Nivel académico alcanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Ocupación	Oficio o actividad a la cual se dedica la paciente.	Según expediente	Ama de casa Obrera Comerciante Estudiante Otros
Estado civil	Asociación que caracteriza los vínculos personales con otro individuo.	Según expediente	Soltera Casada Acompañada Otros
Índice de masa corporal	Cantidad de masa asociado a talla y peso	Según Expediente	Desnutrida Normal Sobrepeso Obesa
Antecedentes personales no patológicos	Sustancia nocivas que afectan la salud	Según expediente	Alcohol Tabaco Drogas Negado
Antecedentes patológicos personales	Enfermedades padecidas por la paciente.	Según expediente	Diabetes Mellitus Hipertensión arterial Desnutrición Anemia Otros Ninguno
Gestaciones	Período que transcurre entre la implantación del cigoto, en el útero, hasta el parto.	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3

Partos	Culminación de la gestación mediante la salida del bebe por el canal vaginal.	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Cesáreas	Técnica quirúrgica en la cual se extrae bebe del útero a través de incisión en cavidad abdominal.	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo.	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Controles prenatales	Atenciones sanitarias que reciben las embarazadas durante el embarazo.	Según expediente	Ninguno 1-2 ≥3
Edad gestacional	Edad de un feto desde el primer día de la última regla.	Según expediente	22-27 28-33 34-36
Contracciones uterinas	Contracción de los músculos en las paredes uterinas.	Según expediente	Si No No aplica
Flujo vaginal	Líquido viscoso segregado desde el cuello uterino.	Según expediente	Si No No aplica
Estado del cuello uterino	Estado del cuello uterino al momento de la revisión ginecológica de la paciente.	Según expediente	Si No No aplica
Bienestar fetal	Vitalidad fetal valorada con la frecuencia cardiaca fetal en rangos normales.	Según expediente	Si No No aplica
Presencia de IVU	Datos clínicos de una infección de vías urinarias brindados mediante la interrogación a la paciente.	Según expediente	Si No No aplica

Presencia Cervicovaginitis	Proceso infeccioso e inflamatorio de la vía vaginal encontrados mediante el examen físico.	Según expediente	Si No No aplica
Indicación de Ultrasonido	Examen imagenológico que valoración fetal.	Según expediente	Si No No aplica
Indicación de exámenes de laboratorio	Muestras sanguíneas para valorar diagnóstico de clínica de la paciente.	Según expediente	Si No No aplica
Reposo relativo	Estado en el que no se realizan actividades físicas.	Según expediente	Si No No aplica
Ingesta abundante de agua	Hidratación hídrica en los días de estancia intrahospitalaria.	Según expediente	Si No No aplica
Dosis de ataque de Nifedipina	Bloqueador de los canales de Calcio utilizado para inhibir contracciones.	Según expediente	Si No No aplica
Dosis de mantenimiento de Nifedipina	Bloqueador de los canales de Calcio utilizado para inhibir contracciones.	Según expediente	Si No No aplica
Maduración pulmonar	Corticoide utilizado para afectaciones pulmonares provocadas por inmadurez.	Según expediente	Si No No aplica
Expediente	Documento básico que representa la evidencia del protocolo de un enfermo.	Según expediente	Si No No aplica
Vía de parto	Vía seleccionada para la interrupción de la gestación.	Según expediente	Parto Cesárea No aplica
Egreso perinatal	Estado clínico del neonato al momento de su egreso.	Según expediente	Vivo Muerto Abandono Traslado

Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

La presente investigación utilizó al *Paradigma Socio-Crítico*, de acuerdo a esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. (Pérez Porto, 2014). Se realizó previa coordinación con autoridades, la selección de los expedientes de las pacientes, Se llenó el instrumento de recolección. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, págs. 532-540).

El método de recolección de información fue la observación utilizando la técnica de revisión documental a través de la fuente de información secundaria con la revisión del expediente clínico.

Se elaboró un instrumento de recolección de la información la cual consta de 25 ítems de los cuales 6 corresponden a las características sociodemográficas 3 comorbilidades y características ginecobstetra de las pacientes en estudio. 9 a criterios diagnósticos clínicos, 5 a cumplimiento del tratamiento según el esquema normado y 2 Resultados Perinatales este instrumento fue valido en el hospital y centro de salud con 15 expedientes, siendo aprobado y validado por expertos en la especialidad y metodólogos clínicos.

Distribución de las Variables por Objetivos:

Objetivo 1:

- ✓ Edad Materna
- ✓ Procedencia
- ✓ Estado Civil
- ✓ Escolaridad
- ✓ Ocupación
- ✓ I.M.C.

Objetivo 2:

- ✓ 2.1 APNP
- ✓ 2.2 A.A. Personales.
- ✓ 2.3. A.G.O.

Objetivo 3:

- ✓ Edad gestacional
- ✓ Contracciones uterinas
- ✓ Flujo vaginal
- ✓ Estado del cuello uterino
- ✓ Bienestar fetal
- ✓ Infección de vías urinarias
- ✓ Cervico-vaginitis
- ✓ Ultrasonido Obstétrico
- ✓ Exámenes de laboratorio

Objetivo 4:

- ✓ Reposo relativo
- ✓ Ingesta de agua
- ✓ Dosis de ataque de Nifedipina
- ✓ Dosis de mantenimiento de Nifedipina
- ✓ Uso de maduración pulmonar

Objetivo 5:

- ✓ Vía de parto
- ✓ Egreso perinatal

Plan de Tabulación y Análisis Estadístico

Plan de Tabulación

Se realizaron los *Análisis de Contingencia* que corresponde, según la naturaleza y calidad de las variables incluidas. Por tanto, los cuadros de salida se limitaron a especificar la Tabla de Contingencia con porcentajes de totales y la Tabla de Probabilidad de las *Pruebas de Correlación y Medidas de Asociación que fueron necesarias realizar*. Para este plan de tabulación se determinaron aquellas variables que se relacionaron por medio del Análisis de Contingencia, para esto se definieron los cuadros de salida, según el tipo de variable y las escalas de clasificación predefinidas, por ejemplo, escala Likert. Generando el Riesgo Relativo de los factores de riesgo estudiados, al igual que un índice de confiabilidad de 95% y factor de error predictivo de 5%

Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Posterior a la realización del control de calidad de los datos registrados, se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y cualitativas guiada por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos y de correlación correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos:

El análisis de frecuencia, estadísticas descriptivas según cada caso, tablas de 2x2. Además, se realizaron gráficos del tipo: pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, barras de manera invariados para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

Tablas cruzadas con correlación de variable:

Edad vs parto pretérmino

Morbilidad vs parto pretérmino

Comorbilidad vs parto pretérmino

Tocólisis vs parto pretérmino

Uso de corticoide vs parto pretérmino

Consideraciones éticas:

✓ Se solicitó permiso al sub-director docente del hospital, explicándole verbalmente en qué consistía la investigación con el objetivo de tener acceso a los expedientes clínicos de los pacientes en estudio y la obtención de datos estadísticos provenientes del departamento de epidemiología del hospital.

✓ No se mencionaron los nombres de los pacientes a estudio.

✓ No se registraron los nombres de los profesionales de salud que intervinieron en la atención de los pacientes en estudio.

Capítulo III: Resultados

RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas de las pacientes en estudio atendidas en el Hospital Amistad Japón del municipio de Granada, periodo Enero a Agosto 2018 , de acuerdo al grupo etario orden predomino el de 20 a 29 años 95(59%), seguido del grupo de 15 a 19 años 40(25%), y en menor frecuencia se encontró el grupo de 30 a 39 años 25(25%), mientras que de 10 a 14 años 1(1%), no reportándose casos mayores de 40 años. **(Tabla N° 1)**

En lo que respecta a la Procedencia de las pacientes en estudio encontramos que en su mayoría provenían del área Rural fueron 94(58%), mientras que en el área urbana fue de 67(42%). **(Tabla N° 2)**

En cuanto al nivel de escolaridad reportado por las pacientes que acudieron a la unidad de salud en estudio encontramos que el predominio fue a nivel de escolaridad secundaria con 91(56.5%) seguido de primaria con 48(30%), mientras que en el nivel universitario 14 (8.6%), seguido de analfabetas con 7(4.3%) y en menor frecuencia técnicos 1 (0.6%). **(Tabla N° 3)**

Con respecto a la Ocupación de las pacientes en estudio, se reportó mayor frecuencia en las Amas de casa siendo este 151(94%) seguidamente tenemos Obreras 4(2.4%) repitiendo del mismo modo las Estudiante 4(2.4%) y en menor frecuencia tenemos las Comerciantes 2(1.2%). **(Tabla N° 4)**

En lo concerniente al estado civil encontramos mayor predominio en orden de frecuencia Unión hecho 132(82%), seguido de las casadas 20(12%), y en menor frecuencia las solteras 9(6%). **(Tabla N° 5)**

Al comparar Índice de masa corporal de las pacientes encontramos que la mayoría de las pacientes en estudio presentaban peso Normal 62(38.5%) seguidamente de diferencia mínima las Sobrepeso 61(38%) en menor frecuencia las Obesas 27(16.7%), y por ultimo las Desnutridas 11(6.8%). **(Tabla N° 6)**

En relación a los antecedentes personales no patológicos tenemos los hábitos tóxicos se determinó que la mayor frecuencia de las pacientes en estudio negaron 150 (93.2%) seguidamente alcohol, 5(3.1%) posteriormente fumadoras 4(2.5%) y por último en menor frecuencia las Drogas 2(1.2%). **(Tabla N° 7)**

En lo que respecta a los Antecedentes patológicos personales la mayoría de las pacientes negaron 102 (63%) seguidamente Anemia 45(28%) posteriormente las Desnutridas 11(7%) y en menor frecuencia las Hipertensas 3(2%) no se reportaron pacientes Diabéticas durante este periodo de estudio. **(Tabla N° 8)**

En lo concerniente al número de gestaciones tenemos en orden de frecuencias; Ninguno 102(63%), 1 a 2 45(28%) seguidamente y en menor frecuencia mayor o igual a 3 14(9%). **(Tabla N° 9)**

En relación al número de partos vaginales de los cuales en orden de frecuencia se obtuvieron los siguientes datos Negaron: 86(53%) seguidamente 1 a 2 fueron 54(34%) y en menor frecuencia mayor o igual a 3 con 21(13%). **(Tabla N° 10)**

En cuanto al número de abortos se reportó que negaron; 130(81%) y en menor frecuencia 1 a 2 con 31(19%) **(Tabla N° 11)**

Con respecto al número de cesáreas se encontró que la mayor frecuencia las que negaron tal antecedente 131(81%) y las que confirmaron 1 a 2 cesáreas 30(19%). **(Tabla N° 12)**

En lo que respecta al número de controles prenatales se determinaron que mayores o iguales de 4 fueron 94 (58%) seguidamente 1 a 3 fueron 51 (32%) y por último pacientes que negaron 16(10%) **(Tabla N° 13)**

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 de acuerdo a la edad gestacional fue de 161(100%)seguidamente las contracciones uterinas regulares (2 o más contracciones en 10 minutos) se cumplió en 135(84%)posteriormente la realización de exámenes complementarios, 130(81%)en menor frecuencia realización de ultrasonido 113(70%)seguidamente evaluación del cuello uterino 85(53%)posteriormente se reportaron flujos vaginales 57(35%) por otra parte se determinaron cervicovaginitis 50(31%) continuando con medios diagnostico como bienestar

fetal 41(25%) y por último en menor frecuencia infección en vías urinarias 31(19%). Por otra parte, contrario a los datos antes mencionado siguiendo el orden de frecuencia; negaron infección en vías urinarias 130(81%) seguidamente bienestar fetal 120(75%)posteriormente cervicovagnitis 111(69%) continuando con flujo vaginal 104(65%) en menor frecuencia evaluación del cuello uterino 76(47%) en menor frecuencia ultrasonidos 48(30%) seguidamente realización de exámenes complementarios 31(19%) y por ultimo contracciones uterina 26(16%) en cuanto a la edad gestacional todas cursaban el periodo establecido por el protocolo. **(Tabla N° 14)**

En relación a la indicación de tratamiento no farmacológico, se encontró que, con respecto a la indicación del reposo relativo, 127 (79%) de igual manera se verifico la indicación de ingesta abundante de líquidos en 122 (76%) sin embargo pacientes que no cumplieron con dichos criterios en cuanto a la ingesta de líquido 39(24%) y en menor frecuencia reposo relativo 34(21%) **(Tabla N° 15)**

En cuanto a la indicación del tratamiento farmacológico, el uso de la dosis de ataque de nifedipina, se constató en 118 (73%) mientras que la indicación de la dosis de mantenimiento de nifedipina estuvo plasmado en 110 (94%) en relación a la indicación del uso de corticoides, 96(60%) cumple con la aplicación. Por otra parte, no cumplieron con estos criterios en cuanto a la maduración pulmonar 65(40%) si como también dosis de mantenimiento de nifedipina 51(32%) y así como dosis de ataque de nifedipina 43(27%). **(Tabla N° 16)**

En relación al cumplimiento del protocolo de amenaza de parto pretérmino, se encontró que 105 de ellos no cumple con todos los criterios (65%) mientras que 56 de los expedientes cumple con todos los criterios de la lista de chequeo (35%) **(Tabla N° 17)**

Con respecto a la evolución de la gestación, 118 (73%) continuaron con su estado gravídico mientras, que 43(27%) embarazadas culminaron su embarazo por vía vaginal. **(Tabla N° 18)**

En relación al Egreso de las mujeres en estudio, se encontró que 43(27%) puérperas fueron dadas de alta con sus bebés vivos y 118 (73%) mujeres fueron dadas de alta continuando con su estado gravídico y en seguimiento estricto del mismo. **(Tabla N° 19)**

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El grupo etario que predominó fue la segunda década de vida , el nivel académico fue el secundario el que predominó, si se observó un mayor índice respecto a la procedencia siendo esta rural , al igual que la ocupación la cual fue en gran medida ama de casa , la unión de hecho fue predominante predominante , sin embargo los extremos de peso corporal preconcepciones como el sobrepeso se presentaron en gran cantidad de las pacientes, datos comparables con el estudio de **Calero-Hernández en Nicaragua 2012** estudio analítico observacional de corte transversal retrospectivo de casos controles donde predominaba la soltería y ser ama de casa significaba un factor de riesgo significativo para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino.

Los antecedentes personales maternos de las pacientes objeto de estudio como las comorbilidades y antecedentes de amenazas de parto pretérmino o parto pretérmino pesé a que no reflejaron relevancia lo cual concuerda con el estudio de **Alemán en Nicaragua 2016** ,donde estos mismos antecedentes si reflejaron significancia estadística como factor de riesgo para APP, a su vez las pacientes objeto de estudio reflejaron valores estadísticos significativos como Anemia , Nuliparidad, Cervicovaginitis o IVU lo cual concuerda con casi todos los estudios revisados como **Pedro Faneite y otros colegas en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara Carabobo, Venezuela(2011)** págs. 13-14, estudios de la incidencia de la infección de las vías urinarias y la amenaza de parto prematuro. **Aguirre - Alemán, K; Nicaragua (2016)** págs. 24), en su estudio caso control asociada al incremento del parto pretérmino Calero Godínez y Hernández Flores, Nicaragua (2012) estudio analítico observacional de corte transversal retrospectivo de casos controles.

El diagnóstico clínico evidencio una significancia, donde el aspecto clínico si fue evaluado en la mayoría de las pacientes de acuerdo a la edad gestacional, contracciones uterinas y exámenes de laboratorio e imagenológico, así como también las infecciones urinarias y cervicovaginitis; **Calero, L; Nicaragua (2016)** en su estudio analítico observacional de corte transversal retrospectivo de casos controles donde refleja que la ruptura prematura de

membrana genero significancia estadística, al igual que la presencia de infecciones urinarias e infecciones vaginales.(Calero,2016,pag 8).

En cuanto a la aplicación del tratamiento no farmacológico podemos mencionar reposo relativo se cumplió en 79% y en cuanto al farmacológico la dosis del nifedipina fue de 73% aplicando dosis de mantenimiento del mismo fue 68% y en relación al uso de Corticoterapia, fue de 60% y cumplimiento del expedientes clínico fue 35% , lo que al compararse con el estudio descriptivo descriptivo de corte transversal **Vallecillo, K; Nicaragua (2017)** donde el 100% no cumplió, se observa una diferencia significativa. Además de no cual coincidir con el estudio de **Solís Ricardo y colaboradores en España (2010** págs. 24) realizaron estudio de tratamiento utilizado en la amenaza de parto pretermino de donde el 10 % de las pacientes no recibió Corticoterapia y el 98% utilizó tocólisis según sus protocolos vigentes.

La resolución de la amenaza de parto pretérmino evidenció gran significancia a pesar de que un 27% evoluciono a parto vaginal el restante 73% continuo su embarazo a su egreso con estrictas recomendaciones.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de las pacientes eran mayores correspondiendo a las edades de 20 a 29 años, procedentes de la zona rural, con un nivel de escolaridad; secundaria en su mayoría eran ama de casa con estado civil de unión de hecho y un índice de masa corporal normal mínimo de uno en relación al sobrepeso.

En relación a los hábitos tóxicos y enfermedades crónicas la mayoría negaron por otra parte en cuanto a las características ginecobstetras sobresalientes fueron pacientes con 1-2 estados gravídicos, sin partos vaginales, abdominales y con más de 4 controles prenatales.

Los criterios clínicos diagnósticos cumplidos fueron la edad gestacional, contracciones uterina exámenes complementarios y la evaluación del bienestar fetal.

En cuanto al uso del tratamiento no farmacológico; Reposo relativo e ingesta de agua no se cumplieron en el 100% así como también en el tratamiento farmacológico con respectó a la dosis de ataque del nifedipina, dosis de mantenimiento, maduración pulmonar siendo este último en menor uso en relación a los tratamientos y la revisión del expediente clínico.

En lo concerniente a la evolución del embarazo en las mujeres del estudio fue satisfactorio culminado con partos por vía vaginal en tiempo acorde a las semanas de gestación, coincidente con los meses estimados de acuerdo a su fecha probable de parto si datos de muerte fetal.

RECOMENDACIONES

Al Hospital

- Desarrollar e impulsar programas de información a todo el personal del área, para concientizar tanto a médicos como enfermeras sobre el parto pretérmino y sus principales factores de riesgo, prevención, bioseguridad, de modo que se disminuyan riesgos al momento de las atenciones prenatales, considerando que la mayoría de los factores de riesgo para esta condición de salud son prevenibles y evitables.
- Recalcar la importancia de las Atenciones Prenatales, como mínimo 4, para un monitoreo y vigilancia más detallado, reafirmar en las valoraciones por odontología, nutrición, toma de Papanicolaou y adherencia de las pacientes a los tratamientos prescritos por los médicos evaluadores.
- La importancia del seguimiento ultrasonográfico y longitud cervical al momento del ingreso y sus subsecuencias posteriores, para la toma de decisiones precoces y mejorar de esta manera el pronóstico del binomio madre-bebé.

Al servicio de docencia

- Incentivar el estudio continuo e investigación en las salas de ginecología y obstetricia, donde estas pacientes femeninas aun no fuesen del servicio de atención a la mujer, incluyendo la población masculina, con el fin de la disminución de los factores de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino.

Capitulo IV Bibliografía de Consulta.

BIBLIOGRÁFICAS BASICAS.

- Abdel-Aleem H. (2012). Cervical pessary for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2-23.
- Andrade, C. (2012). Cervicometría como factor de riesgo de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga. *Revista Medica*, 13-17.
- BarriosI, N., CarrazanaII,, Y., & PichardoIII, C. (2007). Repercusión de la obesidad en la morbilidad obstétrica. *Scielo*, 9-15.
- Berghella, K. K. (2017). Cervical Funneling: Sonographic criteria predictive of preterm delivery. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 161-166.
- Berghella, V. (2012). caproato de hidroxiprogesterona), el primer medicamento para prevenir los partos prematuros. *Society for Maternal-Fetal Medicine Publications*, 12-18.
- Bllom, R. (2011). Cervical Cerclage. *Gynaecologists, Royal College of Obstetricians*, 0 - 21.
- Calle, A. (2002). Predicción del trabajo de parto pretermino espontaneo. *Revista Colombiana de Obstetricia*, 341-354.
- Dodd, J., & Flenady, V. (2013). The length of cervix and the risk. 1-23.
- Duverges, R. (2016). Morbilidad materno-fetal en embarazadas obesas. *edigraphic*, 1-8.
- E.A., V. (2012). Medición ecográfica transvaginal del cuello uterino en la predicción del parto pre término espontaneo en el instituto Materno Perinatal. *Ginecologia y obstetricia*, 34-45.
- Eduardo Atalah. (2014). Maternal Obesity and Reproductive risk. *Revista medica de Chile*, 923-930.
- Fujimori, E., & Gutierrez, E. (2001). Evaluacion de Estado Nutricional de Embarazadas Atendidas en la Red de Salud,. *Revista Ginecologia Brasil*, 9 - 64.

- Huertas, E. (2010). Longitud cervical en la predicción del parto pretérmino espontáneo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 50 - 56.
- John Owen, M. G. (2009). Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 375-380.
- Malespín, M. (2012). Utilidad de la evaluación ecográfica de la longitud del cuello uterino como predictor del parto pretérmino en pacientes atendidas por APP en Hospital Escuela Bertha Calderon Roque. *UNAN*, 34-40.
- Manrique, R. (2018). Parto pretérmino en adolescentes. *Revista Ginecología*, 144-149.
- Mario Orlando Parra. (2009). Obstetricia Integral Siglo XXI. Bogota. *Facultad de ciencias medicas - Universidad Nacional de Colombia*, 13-18.
- Melissa S. Mancuso, M. J. (2010). Cervical funneling: effect on gestational length and ultrasound-indicated cerclage in high-risk women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 259-261.
- Moreno, Z. (2009). obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. *scielo*, 33-37.
- Oppenheimer, L. (2017). Diagnosis and Management of Placenta Previa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 261-266.
- Ordóñez, E. B. (2006). Evaluación sonográfica del cuello uterino en la predicción del parto prematuro. *Obstetricia y Ginecología*, 64-68.
- p.s. (2012). Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. *March of Dimes*, 3-7.
- Perez, E. (2015). Centro para el Control Estatal de medicamento. *Cuba Patente*, 32-35.
- Puigventos, L. (2012). Protocolo de la amenaza de parto pretermino. *Actualización al protocolo de la amenaza de parto pretermino.*, 12-17.

- Santa, J. A. (2010). Sobrepeso y obesidad en embarazadas cubanas. *Reevista Cubana de Ginecologia*, 28-34.
- Torres, C. P. (2018). Longitud del canal cervical uterino como factor de riesgo de parto prematuro en pacientes sintomaticas. *evista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*,, 330.
- Vivas, C. A. (2018). Utilización del caproato de hidroxiprogesterona en la prevención del trabajo de parto pretérmino. *Desafios*, 40-45.
- Walls, E. (2014). Agentes progestacionales para el tratamiento de la amenaza de trabajo de parto prematuro o del trabajo de parto prematuro establecido. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 56-67.

Capítulo IV: Anexos

Anexo 1: Instrumento de recolección de la Información

FICHA DE RECOLECCIÓN

Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018.

No. de Ficha ____ **Edad:** _____

Procedencia:

Urbano Rural

Escolaridad:

Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria Alfabeto

Ocupación:

Ama de casa Obrera Comerciante Estudiante

Estado civil

Soltera Casada Acompañada

Índice de masa corporal:

Desnutrida Normal Sobrepeso Obesa

Antecedentes personales no Patológicos:

Fumar Alcohol Drogas Ninguno

Antecedentes patológicos personales:

Diabetes mellitus Hipertensión Arterial Anemia Desnutrición
 Otros Ninguno

Antecedentes Obstétricos: Gesta ____ Para ____ Aborto ____

Cesárea ____

Controles pre-natales embarazo actual

Ninguno 1-2 ≥ 3

Edad gestacional

22-27 28-33 34-36

Contracciones uterinas

Si No N/A

Flujo vaginal

Si No N/A

Cuello uterino

Si No N/A

Presencia de IVU

Si No N/A

Bienestar fetal

Si No N/A

Presencia de Cervico-Vaginitis

Si No N/A

Indicación de Ultrasonido

Si No N/A

Reposo relativo

Si No N/A

Dosis de ataque de Nifedipina

Si No N/A

Maduración pulmonar

Si No N/A Cumplió

Vía de parto Parto Cesárea N/A

Indicación de exámenes de laboratorio

Si No N/A

Ingesta abundante de agua

Si No N/A

Dosis de mantenimiento de Nifedipina

Si No N/A

Expediente

Si No N/A

Egreso perinatal

Vivo Muerto Abandono Traslado

Anexo 2: Tablas

Tabla N° 1: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al grupo etario.

Edades Maternas	FR	%
10-14 años	1	1
15-19 años	40	25
20-29 años	95	59
30-39 años	25	15
40 a más.	0	0
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 2: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la procedencia.

Procedencia	FR	%
Urbano	67	42
Rural	94	58
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 3: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Nivel de Escolaridad.

Nivel de Escolaridad	FR	%
Analfabeta	7	4.3
Primaria	48	30
Secundaria	91	56.5
Técnico	1	0.6
Universitario	14	8.6
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 4: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la ocupación.

Ocupación	FR	%
Ama de Casa	151	94
Comerciante	2	1.2
Obrera	4	2.4
Estudiante	4	2.4
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 5: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Estado civil.

Estado Civil	FR	%
Soltera	9	6
Unión de Hecho	132	82
Casada	20	12
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 6: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Índice de Masa Corporal.

Índice de Masa Corporal	FR	%
Desnutrida	11	6.8
Normal	62	38.5
Sobrepeso	61	38
Obesa	27	16.7
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 7: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a los Antecedentes personales no patológicos.

Hábitos Tóxicos	FR	%
Fuma	4	2.5
Alcohol	5	3.1
Drogas	2	1.2
Negado	150	93.2
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 8: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a los Antecedentes patológicos personales.

Enfermedades Crónicas	FR	%
Anemia	45	28
Desnutrición	11	7
Hipertensión Arterial	3	2
Diabetes Mellitus	0	0
Ninguno	102	63
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 9: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Numero de gestaciones.

Numero de Gestaciones	FR	%
Ninguno	62	38
1-2	77	48
≥ 3	22	14
Total	161	100

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 10: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Número de partos.

Número de Partos vaginales	FR	%
Ninguno	102	63
1-2	45	28
≥ 3	14	9
Total	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 11: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Número de abortos.

Número de Abortos	FR	%
Ninguno	130	81
1-2	31	19
Total	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 12: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Número de cesáreas.

Número de Cesáreas	FR	%
Ninguno	131	81
1-2	30	19
Total	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 13: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Número de Controles Prenatales.

Numero Controles pre-natales	FR	%
Ninguno	16	10
1-3	51	32
≥ 4	94	58
Total	161	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 14: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a los Criterios Diagnósticos Clínicos.

Criterios Diagnósticos Clínicos	SI		NO	
	FR	%	FR	%
Contracciones uterinas	135	84	26	16
Flujo vaginal	57	35	104	65
Edad Gestacional	161	100	0	0
Cuello uterino	85	53	76	47
Bienestar fetal	41	25	120	75
Infección de vías urinaria	31	19	130	81
Cervicovaginitis	50	31	111	69
Ultrasonido	113	70	48	30
Exámenes de laboratorio	130	81	31	19

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 15: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Tratamiento No Farmacológico.

Criterios	SI		NO	
	FR	%	FR	%
Reposo relativo	127	79	34	21
Ingesta de liquido	122	76	39	24

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 16: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Tratamiento Farmacológico.

Criterios	SI		NO	
	FR	%	FR	%
Dosis de ataque de Nifedipina	118	73	43	27
Dosis de mantenimiento de Nifedipina	110	68	51	32
Maduración pulmonar	96	60	65	40

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 17: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la Revisión de Expediente.

Cumplimiento del Protocolo de Manejo	FR	%
SI	56	35
NO	105	65
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 18: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la Vía de parto en Relación Evolución.

Vía de parto	FR	%
Vaginal	43	27
N/A	118	73
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico

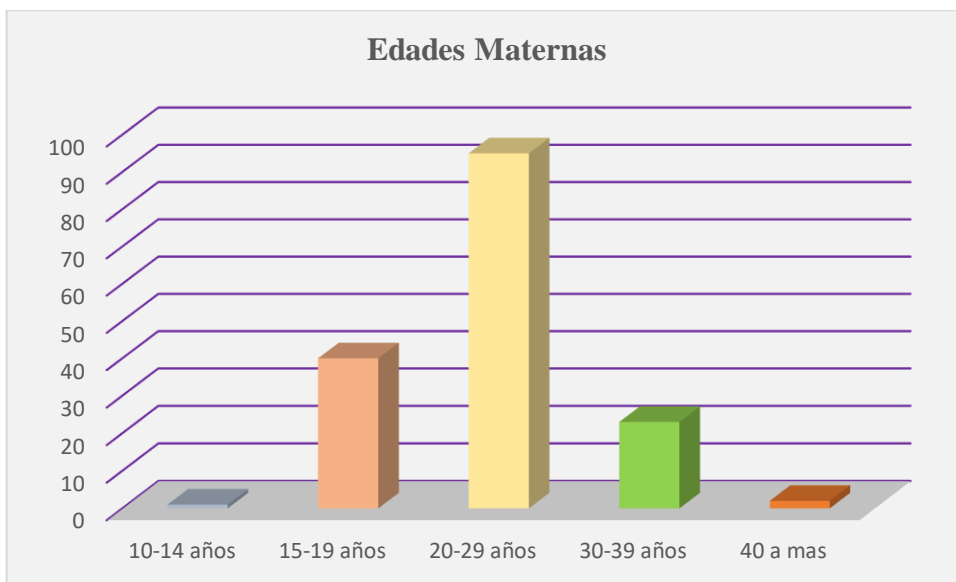
Tabla N° 19: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al Egreso Perinatal.

Egreso perinatal	FR	%
Vivo	43	27
Alta	118	73
TOTAL	161	100

Fuente: Expediente Clínico

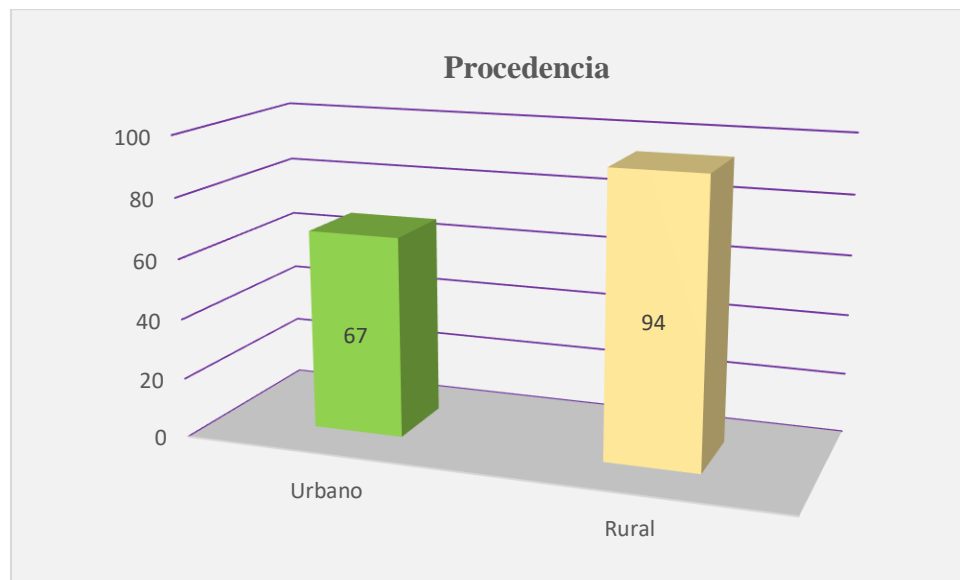
Anexo 3: Graficas

Grafica N° 1: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al grupo etario.



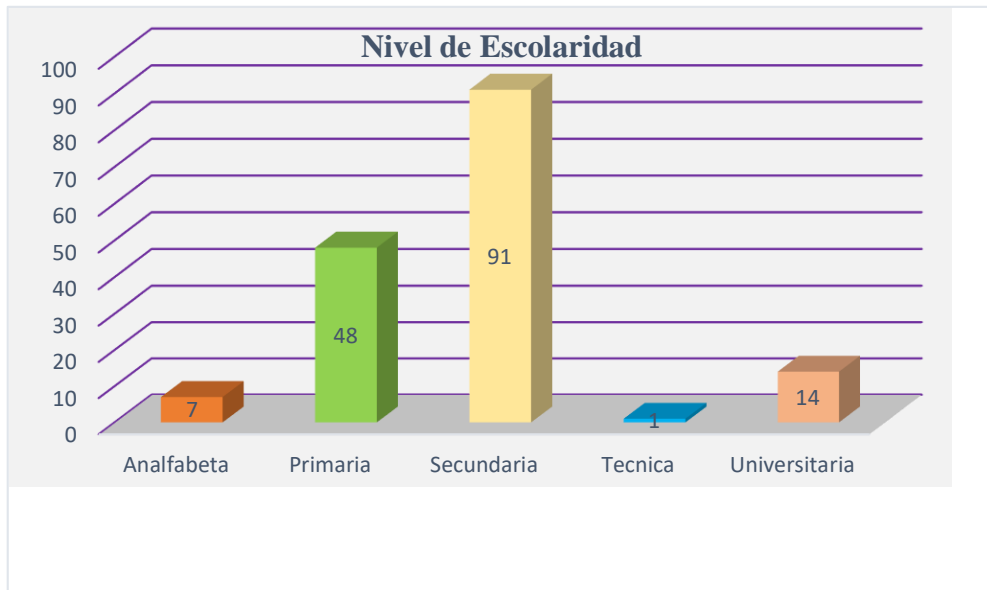
Fuente: Tabla N° 1

Grafica N° 2: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la procedencia.



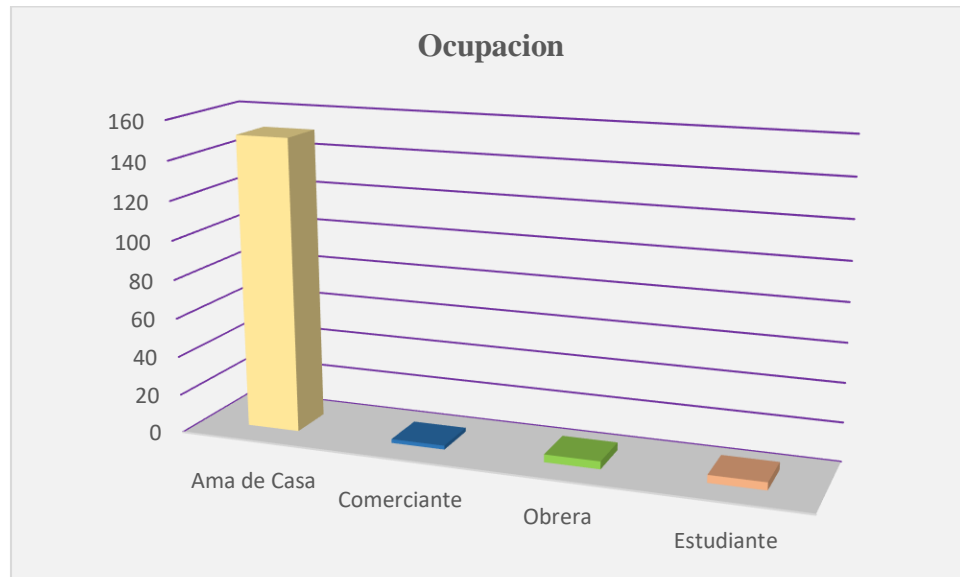
Fuente: Tabla N° 2

Grafica N° 3: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al nivel de escolaridad.



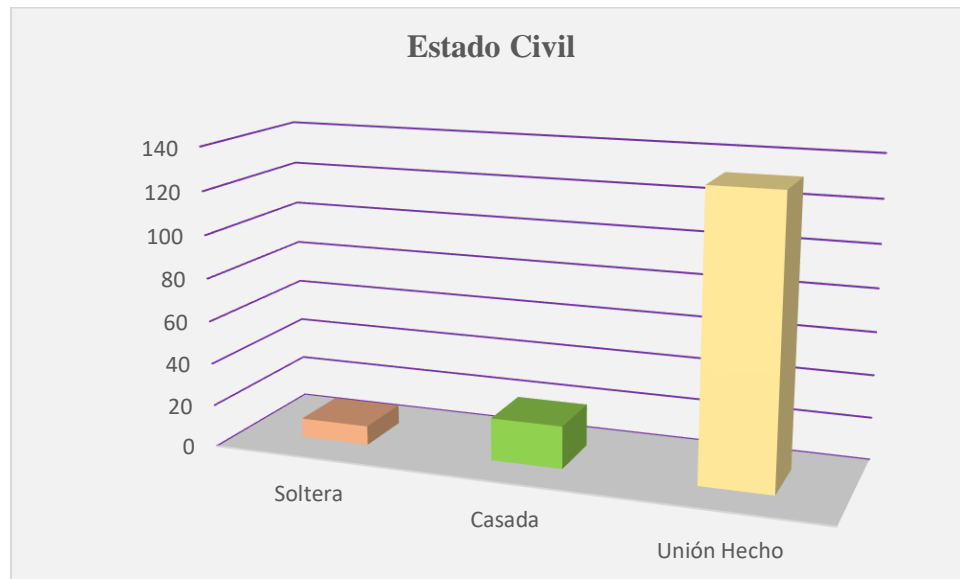
Fuente: Tabla N° 3

Grafica N° 4: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la ocupación.



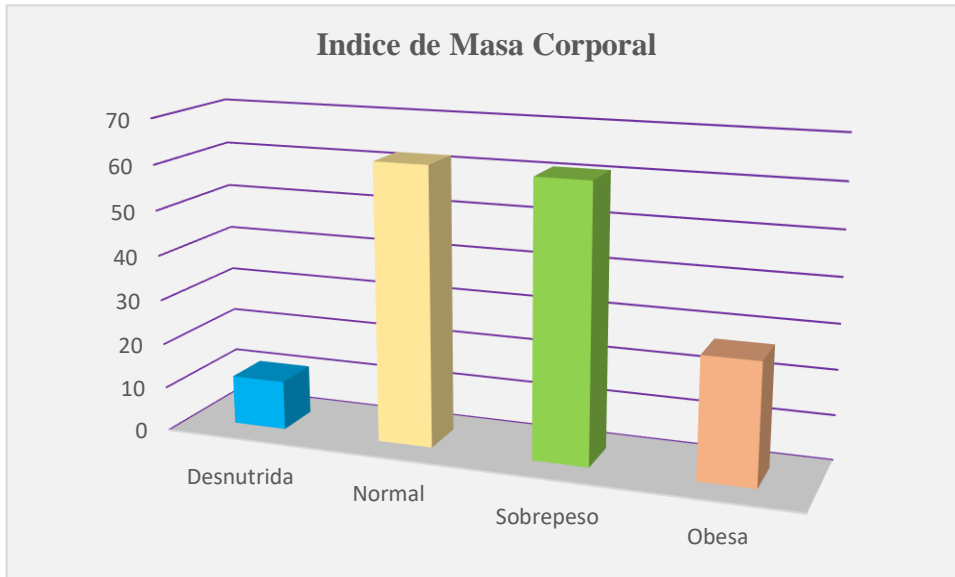
Fuente: Tabla N° 4

Grafica N° 5: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al estado civil.



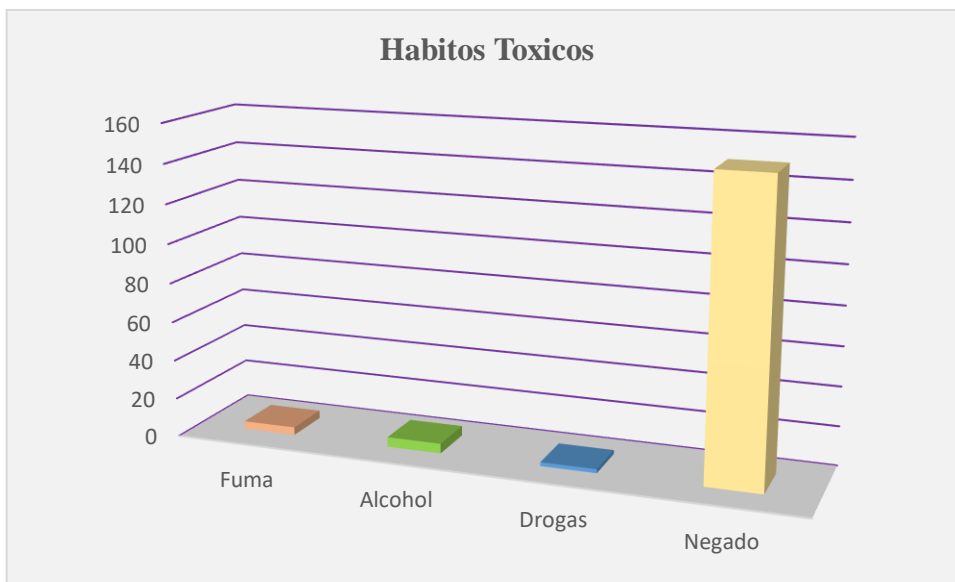
Fuente: Tabla N° 5

Grafica N° 6: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al índice de masa corporal.



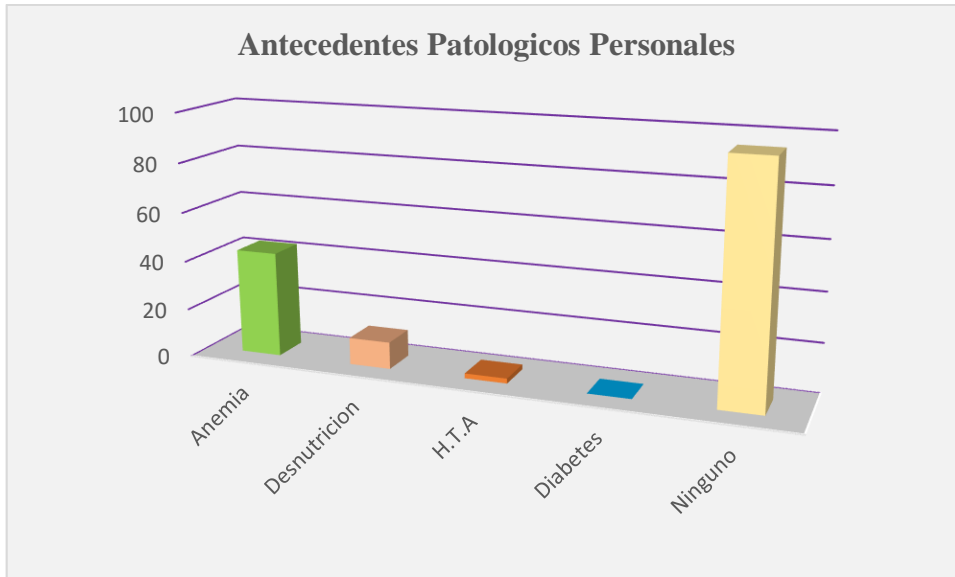
Fuente: Tabla N° 6

Grafica N° 7: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la procedencia Antecedentes Personales no Patológicos.



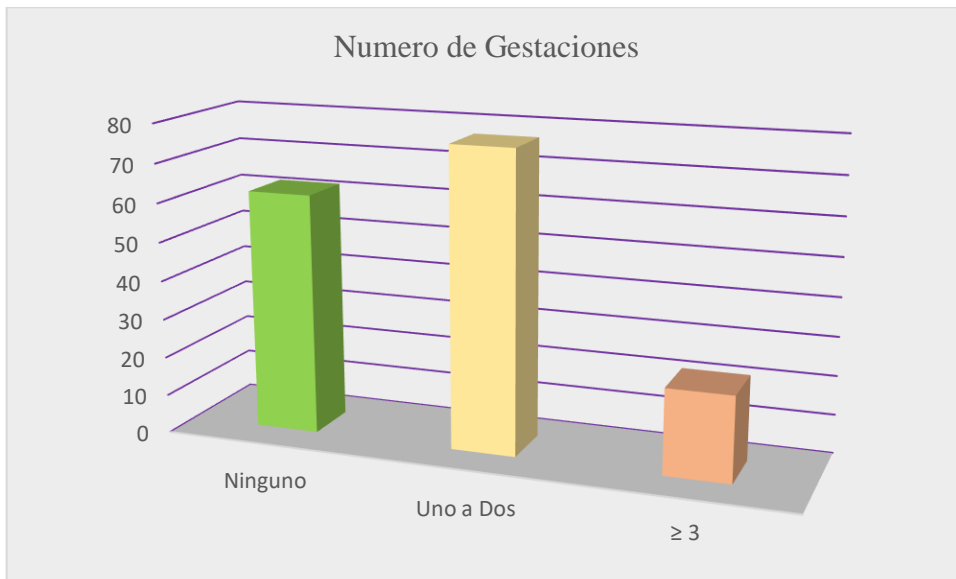
Fuente: Tabla N° 7

Grafica N° 8: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la procedencia Antecedentes patológicos Personales.



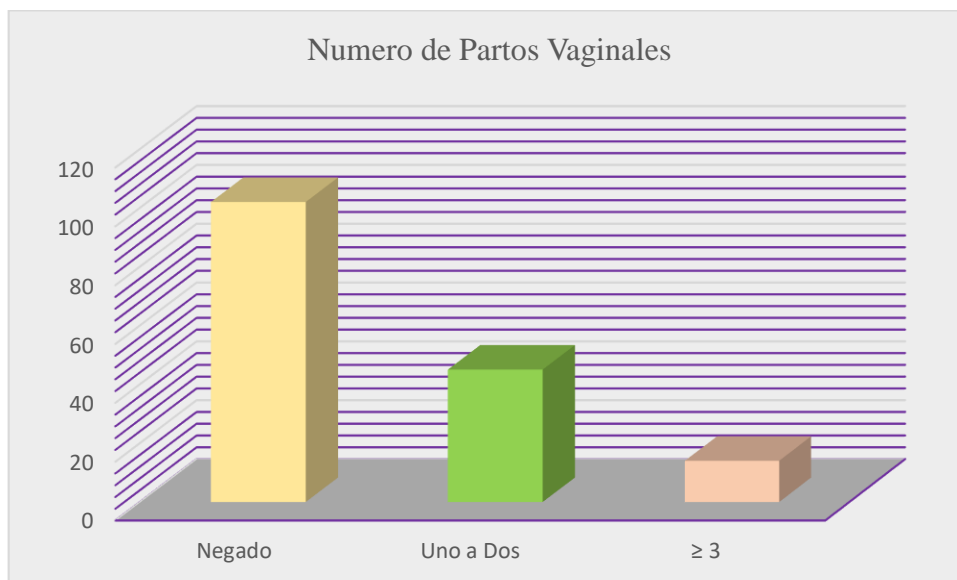
Fuente: Tabla N° 8

Grafica N° 9: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo Al número de gestaciones.



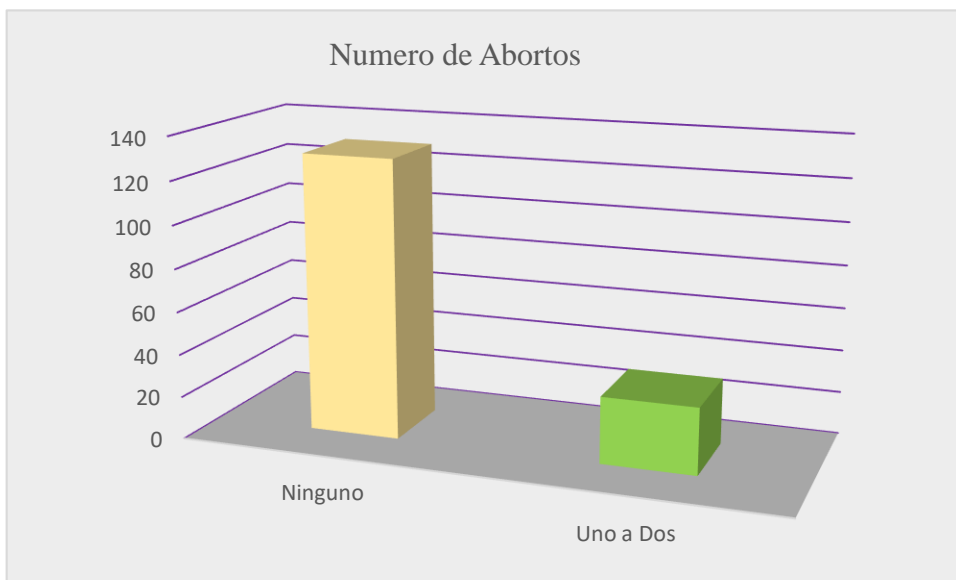
Fuente: Tabla N° 9

Grafica N° 10: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo Al número de partos vaginales.



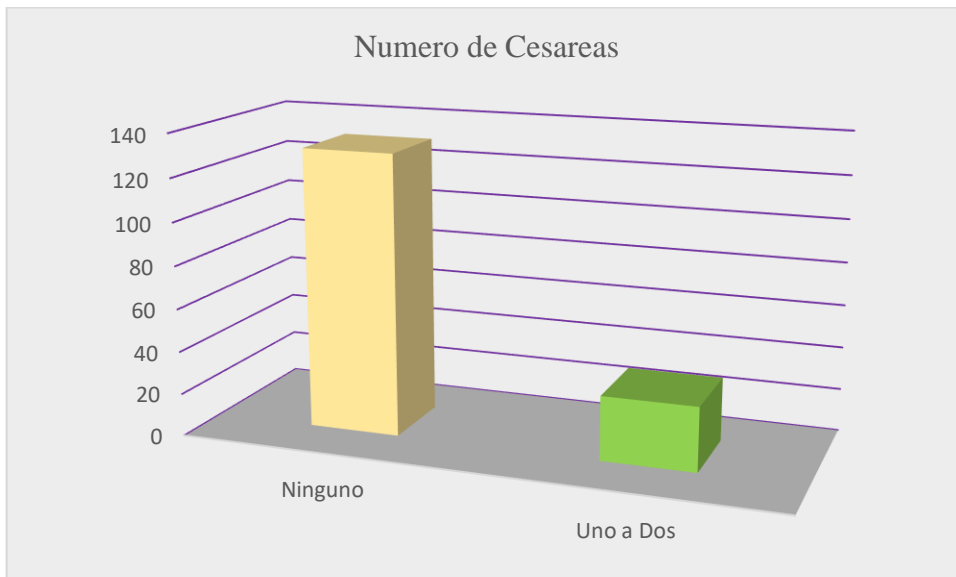
Fuente: Tabla N° 10

Grafica N° 11: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo Al número de abortos.



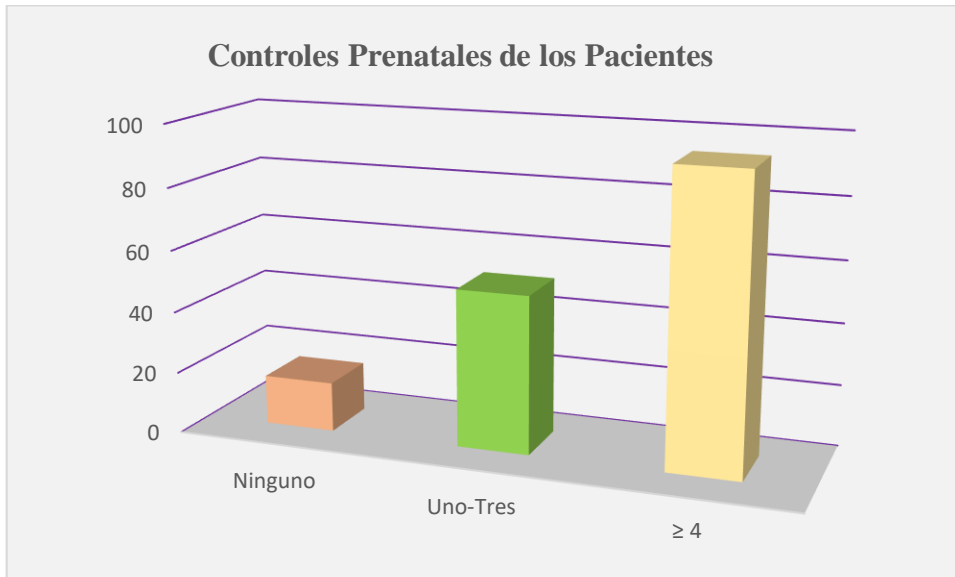
Fuente: Tabla N° 11

Grafica N° 12: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo Al número de cesáreas.



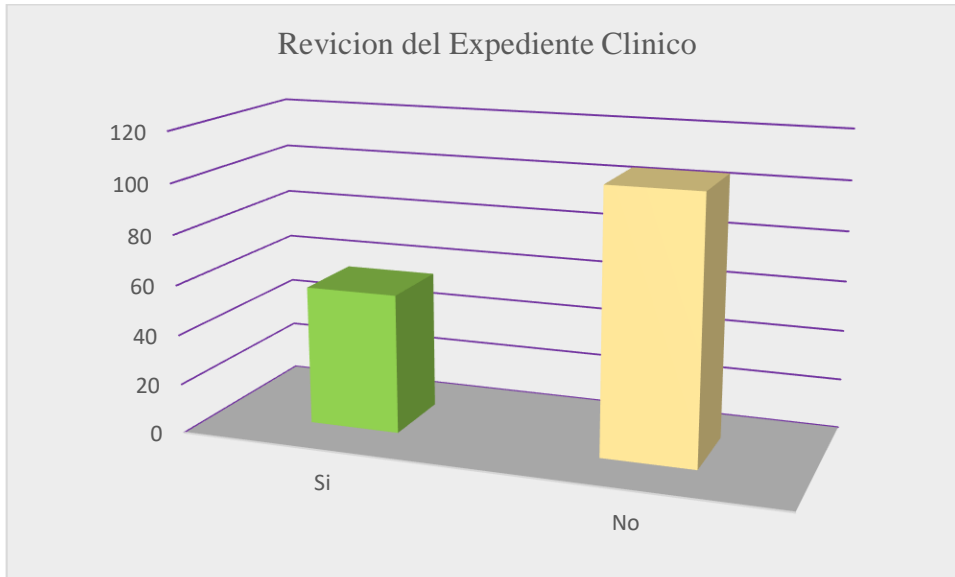
Fuente: Tabla N° 12

Grafica N° 13: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo Al número de controles prenatales.



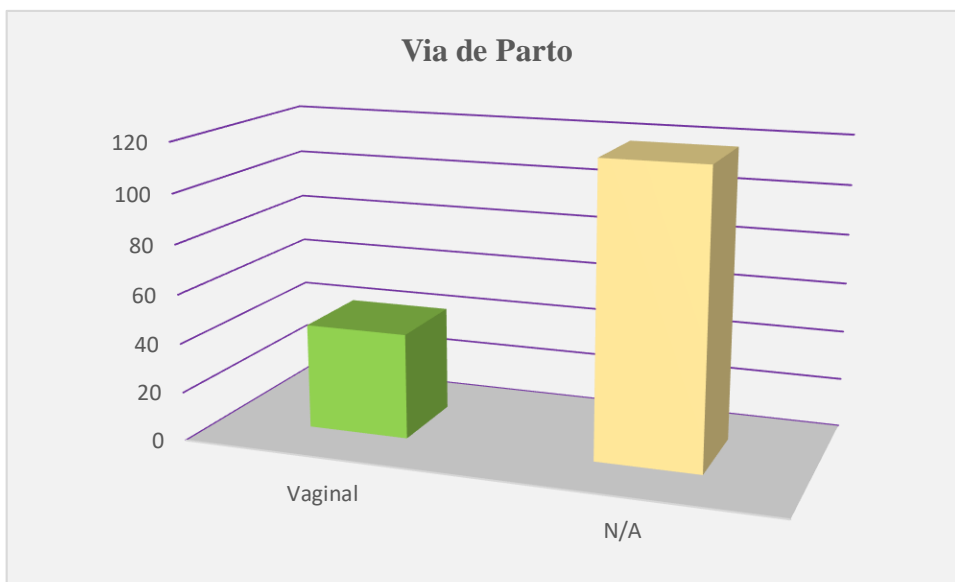
Fuente: Tabla N° 13

Grafica N° 14: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la revisión del expediente clínico.



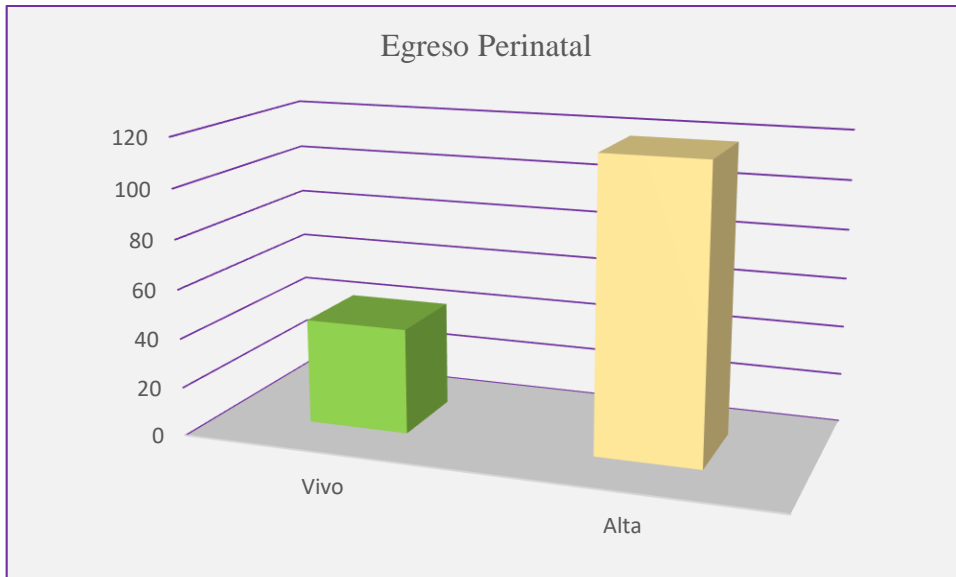
Fuente: Tabla N° 17

Grafica N° 15: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo a la vía de Parto sobre su evolución.



Fuente: Tabla N° 18

Grafica N° 16: Cumplimiento del protocolo de embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada, periodo Enero – Agosto 2018. Distribución de acuerdo al egreso Perinatal.



Fuente: Tabla N° 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: Cumplimiento del protocolo de atención en mujeres con embarazo pretérmino atendidas en el hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada periodo enero agosto 2018

Objetivo: Evaluar el cumplimiento del protocolo de Atención en mujeres con embarazo pretérminos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada, periodo Enero – Agosto 2018

Yo _____, certifico que he sido informada con veracidad y claridad con respecto a la investigación académica que los Br. Luis López, Br. German Calero me ha invitado a participar; por lo cual libre y espontáneamente he decido colaborar de forma activa, conozco de la autonomía para decidir retirarme de la investigación cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, además que se respetará la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Autorizo usa la información dada por mi persona para los fines que la investigación persigue.

Firma del sujeto de investigación