



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

## **TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL Y CIRUJANO**

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de ARO del Hospital-Escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, Julio – diciembre de 2021**

### **AUTORES:**

Bra. Ladys del Rosario Montes Gómez

Bra. Margarita José Morales Morales

### **TUTOR:**

Dr. Marcos David Alemán López.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

**Managua, Nicaragua Noviembre 2022.**

## DEDICATORIA

### A NUESTROS PADRES

Por ser nuestro principal apoyo para alcanzar nuestros sueños. Por acompañarnos en los momentos buenos y los malos. Por animarnos cuando nos queríamos dar por vencidas.

### A NUESTROS MAESTROS

A lo largo de toda la carrera siempre nos dieron la enseñanza y algunos su amistad. Siempre nos enseñaron a luchar por ser mejores cada día.

### A LAS PACIENTES

Por ser la principal inspiración para prepararnos y ser excelentes profesionales.

## AGRADECIMIENTO

### A DIOS

Sobre todas las cosas gracias Dios por darnos la vida y la sabiduría para concluir esta etapa de formación.

### A NUESTRA UNIVERSIDAD

Por ser nuestra casa de estudio en esta etapa maravillosa, ahí vivimos momentos lindos y tristes, pero siempre fue satisfactorio estudiar en ella.

### AL HOSPITAL REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE

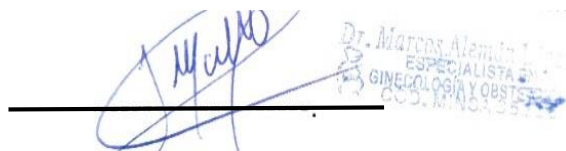
Por ser parte importante de nuestra formación y permitir realizar el presente estudio.

## OPINION DEL TUTOR

El presente tema es de vital importancia porque constituye una de las principales consultas y de ingreso a nuestras salas de alto riesgo obstétrico. El conocimiento de la normativa de amenaza de parto pretérmino debe ser prioridad para dar una excelente atención y manejo a la paciente.

Lo más importante es lograr un final de embarazo feliz tanto en resultados maternos como neonatales. Puesto que esa debe ser la visión de cada personal de salud por ello evaluar la aplicación de la normativa es fundamental para mejorar en las debilidades que se tienen.

Felicito a las futuras colegas por el tema seleccionada y el esfuerzo y dedicación mostrada.

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal line. To the right of the signature is a blue official stamp. The stamp contains the text: "Dr. Marcos Alemán López", "ESPECIALISTA EN", "GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA", and "CCB-11104-0574".

Dr. Marcos Alemán López

Gineco-obstetra.

# Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021

## **CAPITULO I. GENERALIDADES**

<i>1.1 Introducción</i> .....	1
<i>1.2 Antecedentes</i> .....	2
<i>1.3 Justificación</i> .....	7
<i>1.4 Planteamiento del problema</i> .....	8
<i>1.5 Objetivos</i> .....	9
<i>1.6 marco teórico</i> .....	10

## **CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO**

<i>2.1 material y método</i> .....	23
<i>2.2 tipo de estudio</i> .....	23
<i>2.3 caracterización del área de estudio</i> .....	23
<i>2.4 universo</i> .....	23
<i>2.5 muestra</i> .....	24
<i>2.6 criterios de inclusión</i> .....	24
<i>2.7 criterios de exclusión</i> .....	24
<i>2.8 unidad de análisis</i> .....	24
<i>2.9 técnica y procedimiento de recolección de la información</i> .....	24
<i>2.10 plan de análisis y procesamiento de la información</i> .....	25
<i>2.11 lista de variables</i> .....	25
<i>2.12 Operacionalización de variables</i> .....	26
<i>2.13 Aspecto ético</i> .....	28

## **CAPITULO III. DESARROLLO**..... 29

<i>3.1 Resultados</i> .....	29
<i>3.2 Análisis y discusión</i> .....	32
<i>3.3 Conclusiones</i> .....	34
<i>3.4 Recomendaciones</i> .....	35

## **CAPITULO IV BIBLIOGRAFIA**

<i>4.1 Bibliografía</i> .....	36
-------------------------------	----

## **CAPITULO V. ANEXOS**

<i>5.1 ficha de recolección de información</i> .....	39
--	----

# Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de ARO del Hospital-Escuela regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de Julio – diciembre de 2021.

**Material y método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se estudiaron 50 pacientes con embarazos mayores de 22 semanas menores de 37 semanas que fueron ingresadas al área de alto riesgo obstétrico del hospital regional de Jinotepe.

**Resultados:** El 56.00% de las pacientes tiene entre 16-24 años de edad. El 60% de los expedientes no cumplen con el tamizaje de ultrasonido y uso de progesterona. El 100% cumple con el tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** La amenaza de parto pretérmino sobresale en la población en edades menores de 24 años. El cumplimiento del tratamiento farmacológico fue en un 100% y tamizaje de ultrasonido y de uso de progesterona es de 60% el no cumplimiento.

**Palabras claves:** amenaza, parto, pretérmino, cumplimiento.

# Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021

## Summary

**Objective:** To evaluate the application of the preterm labor threat protocol in patients treated in the ARO room of the Santiago de Jinotepe Regional Hospital-School in the period from July to December 2021.

**Material and method:** Descriptive cross-sectional study. 50 patients with pregnancies greater than 22 weeks and less than 37 weeks who were admitted to the high-risk obstetric area of the Jinotepe regional hospital were studied.

**Results:** 56.00% of the patients are between 16-24 years old. 60% of the files do not comply with the ultrasound screening and use of progesterone. 100% comply with pharmacological treatment.

**Conclusions:** The threat of preterm labor stands out in the population under 24 years of age. Compliance with pharmacological treatment was 100% and with ultrasound screening and the use of progesterone, non-compliance was.

**Keywords:** threat, childbirth, preterm, compliance.

## CAPITULO I. GENERALIDADES

### 1.1 Introducción

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación con membranas amnióticas íntegras. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto en los siguientes 7 días es muy bajo (10%). (S. Ferrero, T. Cobo, M. Palacio, 2022)

El parto pretérmino es uno de los principales problemas de la salud infantil y la principal causa de mortalidad infantil en los países en vía de desarrollo. En los últimos 20 años ha venido en aumento en el mundo por diferentes causas, conocer su tendencia y características poblacionales es un elemento útil para su atención. (Geronimo Ortega, 2020)

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. (nacimientos prematuros, 2018).

En Nicaragua según cifras estimadas a partir de la última Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) realizada entre el 2011 y el 2012, es parto pretérmino una de las principales causas de morbilidad materno-fetal, con una tasa de 38 x 10,000 NV. (Kristhyn Nazareth Alemán Aguirre, 2015).



## **1.2 Antecedentes**

En Cuba se realizó un estudio para caracterizar las variables epidemiológicas relacionadas con partos pretérminos en el período de enero de 2015 a diciembre de 2017 en donde sucedieron un total de 15731 partos, 1057 (6,7%) ocurrieron antes de las 37 semanas, de los que 423(2,7%) fueron partos Pretérminos espontáneos que constituyen el 40% de todos los partos Pretérminos. Al describir las características epidemiológicas de las pacientes con parto pretérmino se observa que el 59,5% tenía entre 20 y 34 años de edad, es decir, las edades de reproducción óptima. Con relación a la paridad el 64,5% con parto pretérmino eran nulíparas (no tenían historia de un parto anterior que las pudiera considerar como un grupo de riesgo). En cuanto a la existencia de alguna enfermedad concomitante o asociada al embarazo la hipertensión arterial crónica (7,6%) y el asma bronquial (6,4%) fueron las enfermedades más frecuentes. (MSc. Dra. Isdeky Milián Espinosa, 2019)

Estudio realizado en Perú acerca del perfil clínico de gestantes con amenaza de parto pretérmino concluye que las características maternas de gestantes que ingresan por APP y que culminan en PP corresponden a 80.4% con una cervicometría  $\leq 30$ mm, el 50% culminó en parto en los siguientes 7 días de su ingreso, el 41.3% presentó infección vaginal, el 39.13% presentó antecedente de parto pretérmino, el 21.74% presentó antecedente de aborto, el 17.39% infección urinaria; mientras que, la edad materna fue de 28.5 años $\pm$  6, la longitud del cuello uterino fue de 24.33mm $\pm$ 7.39 y la edad gestacional al ingreso fue de 32.5 semanas $\pm$ 3.25, siendo la característica más significativa cervicometría. (Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, 2017)

En Loja-Ecuador Ordoñez Torres (2017) realiza un estudio retrospectivo de casos y controles en el hospital Isidro Ayora con el tema “Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas atendidas en el Hospital Isidro Ayora en el período febrero-agosto 2016” con el objetivo de determinar los principales factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino además de identificar los casos amenaza de partos pretérmino con una muestra

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

de 100 pacientes, concluye que se encontraron 100 casos con diagnóstico de amenaza de parto prematuro durante el período septiembre 2014 a marzo 2016, cifra que corresponde al 1.3% de las pacientes del servicio de Gineco-obstetricia egresadas durante este mismo período. Entre los principales factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino identificados fueron: infección de vías urinarias y anemia 50%, infección genital 27%, trastornos hipertensivos 17%, ruptura prematura de membranas 6%, meno de 5 controles prenatales 35%. (Torres, 2017)

En el 2013 en la paz-Bolivia un estudio descriptivo transversal analítico realizado por Dra. Bárbara Gomez en el centro de salud Rosas Pampa con el tema “prevalencia de amenaza de parto pretérmino y su asociación con la infección del tracto urinario en el centro de salud rosas pampa, enero – marzo 2012”, concluyendo en su estudio que durante el período de enero a marzo del 2012, acudieron a control prenatal con una edad gestacional entre 20 – 36.6 semanas de gestación 291 mujeres embarazadas, siendo que 46 mujeres embarazadas presentaron Amenaza de Parto Pretérmino, resultando una prevalencia del 15.8% de Amenaza de Parto Pretérmino, con predominio del grupo etáreo entre los 15 – 19 años en 17 casos (37%), seguido del grupo etáreo entre 20 – 24 años en 13 casos (28.3%). Siendo las mujeres Con Unión con 31 casos (67.4%), con un Nivel de Instrucción que llego a la secundaria en 23 casos (50%). En cuanto a los antecedentes ginecoobstetricos, fueron segundiparas en 17 casos (37%), sobrepeso tuvieron 17 pacientes (37%) y la edad gestacional que tuvo mayor frecuencia fue entre 31 – 36 semanas en 28 casos (60.9) (Ticona, 2013).

En 2020 estudio realizado por Slate y Bennett titulado “Evaluación del protocolo de Alto Riesgo Obstétrico en la atención Hospitalaria de Amenaza de Parto Pretérmino del Hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco, I semestre del año 2020”, con el objetivo evaluar el cumplimiento del protocolo de Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital Regional Escuela Ernesto Sequeira Blanco durante el I semestre del año 2020, concluyen que acorde a las características generales en su estudio se encontró que la mayoría de las pacientes eran de 20 a

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

34 años, con una talla de 1.5 metros o más y un peso de 45kg o más, Amas de casa, de procedencia Rural, acompañadas o en unión de hechos, que habían cursado por los menos los primeros años de educación primaria, en su mayoría mestizas; en cuanto al cumplimiento para el manejo, 31 de los expedientes cumplieron con todos los criterios según normativa. Observándose en los casos que no cumplieron se debió al no cumplimiento con la realización de la medición de la longitud cervical, la revaloración de las pacientes a las dos horas, el uso de tocolítico alternativa y a que no se firma el consentimiento de finalización del embarazo antes de las 37 semanas en conjunto (Gineco-obstetricia y Pediatría). (Br. Tisha Jammilah Slate Ellis, 2020)

Un estudio realizado de tipo descriptivo y de corte transversal con el objetivo de determinar los factores asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Primario Augusto C. Sandino, El Jícaro – Nueva Segovia, de abril 2019 a abril 2020 concluyendo quede una muestra de 216 pacientes permitió determinar la situación en la cual se encuentra las gestantes del municipio, resaltando una población entre 20 – 34 años, de predominio del área rural, con bajo nivel académico y profesión ama de casa. El 79% de la población estudiada se encontraba entre las semanas 29 – 36.6 semanas de gestación. Cabe señalar que el 25% de las pacientes bigesta, trigesta, multigesta y granmultigesta han cursado en algunas de sus gestaciones con partos pretérminos. Se determinó la presencia de infecciones periodontales, infecciones de vías urinarias e infecciones Cervicovaginales en más del 50% de pacientes estudiadas. (Ramírez, 2020)

En 2016, Vallecillo y Ramos, en el Hospital Bertha Calderón Roque, estudiaron el nivel de cumplimiento de protocolo de amenaza de parto pretérmino y concluyeron que la amenaza de parto pretérmino sobresale en la población en edades menores de 19 años. Los criterios clínicos diagnósticos cumplidos fueron la edad gestacional y la evaluación del bienestar fetal. No se cumplieron en un 100% los criterios en la implementación del tratamiento no farmacológico. No se cumplieron

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

en un 100% los criterios en la implementación del tratamiento farmacológico. (Br. Kenneth Magdiell Vallecillo Rosales, 2016)

En 2012, Córdoba y Chávez estudiaron el cumplimiento de protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes del Hospital Victoria Motta, donde el 62% de las pacientes con amenaza de parto pretérmino fueron mujeres entre 20 y 34 años de edad, rurales (64.8%), con baja escolaridad (58.1%), multigesta (66.6%), con 28- 36 semanas de gestación (91.4%) y con 4 o más controles prenatales (61.9%). El 4.8% presentó ruptura prematura de membranas. El principal fármaco uteroinhibidor utilizado no está incluido dentro de la norma de atención de la amenaza de parto pretérmino y fue el Fenoterol (57.1%), seguido por ritodrine y nifedipina con 20.5% y 17.1% respectivamente. La maduración pulmonar fetal fue adecuada en 78.8% de los casos. El estudio concluye que en un 89% de los casos no se siguieron las normas establecidas por el MINSA para el manejo de amenaza de parto pretérmino. (Córdoba & Chávez, 2012).

En el 2006, Rostrán y Trujillo realizaron un estudio sobre el manejo de la amenaza de parto pretérmino en un centro de salud con camas Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Chontales donde concluyeron que de acuerdo a los estándares de evaluación de calidad no se cumple el 80% en cada uno de los ítems que valora el diagnóstico y tratamiento de la APP. Los principales antecedentes fueron infección de vías urinarias, bajo nivel socioeconómico y diabetes. El uso de tocolíticos fue adecuado en un 40%, y el índice de éxito de las pacientes manejadas adecuadamente contra las manejadas inadecuadamente fue el doble. El manejo de la amenaza de parto prematuro y de la maduración pulmonar fue adecuado en un 60% y 41.8%, respectivamente. El uso de antibióticos fue adecuado en un 78.5%. (Rostrán JL, 2006)

En Ocotral, Nueva Segovia se elaboró un estudio descriptivo sobre la aplicación de protocolo de la amenaza de parto pretérmino en las pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Alfonso Moncada, se analizaron 86 pacientes de las cuales el 72% se les aplicó tratamiento completo en base al

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

protocolo del ministerio de salud, obteniendo una eficacia de las medidas aplicadas del 59.3% (Herrera, 2005)

### **1.3 Justificación**

El parto pretérmino es un problema que contribuye significativamente a la morbimortalidad perinatal en los países en vías desarrollo, ya que aproximadamente uno de cada diez embarazos finaliza en nacimiento pretérmino y es una causa imponente de dos terceras partes de la mortalidad perinatal y la mitad de las secuelas neurológicas atribuidas a prematurez. (Quiroz GG, 2016).

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días. El termino pretérmino no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente. (S. Rellan Rodríguez, 2008)

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. En las familias con nivel socioeconómico bajo en el país son las más vulnerables de presentar partos prematuros. (OMS, 2018)

La normativa 077 en el acápite de parto pretérmino está dirigido a:

1. Embarazadas entre las 22 y 36 semanas y 6 días de gestación con síntomas, signos o ambos, de amenaza de parto pretérmino que solicitan atención en unidades de salud.
2. Embarazadas en que en su primer APN, se identifiquen factores de riesgo: antecedentes de parto pretérmino o que tenga una medición de la longitud cervical < 20 mm. (Norma ARO, 2018)

Basado en dicha normativa es necesario una evaluación para verificar la aplicación de la norma ARO en las unidades de salud, esto para establecer líneas estratégicas de trabajo con el fin de mejorar el protocolo nacional al tomar en cuenta o guiarse, con pautas internacionales como herramientas para reforzar la atención ante cuadros prevalentes de APP.

#### **1.4 Planteamiento del problema**

El Ministerio de Salud posee la normativa de alto riesgo obstétrico, incluyendo acápite de amenaza de parto pretérmino, esto para realizar un trabajo similar en todas las unidades de salud, con el objetivo de disminuir la tasa de parto pretérmino y secuelas neurológicas en niños prematuros.

Según datos encontrados en la página del MINSA nos podemos dar cuenta el aumento de ingresos que hay por amenaza de parto pretérmino comparando que para el 2020 hubo 8,860 ingresos a nivel nacional por la patología antes mencionadas y que en 2021 hubo 10,668 casos dato que es alarmante ya que podemos ver el aumento de las cifras sobre esta patología. (MINSA, [mapasalud.minsa.gob.ni](http://mapasalud.minsa.gob.ni), 2021).

En la normativa está establecido tanto tratamiento farmacológico como estudios diagnósticos, sin embargo, aunque dicha normativa está disponible para todos los prestadores de salud, aún hay debilidades ya que si comparamos datos estadísticos a nivel hospitalario observamos que en 2020 hubo 336 ingresos maternos por APP y que en 2021 hubo 396 ingresos; observamos un pequeño aumento en los ingresos por dicha patología y es por eso que es necesario conocer:

¿Cuál es el grado de cumplimiento del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de ARO del Hospital-Escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, Julio – diciembre de 2021?

## **1.5 Objetivos**

### **General**

Evaluar la aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de ARO del Hospital-Escuela regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de Julio – diciembre de 2021.

### **Específicos**

1. Determinar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Valorar la aplicación de tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona según normativa Minsa.
3. Verificar el cumplimiento del tratamiento de amenaza de parto pre término según normativa Minsa.



## **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. (MINSA, protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico , 2018)

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

1. Para nulíparas, con Borramiento del 100% y dilatación del cérvix igual o mayor de 4 cms.
2. Para múltiparas, con Borramiento del 50% y dilatación igual o mayor a 3 cm.

Se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mmHg permanentemente y la aparición de las contracciones de “Braxton-Hicks”, de baja frecuencia e intensidad (10 a 15 mm Hg), en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo, hasta lograr preparar el útero, el segmento uterino inferior y el cuello, para el inicio del trabajo de parto. (MINSA, protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico, 2018)

### **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). (MINSA, protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico , 2018)

1. Amenaza de parto pretérmino.

2. Trabajo de parto pretérmino.

**Etiología**

El parto pretérmino puede ser categorizado en tres entidades clínicas:

- Parto pretérmino espontáneo con membranas íntegras: inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas íntegras.
- Parto pretérmino asociado a rotura prematura de membranas: inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas.
- Parto pretérmino por indicación obstétrica: resulta de la finalización médica del embarazo por causa materna y/o fetal (Pre eclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa sangrante, rotura prematura de las membranas con otra morbilidad que tenga como beneficio la finalización, polihidramnios severo, patologías crónicas como hipertensión, cardiopatía y/o diabetes en descompensación y de difícil control) y/o cualquier otra morbilidad que ponga en peligro la vida de la paciente.

**Factores de riesgo**

- Embarazo actual: Infecciones periodontales, infecciones génito-urinarias, gestación múltiple, metrorragia en la segunda mitad del embarazo, polihidramnios, bacteriuria asintomática, rotura prematura de membranas, DIU concomitante con el embarazo, longitud del cérvix menor de 20 mm (por ultrasonido transvaginal), desprendimiento pretérmino de placenta, IMC menor de 20, permanencia de pie mayor de 2 horas, sobrepeso y obesidad.
- Embarazo previo: Parto pretérmino previo hasta 35 SG, antecedentes de isquemia placentaria, antecedentes de rotura prematura de membranas, antecedentes de Incompetencia cervical.

*85% de partos pretérmino ocurren en mujeres sin factores de riesgo, por lo cual todas las embarazadas son candidatas a tamizaje de longitud cervical de*

*forma preventiva.* (MINSA, protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico, 2018)

### **Diagnostico**

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.

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

- 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. Según Normas y protocolos de parto de bajo riesgo del MINSA.

### **Intervenciones para identificar la población en riesgo**

- Búsqueda de Criterios de riesgo. En la primera APN.
- Búsqueda de infección del tracto urinario: Las embarazadas con infección urinaria o bacteriuria asintomática deberán de tratarse según protocolo de Infección Urinaria en Embarazadas.
- Búsqueda de vaginosis bacteriana: Se asocia con un riesgo de parto pretérmino 2 a 6 veces mayor (Recomendación A). Se tomará muestra cérvico-vaginal para análisis, con medición de pH, reacción con KOH y visualización directa en busca de flujo vaginal sugerente de infección; según resultado, se dará tratamiento. El tratamiento de elección es metronidazol 4 gr vía oral dosis única o 500 mg vía oral c/8 hrs por cinco días. También se recomienda Tinidazol 500 mg 2 gramos dosis única. Con ambos esquemas se debe de garantizar a la pareja. Estos dos fármacos, considerados categoría B durante la gestación, deberán evitarse en el

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

primer trimestre de la gestación, por su asociación esporádica con fenómenos teratogenicos.

- Detección y tratamiento de estreptococo del grupo B. Cultivo rectal y vaginal entre las 35 y 36 semanas + 6 días de gestación. (Si la paciente tiene diagnóstico de infección vaginal en esta edad gestacional se continuará tratamiento establecido).
- Profiláctico intraparto: Penicilina G 5 millones de UI vía IV (dosis inicial), luego 2.5 millones de UI vía IV, c/4 horas hasta el parto, o Ampicilina 2 g IV (dosis inicial) y luego 1 g IV, c/4 horas hasta el parto. Si existe alergia a la penicilina: Cefazolina 2 g IV (dosis inicial) y luego 1g IV, c/8 horas hasta el parto.
- Detección y tratamiento de enfermedad periodontal.
- Detección, prevención y manejo de violencia intrafamiliar y sexual.
- Ultrasonografía transvaginal: Medición del cuello uterino con ultrasonido.

### **utilidad de la medición de la longitud cervical**

Dado el enorme beneficio en relación a predicción y prevención del parto pretérmino todas las pacientes están sujetas a seguimiento y evaluación en las unidades de salud donde se disponga el método. Toda paciente que ingrese a los servicios hospitalarios de cada unidad, con edad gestacional mayor a 14 semanas, debe contemplarse la longitud cervical en el expediente clínico independientemente de la causa de ingreso.

#### **1. Predicción de parto pretérmino**

- En las mujeres con antecedentes de parto pretérmino: Se deberá realizar medición entre 14 y 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 descontinua el seguimiento dado que el riesgo es menor).
- En mujeres sin historia de parto pretérmino: La medición se realiza entre las 20-24 sem (si medición es mayor de 30 mm el riesgo es menor, se puede descontinuar el seguimiento).

**2. Predicción de pp dentro de los siguientes 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.

**3. En embarazos con polihidramnios la medición es útil para decidir si se debe llevar a cabo amniodrenaje.**

- Paciente con cambios hemodinámicos y ventilatorios, Índice de Phelan mayor a 30 cm y acortamiento cervical son criterios para proponer como alternativa amniocentesis derivativa.

**4. En las mujeres con una cesárea previa la medición cervical puede servir para decidir la vía de resolución del embarazo**

- La edad gestacional de programación de cesárea electiva son las 39 semanas de gestación, lo cual puede complementarse con medición cervical. Si esta es mayor a 30 mm permite programar de acuerdo a condiciones óptimas. Toda paciente con cesárea anterior (siempre y cuando no exista otra morbilidad asociada) con longitud mayor a 30 mm y edad gestacional menor a 39 semanas no tendría justificación para su finalización. En caso contrario se deberá dejar claro en el expediente cuál es el motivo de la finalización y estará sujeto a revisión del Comité de Cesárea de cada unidad hospitalaria.

**5. Ayuda a predecir la probabilidad de parto en mujeres en preinducción**

- Pacientes con factores de riesgo a término o con criterios de finalización (por ejemplo, Postérmino) deberá auxiliarse con medición cervical para determinar conducta.
- 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.

### **Exámenes complementarios**

1. 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.
2. 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.
3. 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.

### **1. 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.

### **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.
- Ingesta de líquidos a demanda.

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

- 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.
- Dar cita abierta para atención si la longitud cervical mayor a 20 mm.

### **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.
  - 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: Ingrese para vigilancia y atención (en Manejo con Nifedipina). Se recomienda no progresar hacia fármacos tocolíticos por vía intravenosa una vez que se usó nifedipina.
2. Dexametasona: 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.



## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

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).
4. Indometacina 100 mg supositorio como fármaco analgésico y antiinflamatorio (en situaciones individuales, no usar de rutina) ha demostrado buenos resultados en estos procesos, en 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.

Cuando se hace tamizaje de longitud cervical y se encuentra cuello corto, se recomienda:

Uso de progesterona en pacientes con longitud cervical de 10 a 20 mm, aún sin antecedentes de parto pretérmino. La evidencia ha demostrado que la efectividad de la progesterona es mucho mayor por vía vaginal (local) en comparación con vía intramuscular y oral.

La dosis de progesterona recomendada por todas las revisiones clínicas es de 200 mcg cada 24 horas a usarse por la noche vía vaginal. No hay beneficios demostrados por usarla en dosis mayores.

Las presentaciones de progesterona vía intramuscular (Caproato de Hidroxiprogesterona) 150 – 250 mcg IM semanal por 3 dosis y/o Gel vaginal pudieran utilizarse donde estén disponibles, sin embargo, para fines de esta Normativa la elección es vía vaginal, por su mayor beneficio.

La recomendación para su uso es desde el diagnóstico de acortamiento cervical (Menor a 20 mm) hasta las 34 semanas de gestación de acuerdo al seguimiento de longitud cervical.

# Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021

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:

- 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 espontánea.
- Amniorrexis prematura.
- Signos de infección ovular
- Signos de pérdida del bienestar fetal
- Respuesta tocolítica refractaria
- Reacción adversa medicamentosa severa (vómitos, descenso de la presión arterial mayor al 10% en la diastólica, alergia al fármaco).

## 2. Manejo Hospitalario

En el servicio de emergencia:

- Realizar maniobras de Leopold.
- Evaluar el bienestar fetal (auscultar FCF).
- Especuloscopía, 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.

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

- Control de signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, 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.

En el servicio de maternidad

- 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 válida valoración cada 2 semanas).
- Al ceder actividad uterina, suspender Nifedipina.
- Proporcionar apoyo al estado emocional de la paciente.

### **Corticoides**

Fármacos inductores de la madurez pulmonar fetal: Entre 24 – 36 semanas + 6 días de gestación:

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

En toda paciente con factores de riesgo para parto prematuro se debe aplicar un solo ciclo de corticoides antenatales (Recomendación A) con: Dexametasona: 6mg IM cada 12 horas por 4 dosis o Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis. Se recomienda el uso de la terapia antenatal con corticoesteroides en embarazos de pretérmino con rotura prematura de membranas entre 23 a 36 semanas + 6 días de gestación.

### **Atención del parto**

Se requiere establecer algunos puntos clave para la atención del parto pretérmino:

- Todo nacimiento pretérmino debe ser atendido a nivel hospitalario que cuente con los medios necesarios para la atención (transporte in útero). El traslado debe realizarse con personal adecuado.
- Si el parto es inminente atenderlo en la unidad de salud y luego trasladar al recién nacido pretérmino cumpliendo los criterios de traslado ya establecidos. (Recordar: siempre que sea posible lo mejor es el nacimiento del feto en el lugar donde existan las condiciones neonatales siempre que el estado materno lo permitan).
- El esquema de neuroprotección fetal (esquema de Zuspan) está asociado a reducción de Hemorragia Interventricular con impacto importante en la reducción de la parálisis cerebral, debiendo administrarse entre 6-8 horas previas al nacimiento inminente del feto entre las 28 y las 32 semanas y 6 días de gestación. Por la necesidad de un nivel de resolución alta para el Neonato esta estrategia solo será viable en unidades de III nivel que cuenten manejo multidisciplinario (Neonatólogo, Obstetra, Materno Fetal) que evalúen la necesidad de cumplir dicho esquema:
- SSN 200 ml + 2 gramos de Sulfato de Magnesio a pasar en 30 minutos y luego SSN 420 ml + 8 gramos de Sulfato de Magnesio a pasar cada 8 horas por 12 horas.

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

- Al romperse las membranas se produce riesgo de infección amniótica y/o fetal, el cual debe balancearse con el riesgo de prematurez. Una vez que se ha comprobado el diagnóstico de rotura prematura de membranas la paciente es hospitalizada y su manejo dependerá de la edad gestacional.
- Si existe indicación obstétrica, realizar cesárea; de lo contrario el parto será vía vaginal.
- Posición materna horizontal (decúbito lateral izquierdo).
- Monitoreo fetal, vigilancia estricta del trabajo de parto: actividad uterina, movimientos fetales, FCF, y signos vitales cada 30 minutos.
- Evitar oxitócicos y uso de sedantes. NO CONDUCIR TRABAJO DE PARTO, dejar en evolución espontánea.
- Conservar la integridad de las membranas hasta el período expulsivo (borramiento y dilatación completa).
- Coordinar con el servicio de neonatología o pediatría para la atención inmediata del Recién Nacido.
- El parto deberá ser atendido por el médico de mayor jerarquía.
- Evitar el desprendimiento brusco de la cabeza fetal.
- Pinzar y cortar el cordón umbilical al dejar de pulsar, lo cual usualmente ocurre alrededor de 1-3 minutos, con el bebé colocado sobre el vientre materno y mantenerlo en posición horizontal, lo que promueve la transfusión feto-placentaria. (Norma-Aro, 2018).

## **CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO**

### **2.1 material y método**

### **2.2 tipo de estudio**

Según el diseño metodológico el estudio es de tipo descriptivo y de acuerdo al método de estudio es observacional. Basándose en Canales, Alvarado y Pineda (1996), Conforme al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la Información, el estudio es retrospectivo y según el período y secuencia del estudio, es transversal. Tomando en cuenta la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista, 2006, de acuerdo al Enfoque de estudio es cuantitativo.

### **2.3 caracterización del área de estudio**

#### *Área geográfica*

El estudio se realizó en el municipio de Jinotepe, Departamento de Carazo, Nicaragua. Situado a 32 km de la capital Managua. Limitado al Norte con el municipio de San Marcos, al sur con el Océano pacífico, al este con los municipios de Masatepe, Rosario, Santa teresa al Oeste con los municipios Diriamba y Dolores. El Hospital escuela regional Santiago de Jinotepe se encuentra ubicado: Instituto Juan José Rodríguez 2C Al Oe, Jinotepe, Carazo, Nicaragua

### **2.4 universo**

El universo del estudio estuvo conformado por 50 pacientes embarazadas ingresadas en sala de ARO con APP (Amenaza de parto pretérmino) en el periodo en estudio.

## **2.5 muestra**

La muestra fue de 50 pacientes embarazadas con edad gestacional entre 22 y 36 6/7 semanas de gestación con amenaza de parto pretérmino que fueron ingresadas en la sala de ARO del hospital escuela Santiago regional de Jinotepe en el periodo en estudio correspondiente al 100% del universo.

## **2.6 criterios de inclusión**

1. Pacientes embarazadas ingresadas en sala de ARO con diagnóstico de APP
2. Pacientes con expedientes completos y disponibles

## **2.7 criterios de exclusión**

1. Pacientes embarazadas que ingresaron con otro diagnóstico
2. Expedientes con letra poco legible y no disponibles en el área de archivo

## **2.8 unidad de análisis**

expedientes clínicos de las pacientes ingresada a sala ARO por APP en el hospital escuela regional Santiago de Jinotepe en el periodo en estudio.

## **2.9 técnica y procedimiento de recolección de la información**

Para la investigación se utilizó una fuente de información secundaria, a través de expedientes clínicos.

Se elaboró y validó una ficha de recolección de información basado en los objetivos específicos del presente estudio.

En la primera parte de la encuesta se solicitó los datos sociodemográficos de las pacientes en estudio.

Luego la segunda y tercera parte de la encuesta se basa en las evaluaciones descritas en norma Minsa para evaluar el grado de cumplimiento del tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona. Así como evaluar el grado de cumplimiento del tratamiento de la amenaza de parto pretérmino. Se evaluó por separado estos dos acápite en porcentaje en dependencia si se cumple la variable y luego se hará un promedio de ambas.

### **2.10 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 SPPS v25.

Procesador de texto: Se utilizó Microsoft Office Word 2019 para elaborar el texto acorde a normativa APA (Sexta edición).

Estadística descriptiva: Se aplicó a las variables frecuencias y porcentajes.

Se realizaron tablas y gráficos en Word 2019. Las tablas se obtuvieron de la base de datos y los gráficos la fuente fueron las tablas que se realizaron.

### **2.11 lista de variables**

1. Determinar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
  - ✓ Edad
  - ✓ Religión
  - ✓ Estado civil
  - ✓ Nivel de escolaridad
  
2. Evaluar aplicación de tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona según normativa Minsa.
  - ✓ Tamizaje de ultrasonido
  - ✓ Prescripción de progesterona
  
3. Verificar el cumplimiento del tratamiento de amenaza de parto pretérmino según normativa Minsa.
  - ✓ Tratamiento médico.



**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

**2.12 Operacionalización de variables**

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta la fecha de su ingreso.	Años	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menor de 15 años.</li> <li>2. 16- 24 años.</li> <li>3. 25-34 años.</li> <li>4. Más de 35 años.</li> </ol>
Religión	Conjunto de creencias religiosas al que pertenece la paciente.	Práctica religiosa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Católica</li> <li>2. Evangélica</li> <li>3. Testigo de jehová.</li> <li>4. Otra .</li> </ol>
Estado civil	Asociación que caracteriza los vínculos personales con otro individuo.	Estado conyugal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera.</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Unión libre</li> </ol>
Nivel de escolaridad	Nivel académico alcanzado	Nivel escolar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analfabeta</li> <li>2. Primaria</li> <li>3. Secundaria</li> <li>4. Técnico</li> <li>5. Superior</li> </ol>

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

<p>Tamizaje de ultrasonido</p>	<p>Realización de ultrasonido y longitud cervical en pacientes con embarazo pretérmino.</p>	<p>Nivel de cumplimiento</p>	<p>1. Cumple 2. No cumple 3.No aplica</p>
<p>Prescripción de progesterona</p>	<p>Se indicó y cumplió progesterona en las pacientes con indicación según norma.</p>	<p>Nivel de cumplimiento</p>	<p>1. Cumple 2. No cumple 3. No aplica</p>
<p>Tratamiento médico para APP según normativa</p>	<p>Manejo medico según normativa MINSA en las pacientes con diagnóstico de app.</p>	<p>Nivel de cumplimiento</p>	<p>1. Cumple 2. No cumple 3. No aplica</p>

### **2.13 Aspecto ético**

Se siguió las recomendaciones éticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se contó con la autorización de las autoridades del hospital (ver anexo). Los autores de esta tesis declararon 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 estudiado, 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.

### CAPITULO III. DESARROLLO

#### **3.1 Resultados**

Lo siguiente constituyen los resultados del presente estudio. Se llenaron un total de 50 fichas que corresponde a igual número de pacientes. Las tablas se dividieron según los objetivos específicos.

#### **Características sociodemográficas de las pacientes con APP ingresadas en la sala ARO del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021.**

En relación a la edad 28 de estas mujeres se encuentran entre los 16-24 años (56.00%), esto seguido de 16 mujeres entre 25-34 años (32.00%), 4 mujeres menores de 15 años (8.00%) y 2 mujer mayor de 35 años (4.00%).

Con respecto a la religión de las mujeres en estudio 27 mujeres son católicas (54.00%), 18 mujeres evangélica (36.00%) y 5 mujeres pertenecen a otra religión (10.00%).

En cuanto al estado civil 31 mujeres están en unión libre (62.00%), 15 mujeres casadas (30.00%) y 4 mujeres están solteras (8.00%).

Encontramos que el estado de escolaridad de las mujeres en estudio 32 mujeres cursaron la secundaria (64.00%),10 mujeres cursaron la primaria (20%), 4 terminaron estudio superior (8.00%) y otras 4 mujeres cursaron un técnico (8.00%). **(ver anexo tabla 1)**

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

### **Aplicación de tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona en pacientes con APP ingresadas en la sala ARO del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021.**

Con respecto a la aplicación de tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona en las mujeres en estudios se encontró que a 49 mujeres se le confirmó por us edad gestacional (98.00 %) y solo 1 mujer no se le realizó us (2.00%), se verificó historia de parto pretérmino en 22 mujeres (44.00%) y 28 mujeres no se le interrogó sobre dicho antecedente (56.00%) en relación a la historia positiva se indicó progesterona a 6 mujeres (12.00%), en 19 mujeres no se cumplió indicación de progesterona (38%) y 25 mujeres no aplicaban a la indicación de dicho tratamiento(50%)

En cuanto a la medición de longitud cervical cada 14 días en mujeres con lc < 30mm no se cumplió en 9 mujeres (18%), se cumplió en 1 mujer (2%) y en 40 mujeres no aplicaba dicha actividad (88.8%), Además, en 4 pacientes que se debía considerar cerclaje no se hace mención en los expedientes clínicos (8%). En 2 pacientes que debían continuar con progesterona no se cumplió (4%). En una paciente con embarazo gemelar no se mencionan estrategias de tamizaje (2%). También en 10 pacientes con factores de riesgo no se les realizó longitud cervical 20%). (ver anexo tabla 2)

### **Cumplimiento de tratamiento de amenaza de parto pretérmino en pacientes con APP ingresadas en la sala ARO del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021.**

A continuación, se describen los resultados respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico, lo cual en términos generales se cumple la dosis de ataque, de mantenimiento y uso de dexametasona como maduración pulmonar en un 100%, también en un 100% se cumple el hecho de no inducción ni conducción del trabajo de parto en embarazos pretérmino. De las 50 pacientes 13 evolucionaron a parto el cual fue vaginal y se vigiló según partograma. Lo que

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

no se cumplió fue que en 10 expedientes no se encontró consentimiento firmado por tres especialistas. **(ver anexo tabla 3)**

### **3.2 Análisis y discusión**

Respecto a las características sociodemográficas de la población estudiada se encontró que la mayoría el 56.00% corresponde a la edad de 16 – 24 años, seguido de 25-34 años con el 32.00%, predomina más en pacientes jóvenes lo cual coincide con el estudio de Ramírez realizado en Nueva Segovia, ya que las pacientes jóvenes en ocasiones no toman decisiones maduras ante situaciones de riesgo y exponen su embarazo. Se indagó sobre la religión de las pacientes siendo mayormente católica en un 54.00%. Referente al estado civil de las pacientes un 62 % están en unión libre lo cual coincide con bibliografía internacional de Dra. Gomez de la Paz-Bolivia donde la falta de estabilidad emocional o de pareja aumenta el estrés durante la gestación y predispone a cuadros de amenaza de parto pretérmino. La escolaridad fue otra variable que se estudió encontrando que la mayoría son de educación secundaria con un 64.00%, seguido de primaria con un 20% lo cual refleja un nivel educativo bajo que las predispone a menor conocimiento sobre factores de riesgo y cuidados durante la gestación y no toman decisiones correctas sobre su embarazo este dato coincide con el estudio del Dr. Vallecillo realizado en el hospital Bertha Calderón en 2016.

Respecto al segundo objetivo específico que era sobre el tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona en 49 paciente se verificó la edad gestacional por ultrasonido cumpliendo el 98.00%. Así mismo en 27 pacientes no se verificó antecedente de parto pretérmino o si se investigó no se plasmó en el expediente por lo cual hay que mejorar en este aspecto. También de 20 pacientes que tenían antecedente de parto pretérmino en 15 no se prescribió la progesterona y esto es alarmante pues la normativa es clara en su prescripción pues, aunque no haya en las unidades de salud se debe escribir en el expediente clínico. Referente a la medición de longitud cervical la cual en medio de lo posible se le debe realizar al 100% de la paciente, en 4 pacientes con factores de riesgo no se cumplió es decir en el 8% de los casos y esto no debería ser así por lo mismo que el hospital tiene los instrumentos necesarios para su cumplimiento a cabalidad y la longitud cervical es pilar fundamental en el manejo y tratamiento de las pacientes. Así

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

mismo 4 pacientes por la longitud cervical y edad gestacional encontrada se debía considerar cerclaje y en ninguno de esos expedientes se encontraron consideraciones al respecto. Solo en dos de ellas se continuo con la progesterona. También en dos embarazos múltiples que se revisaron en 1 de ellos no se consideraron estrategias de tamizaje según norma. Respecto a este segundo objetivo se considera que en un 60% de los expedientes que se revisaron no se cumplen todos los criterios y la longitud cervical no se cumplió en un 8 % de los casos y en un 32 % con criterios de uso de progesterona no se prescribió.

En cuanto al tercer objetivo que era referente al cumplimiento del tratamiento farmacológico se encontró que el tratamiento de dosis de ataque y de mantenimiento de nifedipina y de maduración pulmonar con dexametasona se cumple en un 100% de los casos, esto es muy bueno ya que se está cumpliendo en base a la normativa y supero los estudios previos donde en el hospital betha calderón roque no se cumplía en un 100% en el 2016. También no se indujo ni se condujo el trabajo de parto como si pasaba antes, y esto aumentaba el riesgo de parto pretérmino. Donde hay debilidad es que de 13 nacimientos pretérmino en 10 de ellos es decir el 76.9% no hay consentimiento por tres especialistas ya sea ginecólogos o pediatras como establece la normativa.



### **3.3 Conclusiones**

1. Respecto a las características sociodemográficas de las pacientes la mayoría tenían de 16 a 24 años de edad, eran de religión católica, en unión libre y de escolaridad secundaria.
2. Referente a la aplicación de tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona se considera que en un 60% de los expedientes que se revisaron no se cumplen todos los criterios y la longitud cervical no se cumplió en un 8% de los casos y en un 32 % con criterios de uso de progesterona no se prescribió.
3. En cuanto al cumplimiento del tratamiento farmacológico este se cumplió en el 100% de los casos tanto la dosis de ataque como la de mantenimiento de nifedipina y el esquema de maduración pulmonar con dexametasona. En el 76.9% de los partos pretérmino no hay consentimiento por tres especialistas ya sea ginecólogos o pediatras como establece la normativa.

### **3.4 Recomendaciones**

1. A las autoridades de los SILAIS- CARAZO junto a los directores de centro de salud dentro de su agenda de trabajo, se establezca un plan de visita, de control y seguimiento a los expedientes clínicos de todas aquellas pacientes diagnosticadas con amenaza de parto prematuro y a través de la lista de chequeo identificar cuáles son aquellos puntos que no se están cumpliendo y poder hacer un plan de recuperación para mejorar la calidad de atención que se está brindando.
2. A los directores de los diferentes centros de salud que conformen un grupo de trabajo con funciones específicas, especialmente el personal médico y paramédico que está a cargo de la atención de las pacientes embarazadas para que se haga un plan piloto de revisión de los expedientes de todas aquellas pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino y poder mejorar la calidad de atención
3. A las autoridades del hospital regional de Jinotepe, junto a los jefes de servicio que se ponga en práctica el mandato de la revisión de expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, para identificar los puntos álgidos en los que no se está cumpliendo el protocolo de la amenaza de parto prematuro para hacerlos llegar al equipo médico y así poder mejorar la calidad de atención.

## CAPITULO IV BIBLIOGRAFIA

### 4.1 Bibliografía

- Alfonso, M (2005). Respuesta de la amenaza de parto pretérmino en el Hospital Bertha Calderón Roque en abril-junio del año 1988. Managua. Biblioteca hospital Berta Calderón.
- Br. Kenneth Magdiell Vallecillo Rosales, B. G. (2016). “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 Calder. nicaragua : unan-managua .
- Br. Tisha Jammilah Slate Ellis, B. S. (2020). evaluación del protocolo de alto riesgoobstetrico en la atención hospitalaria de amenaza de parto pretermino del hospital regional escuela ernestosequeira blanco I semestre del año 2020. nicaragua : Bluefields Indian and Caribbean University (BICU).
- GeronimoOrtega, N. R. (2020). El parto pretérmino desde los registros del nacido vivo en Colombia, periodo 2008-2017. Risaralda, 139.
- Kristhyn Nazareth Alemán Aguirre, C. I. (2015). Principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino de 28 a 36 6/7SG., en pacientes atendidas en el Hospital Berta Calderón Roque, de julio 2014 a junio 2015. unan.edu.ni, 4.
- MINSA. (2018). protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico. nicaragua: MINSA.
- MINSA. (2018). protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico . managua, nicaragua : MINSA.
- MINSA. (2021). mapasalud.minsa.gob.ni. Obtenido de mapasalud.minsa.gob.ni: <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>

## **Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

MSc. Dra. Isdeky Milián Espinosa, M. D. (2019). Epidemiología del parto pretérmino espontáneo . acta medica del centro, 3.

nacimientos prematuros. (2018). OMS.

OMS. (19 de febrero de 2018). Nacimientos prematuros. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Ramírez, •. B. (2020). Factores asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas, hospital primario Augusto C. Sandino, el jicaro- nueva segovia abril 2019-2020 . nicaragua : unan-managua .

Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. (2017). [investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe](http://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe). Obtenido de <https://doi.org/10.33421/inmp.201790>

S. Ferrero, T. Cobo, M. Palacio. (2022). amenaza de parto pretermino. protocolos medicina materno fetal , 1.

S. Rellan Rodríguez, C. G. (2008). El recién nacido prematuro. asociacion española de pediatria , 69.

Ticona, D. R. (2013). Prevalencia de amenaza de parto pretermino y su asociacion con la infeccion del traco urinario en el centro de salud Rosas Rampa , Enero – Marzo 2012. La Paz-Bolivia: universidad mayor de san andres.

Torres, P. S. (2017). Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas atendidas en el Hospital Isidro Ayora en el período febrero-agosto 2016. Loja-Ecuador : universidad nacional de Loja .

## CAPITULO V. ANEXOS

# Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021

## 5.1 ficha de recolección de información

Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de ARO del Hospital-Escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, Julio – diciembre de 2021.

### 1. EDAD

- ✓ Menor de 15 años \_\_\_\_\_.
- ✓ 16-24 años \_\_\_\_\_.
- ✓ 25-34 años \_\_\_\_\_.
- ✓ Más de 35 años \_\_\_\_\_.

### 2. RELIGION

- ✓ Católica \_\_\_\_\_.
- ✓ Evangélica \_\_\_\_\_.
- ✓ Testigo de jehová \_\_\_\_\_.
- ✓ Otra \_\_\_\_\_.

### 3. ESTADO CIVIL

- ✓ Soltera \_\_\_\_\_.
- ✓ Casada \_\_\_\_\_.
- ✓ Unión libre \_\_\_\_\_.

### 4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- ✓ Analfabeta \_\_\_\_\_.
- ✓ Primaria \_\_\_\_\_.
- ✓ Secundaria \_\_\_\_\_.
- ✓ Técnico \_\_\_\_\_.
- ✓ Superior \_\_\_\_\_.

### 5. Tamizaje con ultrasonido y prescripción de progesterona.

- ✓ Confirmó por ultrasonido la edad gestacional y el número de fetos

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

- ✓ Verificó Si tiene historia de Parto pretérmino: Nacimiento único de 16-36 6/7 semanas de gestación o antes de 24 semanas de gestación y con presencia de actividad o RPM que indica dilatación cervical.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

- ✓ Si tiene historia positiva del criterio anterior (2), Prescribió Progesterona 200 mcg vaginal ID.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

- ✓ Midió longitud cervical transvaginal cada 14 días desde 16 hasta 24 semanas de gestación, cada 7 días si longitud cervical es <30mm.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

- ✓ Si la longitud cervical fue menor de 25mm después de las 24 semanas de gestación:

-Consideró/realizó sutura cerclaje, especialmente si la paciente tiene parto pretérmino menor de 28 SG previo o si las membranas son visibles.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

- ✓ Continuó tratamiento con progesterona.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

- ✓ Si la Longitud cervical por ultrasonido transvaginal fue mayor o igual a 21 mm le brindó la Rutina provista para Atención prenatal.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

- ✓ Si la Longitud cervical por ultrasonido transvaginal fue menor o igual a 20 mm, Prescribió Progesterona vaginal diario (cápsulas 200 mg o supositorios o gel 90 mg) hasta las 36 SG.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

- ✓ Si el embarazo es múltiple, consideró la Progesterona inefectiva y que el cerclaje podía incrementar el riesgo de parto pretérmino.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

- ✓ Si el embarazo es múltiple, utilizó una de las siguientes estrategias de tamizaje:
  - Medir la longitud cervical por ultrasonido transvaginal entre 18-24 SG.
  - Medir la longitud cervical por ultrasonido transabdominal entre 18-24SG, menor de 35 mm.
  - Realizar medida de longitud cervical por ultrasonido transvaginal en pacientes con factores de riesgo.

cumple\_\_\_\_\_ no cumple\_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_

6. Cumplimiento de tratamiento medico

- ✓ Nifedipina Tabletas, dosis de ATAQUE: 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

- ✓ Nifedipina Tabletas, dosis de MANTENIMIENTO: 20 mg PO cada 8 horas por 3 días.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

- ✓ La Nifedipina fue contraindicada por hipotensión arterial (menor a 80/50 mm Hg) o no estaba disponible en la unidad de salud, uso como alternativa de tocolítico Sulfato de magnesio

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

- ✓ -Si después de 2 horas de manejo ambulatorio o en emergencia, no hay respuesta a Nifedipina, refirió u hospitalizó a la paciente



**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

- ✓ NO indujo el trabajo de parto, dejándola en evolución espontánea.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

- ✓ Indicó/cumplió Dexametasona, 6 mg IM c/12hrs por 4 dosis, entre las 23-36 6/7 Sg Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

- ✓ Contraindicó uteroinhibidores por una o más de las siguientes razones: 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.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

- ✓ Se finalizó el tratamiento útero-inhibidor por una o más de las siguientes razones:

·Completada maduración pulmonar fetal.

· 37 SG.

·Modificaciones irreversibles: progreso a 4 cm; dilatación inicial de 3-4 cm progresa a más de 6 cm.

·Amniorrexis prematura.

·Infección ovular

·Pérdida del bienestar fetal

·Respuesta tocolítica refractaria

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

·Reacción adversa medicamentosa severa (Vómitos, descenso de la presión arterial mayor al 10% en la diastólica, alergia al fármaco).

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

✓ Si dio de Alta a la paciente (de observación, emergencia o maternidad), utilizó los siguientes criterios:

- Ausencia de contracciones uterinas
- Ausencia de modificaciones cervicales
- Recibida maduración pulmonar fetal.
- Remisión de posible causa de APP
- Longitud cervical >20mm.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

✓ Si evolucionó a parto, el parto fue realizado vía vaginal (por Cesárea sólo si existe indicación obstétrica).

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

✓ Utilizó el Partograma para la vigilancia del trabajo de parto pretérmino.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

✓ Evitó oxicíticos, uso de sedantes. NO CONDUJO el TRABAJO DE PARTO, dejó en evolución espontanea.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

✓ Se firmó el consentimiento de finalización por 3 especialistas en Ginecología y/o Pediatra justificando la causa electiva de finalización antes de las 37 semanas.

Cumple \_\_\_\_\_ No cumple \_\_\_\_\_ NA\_\_\_\_\_.

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

**Tabla 1.**

**Características sociodemográficas de las pacientes con app ingresadas en la sala aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de julio – diciembre de 2021.**

**N: 50**

<b>Edad</b>	<b>frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 15 años	4	8.00
16-24 años	28	56.00
25-34 años	16	32.00
Más de 35 años	2	4.00
Total	50	100
<b>Religión</b>		
Católica	27	54.00
Evangélica	18	36.00
otra	5	10.00
Total	50	100
<b>Estado civil</b>		
Soltera	4	8.00
casada	15	30.00
Unión libre	31	62.00
Total	50	100
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	10	20.00
Secundaria	32	64.00
Técnico	4	8.00
Superior	4	8.00
Total	50	100

**Fuente:** ficha de registro del expediente clínico

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

**Tabla 2 Aplicación de tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona en pacientes con app ingresadas en la sala aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de julio – diciembre de 2021.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Confirmo por us edad gestacional	49	98.00
Verifico historia de parto pretérmino	22	44.00
Si tiene historia positiva indico progesterona	6	12.00
Midió longitud cervical cada 14 días si lc < 30mm	1	2.00
Si Lc menor de 25 mm considero/realizo cerclaje	0	0.00
Continuo tratamiento con progesterona	2	4.00
Si LC fue mayor de 21 mm ofreció rutina de APN	14	28.00
Si LC menor de 20 mm indico progesterona	2	4.00
Si embarazo múltiple considero progesterona inefectiva y que el cerclaje incrementaba parto	1	2.00
Si es embarazo múltiple considero estrategias de tamizaje	1	2.00
Lc en pacientes con factores de riesgo	20	40.00

**Fuente:** ficha de registro del expediente clínico.

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**

**Tabla 3. Cumplimiento de tratamiento de amenaza de parto pretérmino en las pacientes en estudio ingresadas en la sala aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de julio – diciembre de 2021.**

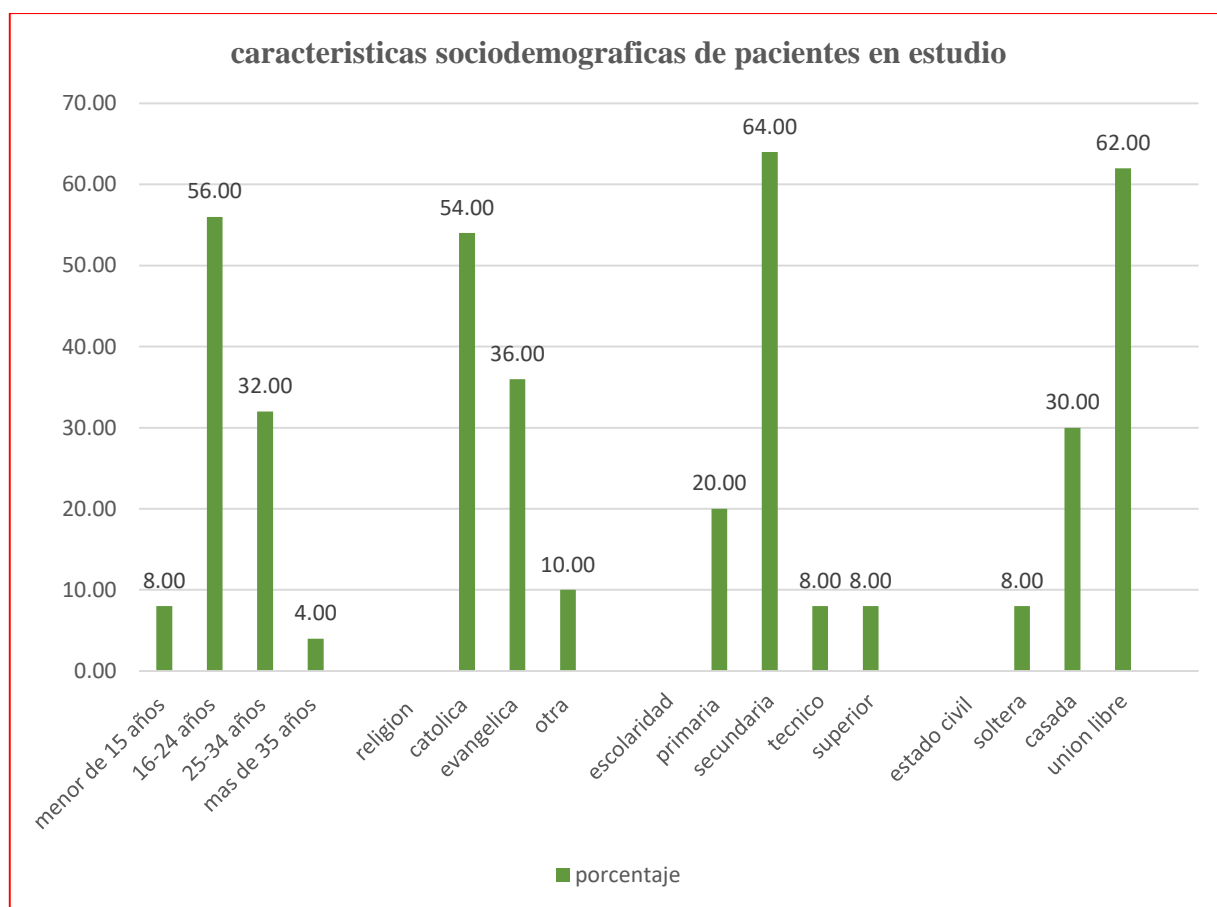
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nifedipina dosis de ataque	50	100
Nifedipina dosis de mantenimiento	50	100
Si se contraindico nifedipina se usó sulfato de magnesio	50	100
Si no hubo respuesta a nifedipina refirió u hospitalizo	50	100
No indujo el trabajo de parto	50	100
Indico /cumplió dexametasona	50	100
Contraindico útero-inhibidores por razones establecidas	6	12.00
Se finalizó el tratamiento útero-inhibidor por razones establecidas	14	28.00
Alta a la paciente según indicaciones establecidas	37	74,00
Si evoluciono a parto, el parto fue vía vaginal (por cesárea solo si existe indicación obstétrica)	13	26.00
Utilizo partograma para vigilancia	13	26.00
No condujo el trabajo de parto	13	26.00
Se firmó consentimiento por 3 especialistas	3	6.00

**Fuente:** ficha de registro del expediente clínico

# Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021

**Grafico 1.**

**Características sociodemográficas de las pacientes con APP ingresadas en la sala ARO del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio – diciembre de 2021**

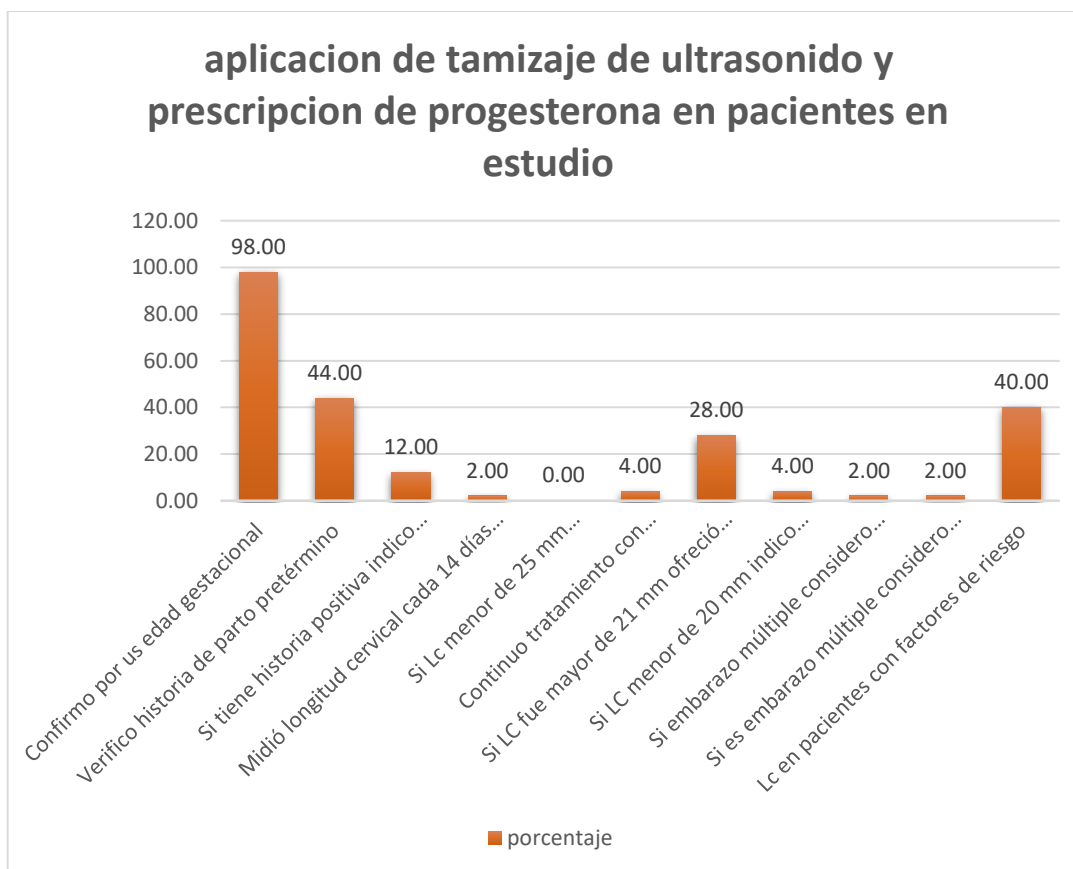


**Fuente: tabla 1**

# Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021

Grafico 2.

Aplicación de tamizaje de ultrasonido y prescripción de progesterona en pacientes con app ingresadas en la sala aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de julio – diciembre de 2021.

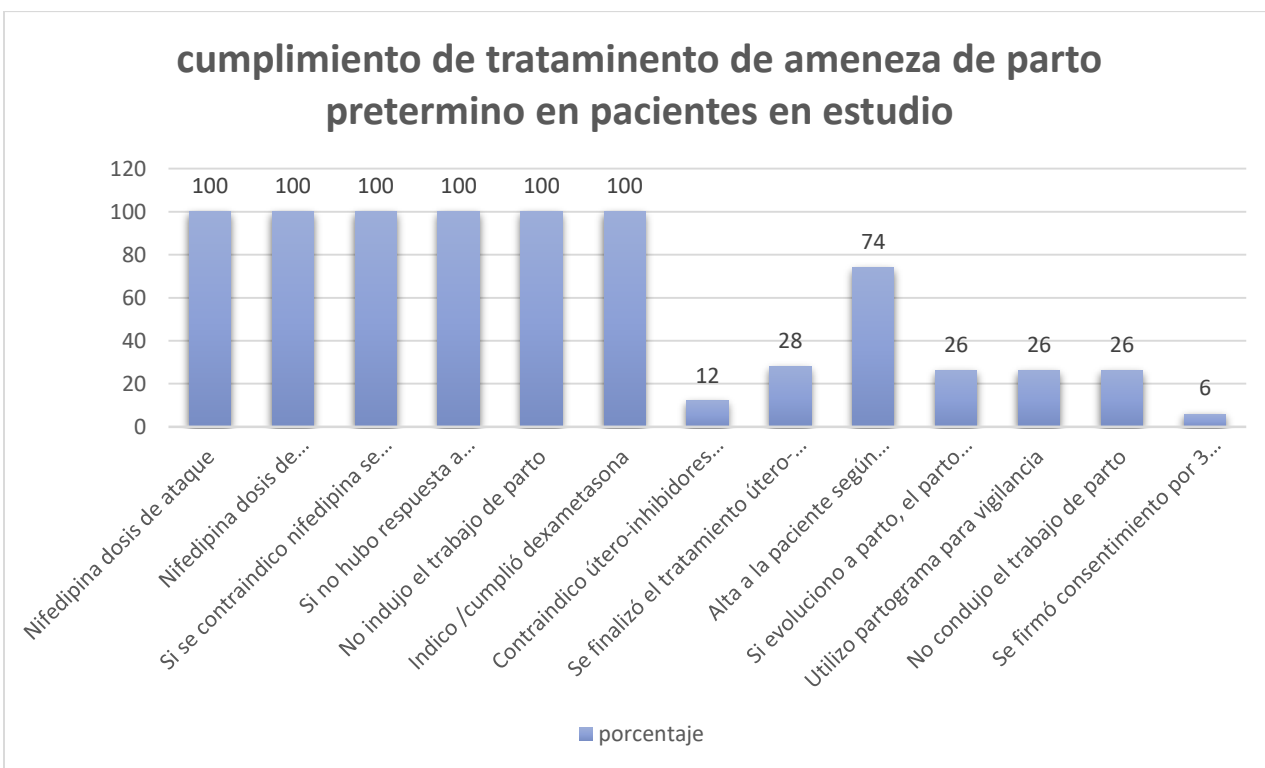


Fuente: tabla 2

# Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021

**Grafico 3.**

**Cumplimiento de tratamiento de amenaza de parto pretérmino en las pacientes en estudio ingresadas en la sala aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de julio – diciembre de 2021**



**Fuente: tabla 3**



**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

Viernes 10 de diciembre de 2022.

**Dra. Ileana Teresa Sevilla Zeledón.**

**Subdirectora Docente Hospital -Escuela Regional Santiago de Jinotepe.**

**Sus manos:**

Reciba cordiales Saludos.

El motivo de la presente es para solicitar de manera formal su apoyo para la revisión de expedientes clínicos ya que mi trabajo monográfico tiene como lugar de estudio el Hospital regional Santiago, cuyo tema es: **Aplicación de protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de ARO del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe en el periodo comprendido de julio-septiembre de 2021.**

Cabe mencionar que dicho protocolo ya fue presentado y aprobado en la Unan-Managua por MSc. Yadira Medrano Moncada (Coordinadora de trabajos monográficos de grado y postgrado). Dicha carta de aprobación se la adjunto a la presente misiva.

Esperando una respuesta positiva a mi solicitud. Nos despedimos cordialmente.

-----  
Bra. Ladys Montes Gómez.

Bra. Margarita José Morales.

4002  
2023  
Dra. Montes  
76258329

**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**



**Aplicación del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en la sala de aro del hospital-escuela regional Santiago de Jinotepe, Carazo, julio-diciembre 2021**