

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSGRADOS**



TRABAJO DE POSGRADO

TEMA

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES INGRESADAS
CON DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL AREA DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE
SANTA ANA DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DE 1 DE JULIO A
31 DE DICIEMBRE DE 2015”**

PRESENTADO POR:

**Dra. SONIA ESMERALDA HERNÁNDEZ MEDINA
Dr. RAUL ERNESTO RAMÍREZ VILLALTA**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

ESPECIALIDAD MÉDICA EN GINECÓLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

Dr. MAURICIO ENRIQUE GODOY SANDOVAL

DICIEMBRE, 2016

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES

LICDO. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICE-RECTOR ACADÉMICO INTERINO

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL INTERINA

Mdh. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDA. NORA BEATRIZ MELÉNDEZ

FISCAL GENERAL INTERINA

DICIEMBRE 2016

FACULTAD MULTIDISPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES

ING. JORGE WILLIAM ORTÍZ SÁNCHEZ

DECANO INTERINO

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

VICEDECANO INTERINO

LICDO. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO INTERINO

ING. SORAYA LISSETTE BARRERA DE GARCIA

JEFE INTERINO DE LA UNIDAD DE POSTGRADO

TRIBUNAL CALIFICADOR INTEGRADO POR:

DR. MAURICIO ENRIQUE GODOY SANDOVAL

DOCENTE DIRECTOR

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES

DR. ALEXANDER ALBERTO MENDEZ BARRIENTOS

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecemos a Dios Todopoderoso, por iluminarnos a cada instante y permitirnos cumplir esta meta con satisfacción y felicidad, por acompañarnos a lo largo de estos años y ser Él siempre nuestro pilar.

Infinitas gracias a nuestra familia por habernos acompañado en estos años y el apoyo incondicional.

Agradecemos de manera especial a nuestro médico asesor de tesis, Dr. Mauricio Enrique Godoy por todo el apoyo, paciencia, dedicación y comprensión que nos brindó durante la elaboración del presente trabajo.

GRUPO DE TESIS

INDICE

1. INTRODUCCION	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
3. ANTECEDENTE Y JUSTIFICACIÓN	4
4. OBJETIVOS	5
4.1 Objetivo general	
4.2 Objetivo específico	
5. MARCO TEÓRICO	
5.1 Definición	6
5.2 Etiología	6
5.2.1 Infección de vías urinarias	6
5.2.2 Infecciones vaginales	7
5.2.3 Infecciones dentarias	7
5.2.4 Infecciones de membranas amnióticas	8
5.3 Epidemiología	8
5.3.1 Factores de riesgo	8
5.4 Signos y síntomas	11
5.5 Métodos de diagnóstico	11
5.5.1 Diagnóstico clínico	12
5.5.2 Diagnóstico bioquímico	12
5.5.2.1 Fibronectina fetal	12
5.5.2.2 Estriol salival	13
5.6 Tratamiento de amenaza de parto prematuro	13
5.6.1 Inhibición del trabajo de parto pretérmino	13
5.6.1.1 Agonistas de los receptores adrenérgicos beta en el parto pre término.	14
5.6.1.2 Sulfato de magnesio.	16
5.6.1.3 Inhibidores de prostaglandina.	16
5.6.1.4 Bloqueadores de los canales de calcio.	17
5.6.2 Tratamiento de amenaza de parto prematuro acompañado de infecciones	17

6. METODOLOGÍA	
6.1 Tipo de estudio	19
6.2 Universo y muestra	19
6.3 Criterios	19
6.3.1 Criterios inclusión	19
6.3.2 Criterios exclusión	19
7. Instrumentos de medición	20
8. Procesamiento de datos	20
9. Análisis de datos	21
10. Conclusiones	38
11. Recomendaciones	40
12. Bibliografía	41
13. Cronograma de actividades	42
14. Presupuesto	43
15. Anexos	44

1. INTRODUCCIÓN

La salud de las madres y los recién nacidos está intrínsecamente relacionada, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares.

Entre ellas está el control preconcepcional, la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal calificado, el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario, la atención posnatal, la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud (OMS, UNICEF). (Roura, 2013)

La amenaza de parto prematuro y sus secuelas a corto y largo plazo constituyen un serio problema en cuanto a mortalidad, discapacidad y coste a la sociedad. Aproximadamente 75% de las muertes perinatales se producen en niños nacidos prematuramente. Varias etiologías están involucradas en la patogénesis de la amenaza de parto prematuro, lo que explica porque es tan difícil de diagnosticar y de prevenir. (Roura, 2013)

La identificación oportuna de factores de riesgo y/o etiológicos de amenaza de parto pretérmino no son específicos pero a través de este estudio se ha logrado observar que las gestantes de los niveles socio-económicos más pobres tienen una probabilidad mayor, igualmente la nuliparidad, pacientes con bajo nivel de escolaridad y con alteraciones encontradas a través de un rastreo ecográfico.

Debido a la importancia trascendental de esta temática y las consecuencias que traen a la salud materno-fetal creemos que es importante estudiar las características clínicas y epidemiológicas de esta patología

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La amenaza de parto prematuro, es una afección que preocupa mucho a las pacientes a inicios del tercer trimestre de gestación, y lo cual las lleva a buscar ayuda médica. En tal sentido, es un reto para el personal de salud debido a que se debe de brindar una atención con calidad y calidez para poder dar solución a dichos problemas y poder cumplir así uno de los propósitos de todo médico: curar al paciente.

Es de reconocer que esta patología, como muchas otras, representa un gasto considerable para el estado, tomando en cuenta, que muchas pacientes tienen necesidad de ingreso hospitalario, para poder observar el comportamiento y evolución natural de la enfermedad, así como para realizar estudios diagnósticos, tanto de laboratorio como de gabinete, y además poder brindar el tratamiento preciso y oportuno.

A pesar de la mejoría de las condiciones socio-sanitaria y de los avances científicos y tecnológicos no se ha conseguido disminuir de manera significativa el porcentaje de amenaza de parto prematuro.

Además, se debe agregar que según datos estadísticos, existe un promedio de 1140 pacientes al año(ingreso y reingreso) según datos obtenidos de servicio de archivo de este centro hospitalario, que han consultado con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, con una incidencia mayor entre el rango de edades de 20 a 30 años, a las cuales se les ha brindado el manejo oportuno correspondiente, pero a la vez se debe de tomar en cuenta los costos que todo ello representa para el estado y para la institución.

Entre las características clínicas y epidemiológicas de amenaza de parto prematuro encontramos: un bajo nivel socioeconómico, un nivel bajo de

educación, así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años de edad, además de tener embarazos múltiples, la presencia de líquido anormal ya sea polihidramnios u oligohidramnios entre otros hallazgos ecográficos.

En el Hospital Nacional San Juan de Dios, según datos estadísticos se estima que el índice de prematuridad se presenta entre un 10.2 a 12.5 % en el transcurso del año 2015, es por ello que hemos decidido realizar la investigación acerca de las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

La amenaza de parto prematuro afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. (Roura, 2013)

La prematurez continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. (Roura, 2013)

Es por esto que este trabajo de investigación se considera que cubrirá la mayoría de aspectos clínicos que el gineco-obstetra debe conocer de la paciente con esta afección.

Considerando el hecho de 1140 ingresos durante el año 2014 y 2015 hemos considerado como grupo hacer un estudio en el cual podamos conocer cuáles son las característica clínicas y epidemiológicas de las pacientes ingresadas con diagnostico de amenaza de parto prematuro con el fin de crear medidas que prevengan ingresos inadecuados y así disminuir el nivel de gasto a nivel hospitalario.

Es por ello que este trabajo se centrará en investigar a las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro atendidas en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa con el objetivo de saber ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de pacientes ingresadas con diagnostico de amenaza de parto prematuro?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana durante el período comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2015.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1 Identificar las principales causas de la amenaza de parto prematuro de las pacientes ingresadas en el área de ginecología y obstetricia.

4.2.2 Conocer las principales características epidemiológicas de las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

4.2.3 Identificar los marcadores de laboratorio, clínicos y ecográficos que ayudan a diagnosticar a las pacientes con amenaza de parto prematuro.

4.2.4 Evaluar el manejo brindado de las pacientes ingresadas en el área de ginecología y obstetricia.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 DEFINICION.

Aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en paciente con membranas integras entre la 28 y 36 semanas de embarazo con pocas modificaciones del cuello uterino. (Amenaza de parto prematuro, 2013)

Aparición de contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales antes de las 37 semanas de gestación. (Roura C. I., 2015)

5.2 ETIOLOGIA:

5.2.1 Infección de vías urinarias

La infección de vías urinarias es la etiología más frecuente de amenaza de parto prematuro durante el embarazo. De hecho, las mujeres son más susceptibles a la infección de vías urinarias debido a los siguientes factores:

- Una uretra más corta.
- Fácil contaminación de la uretra por bacterias de la vagina y el recto.
- Posibilidad de la que la mujer no vacíe por completo la vejiga cada vez que orina.
- Movimiento de bacterias al interior de la vejiga con cada relación sexual.

Se suman además, los cambios que el propio embarazo produce en el aparato urinario como son la relajación del músculo liso de los uréteres que impide que la orina llegue adecuadamente a la vejiga para ser eliminada, y la compresión que ejerce la matriz sobre la vejiga lastimando su cubierta interna y dejándola incapacitada para vaciarse por completo cada vez que la mamá orina.

La incidencia de bacteriuria asintomática en el embarazo es alta 5 a 10% y 25% de estas mujeres desarrollan pielonefritis aguda con alta incidencia de parto prematuro. (Cifuentes, 2012)

5.2.3 Infecciones vaginales.

✓ Vaginosis bacteriana.

Patología en la cual la flora vaginal normal con predominio de *lactobacillus* que produce peróxido de hidrogeno, queda reemplazada por anaerobios.

La vaginosis bacteriana se ha relacionado con aborto espontaneo, trabajo de parto pre término, rotura de membranas pre término, corioamnionitis e infección de liquido amniótico. La vaginosis bacteriana puede precipitar trabajo de parto pre término. (Roura C. I., 2015)

✓ Infección de las partes bajas de las vías genitales.

Las infecciones por *trichomonas* y *candida* están asociadas al trabajo de parto pre término. (Roura C. I., 2015)

5.2.3 Infecciones dentarias

✓ Enfermedad periodontal

Las bacterias bucales se han relacionado con infección de la parte alta del aparato genital en embarazadas. Según estudios se ha visto que las mujeres con periodontitis tuvieron riesgo 7 veces mayor de parto pre término que las que no tenían esta infección. (Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.2.4 Infecciones de membranas amnióticas

✓ Corioamnionitis.

La infección de las membranas y el líquido amniótico por diversos microorganismos ha surgido como una posible explicación de algunos casos de rotura de membrana, trabajo de parto pre término, o ambos. (Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.3 EPIDEMIOLOGIA

5.3.1 FACTORES DE RIESGO.

✓ Factores maternos:

La embarazada menor de 15 años tiene una alta frecuencia de nacimientos pretermino 15.8%, igualmente una paciente con una edad superior a 40 años, (Roura L. C., 2013)

✓ Complicaciones médicas y obstétricas.

Los antecedentes de parto prematuro o abortos tardíos, factores uterinos con volumen aumentado (polihidramnios, gestación múltiple), anomalías congénitas (utero bicorne o unicornes), miomas (especialmente submucosos), incompetencia cervical, traumatismos. (Roura C. , 2013)

Se ha observado que los partos de fetos únicos pre términos se debe a varios factores, un 28% algunos se deben por preeclampsia, sufrimiento fetal y por restricción del crecimiento, desprendimiento prematuro de placenta o muerte fetal. El otro 72% se deben a partos pre términos espontáneos, con rotura prematura de membrana o sin ella. (Amenaza de parto prematuro, 2013)

✓ **Amenaza de aborto.**

La hemorragia transvaginal en etapas tempranas del embarazo se relaciona con aumento de los resultados adversos. La hemorragia tanto leve (descrita como manchado) como copiosa (similar a una menstruación) se relacionó con pérdida subsiguiente del embarazo antes de las 24 semanas, trabajo de parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta. (Amenaza de parto prematuro, 2013)

✓ **Factores del estilo de vida.**

El tabaquismo de cigarrillos, el aumento inadecuado de peso de la madre durante el embarazo y el consumo de drogas ilícitas tienen participaciones importantes tanto en la incidencia de recién nacidos con peso bajo al nacer como en el resultado de los mismos.

Otros factores maternos implicados son la edad materna joven o avanzada, pobreza, estatura baja, deficiencia de vitamina C, y factores ocupacionales como caminar o permanecer de pie durante periodos prolongados, condiciones laborales extenuantes y horarios de trabajo semanales prolongados. Otros: tanto el estrés como las concentraciones séricas de cortisol se han relacionado con parto prematuro espontaneo.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

✓ **Factores socioeconómicos:**

Diferentes estudios han demostrado una relación directa entre bajo nivel socioeconómico y mayor incidencia de amenaza de parto prematuro. Aquellas madres pertenecientes a los estratos socioeconómico inferiores tuvieron una incidencia de 10.9% de amenaza de parto prematuro, en contraste con 4.3%

de incidencia que tuvieron madres pertenecientes a estratos socioeconómicos superiores.

Igualmente la incidencia de amenaza de parto prematuro es de 3 a 10 veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los industrializados y de acuerdo con publicaciones de la OMS, más de 90% de amenaza de parto prematuro es en países subdesarrollados.

Por otra parte en una investigación perinatal realizada en Cuba, se encontró como los nacimientos menores a 2500 gr tuvieron una tasa de mortalidad perinatal 10 veces mayor cuando la escolaridad materna es inferior al tercer grado

✓ **Factores genéticos.**

El gen que codifica para la relaxina residual, es una posibilidad. Los defectos de proteína trifuncional mitocondrial fetal, o polimorfismos en el complejo del gen que codifica para interleucina 1, el receptor adrenérgico beta, o el factor de necrosis tumoral alfa, quizá participen en la rotura prematura de membranas.

✓ **Parto pre término previo.**

El riesgo de parto pre término recurrente para mujeres cuyo primer parto fue pre término esta aumentado tres veces en comparación con mujeres cuyo neonato nació al termino. Más de un tercio de mujeres cuyos dos primeros recién nacidos fueron pre términos, después dieron a luz un tercer recién nacido pre término.

✓ **Dilatación del cuello uterino.**

La dilatación del cuello del útero después de la mitad del embarazo ha ganado atención como un factor de riesgo para parto pre término, aunque algunos

médicos la consideran una variedad anatómica normal, sobre todo en mujeres que ya han tenido partos. Las mujeres con dilatación y borramiento durante el tercer trimestre tienen aumento de riesgo de parto pre término, no se ha establecido que la detección mejore el resultado del embarazo.

5.4 SIGNOS Y SINTOMAS.

- ✓ Contracciones uterinas de cuatro en 20 minutos y ocho en 60 minutos más un cambio progresivo en el cuello uterino.
- ✓ Dilatación del cuello uterino más de 1 cm
- ✓ Borramiento del cuello uterino de 80% o más
- ✓ Sensación de presión en la pelvis.
- ✓ Cólicos parecidos a la menstruación.
- ✓ Secreción acuosa por la vagina, dolor lumbar.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

Las contracciones uterinas se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa.

5.5 METODOS DE DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

La amenaza de parto prematuro constituye la causa más frecuente de ingreso prenatal, sino se instaura tratamiento 2/3 de las pacientes no dan a luz en las primeras 48 horas y 1/3 llega al término de la gestación.

El diagnóstico de amenaza de parto prematuro es esencialmente clínico. Es primordial identificar los síntomas más frecuentes que ocurren en amenaza de

parto prematuro para asegurar que las pacientes sean correctamente evaluadas, diagnosticadas y tratadas. (Roura C. I., 2015)

5.5.1 Diagnóstico clínico:

Los síntomas y signos aunque inespecíficos incluyen: sensación de dinámica frecuente (más de 4 contracciones por hora), dolor o presión abdominal, aumento del flujo vaginal y dolor de espalda (sobre todo en la parte baja).

La evaluación de la paciente debe demostrar contracciones en número superior a 4 en 20 minutos y acompañarse de alguno de los siguientes signos: dilatación cervical mayor a 2 cm,, disminución de la longitud del cérvix mayor al 50% o cambios en la dilatación o en la longitud del cérvix tras exámenes seriados.

(Roura C. , 2013)

5.5.2 Diagnóstico bioquímico

5.5.2.1 Fibronectina fetal

Se cree que participa en la adherencia intercelular durante la implantación y el mantenimiento de la adherencia de la placenta a las deciduas. La fibronectina fetal se detecta en secreciones cervicovaginales en mujeres que tienen embarazo normal con membranas intactas al término y parece reflejar el estroma del cuello uterino antes del trabajo de parto.

Según estudios la detección de fibronectina en las secreciones cervicovaginales antes de la rotura de membranas fue un indicador posible de trabajo de parto pre término inminente, y los valores que exceden 50 ng/ml se consideran positivos.

Se ha encontrado que un valor positivo para la valoración de fibronectina fetal cervicouterina o vaginal, incluso en etapas tan tempranas como las 8 a 22 semanas, es un potente factor predictivo de parto pre término subsiguiente.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.5.2.3 Estriol salival

Está relacionada con el trabajo de parto pre término pero todavía está en investigación. El nivel de estriol en suero materno es un marcador de la actividad adrenal fetal. Tiene un aumento importante 3 o 4 semanas antes del nacimiento tanto en partos de término como en pretérminos. Los niveles de estriol en saliva se correlacionan con los niveles de estriol séricos.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.6 TRATAMIENTO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO

El tratamiento para la amenaza de parto prematuro se basa en tres pilares:

- ✓ La inhibición de las contracciones uterinas: medicamentos utilizados como: Betamiméticos, Inhibidores de calcio, Análogos de prostaglandinas, sulfato de magnesio.
- ✓ La administración de esteroides para la maduración pulmonar: Betametasona, Dexametasona.
- ✓ La administración de antibióticos cuando se presenta acompañado de una infección.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.6.1 INHIBICION DEL TRABAJO DE PARTO PRE TÉRMINO.

Aunque varios fármacos y otras intervenciones se han usado para prevenir el trabajo de parto pre término o para inhibirlo, no se ha mostrado que alguna sea

eficaz. Debido a estas incertidumbres, el American Collage of Obstetricians and Gynecologists ha recomendado que se considere tocólisis cuando hay contracciones uterinas regulares más cambio del cérvix documentado o dilatación y borradura apreciables.

- ✓ **Reposo en cama:** se realizaron estudios sobre la eficacia del reposo en cama sea en el hospital o en el hogar para prevenir el trabajo de parto pre término; pero no se encontraron pruebas concluyentes.

- ✓ **Hidratación y sedación:** en 1994 se compararon la hidratación y sedación, con reposo en cama, en un estudio al azar de mujeres con amenaza de trabajo de parto pre término. Las mujeres seleccionadas para recibir 500 ml de solución cristaloide durante 30 min y las que recibieron 8 a 12 mg de sulfato de morfina vía intramuscular tuvieron resultados similares a los que se observaron en las pacientes con reposo en cama.

(Cifuentes, 2012)

5.6.1.1 Agonistas de los receptores adrenérgicos beta en el parto pre término.

Varios compuestos reaccionan con receptores adrenérgicos beta para reducir el calcio ionizado intracelular y prevenir la activación de proteínas contráctiles. En Estados Unidos se han empleado en obstetricia la ritodrina y la terbutalina pero la Food and Drug Administration solo ha aprobado la ritodrina para trabajo de parto pretermino.

Ritodrina: en un estudio multicentrico, los recién nacidos cuyas madres se trataron con ritodrina por supuesto trabajo de parto pre término tuvieron menos mortalidad y menos dificultad respiratoria, y alcanzaron una edad gestacional de 36 semanas o un peso al nacer de 2,500gr mas a menudo que las madres no tratadas con dicho medicamento.

La administración de agonistas adrenérgicos beta por vía intravenosa lenta y continua ha dado por resultado efectos secundarios frecuentes y, a veces, graves y letales. El edema pulmonar despierta preocupación especial. La causa de edema pulmonar es multifactorial, y los factores de riesgo comprenden terapia tocolítica con agonistas de los receptores adrenérgicos beta, gestación multifetal, terapia concurrente con glucocorticoides, tocolisis por más de 24 horas, y administración de grandes volúmenes de solución cristaloides por vía intravenosa. Dado que los agonistas beta causan retención de sodio y agua, con el tiempo (por lo general de 24 a 48 horas) pueden conducir a sobrecarga de volumen. Los fármacos han quedado comprendidos como una causa de aumento de la permeabilidad capilar, alteraciones del ritmo cardiaco, e isquemia miocárdica. La sepsis materna aumenta de manera apreciable este riesgo.

Terbutalina: suele usarse para prevenir trabajo de parto pre término. Al igual que la ritodrina, puede causar edema de pulmón. En estudios realizados administrando terbutalina en dosis bajas a largo plazo, mediante bomba para administración por vía subcutánea en 9 mujeres embarazadas con riesgo de parto pre término, los resultados obtenidos fueron una muerte materna repentina y un recién nacido con necrosis miocárdica después de la administración de terbutalina.

El tratamiento con terbutalina vía oral para prevenir parto pre término ha resultado ineficaz.

Un antecedente de escape vaginal de líquido, debe dar pie a un examen con espejo vaginal estéril, para visualizar la acumulación macroscópica de líquido amniótico en la vagina. La confirmación de RDM se acompaña de examen ultrasonográfico.

La asistencia puede ser proceder al parto o esperar trabajo de parto espontáneo.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.6.1.2 Sulfato de magnesio.

El magnesio iónico en una concentración lo suficiente alta puede alterar la contractilidad miometrial. Su función es supuestamente la de una antagonista del calcio. El magnesio en dosis farmacológicas puede inhibir el trabajo de parto.

Efectos neonatales del magnesio:

Los recién nacidos con muy bajo peso al nacer (menos de 1,500 gr) cuyas madres se trataron con sulfato de magnesio para trabajo de parto pretérmino o preclampsia tuvieron una incidencia reducida de parálisis cerebral a los tres años.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.6.1.3 Inhibidores de prostaglandina.

Las prostaglandinas están íntimamente comprendidas en las contracciones propias del trabajo de parto normal es por ello que los inhibidores de prostaglandinas han generado interés.

Estos actúan al inhibir la síntesis de prostaglandina o al bloquear su acción sobre los órganos blancos.

Indometacina: se administra por vía oral o rectal. Una dosis de 50 a 100 mg va seguida por una dosis total durante 24 h no mayor de 200 mg. Las concentraciones séricas por lo general alcanzan un máximo 1 a 2 h después de la administración por vía oral, en tanto que las concentraciones después de administración rectal alcanzan un máximo un poco más pronto. En casi todos los estudios se han limitado el uso de indometacina a 24 a 48 h debido a preocupaciones respecto a oligohidramnios, que puede aparecer con estas

dosis. Si se vigila el líquido amniótico, el oligohidramnios puede detectarse en etapas tempranas, y es reversible con la suspensión de la indometacina.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.6.1.4 Bloqueadores de los canales de calcio.

La actividad miometrial guarda relación directa con el calcio libre citoplasmático, y una reducción de su concentración inhibe la contracción. Los bloqueadores de los canales de calcio actúan para inhibir, mediante diversos mecanismos, la entrada de calcio a través de canales en la membrana celular. Se crearon para tratar hipertensión. Sin embargo su uso en la suspensión del trabajo de parto pretérmino ha sido el tema de investigación desde finales del decenio de 1970.

Keirse (1995) comparó la nifedipina y agonistas beta, y concluyó que, si bien el tratamiento con nifedipina redujo los nacimientos de neonatos de menos de 2500 g un número mucho mayor de estos ingresó a cuidados intensivos.

La nifedipina por vía oral no prolonga de manera significativa el embarazo en mujeres tratadas al principio con sulfato de magnesio por vía intravenosa por trabajo de parto pre término.

Atosibán: este análogo de la oxitocina nonapéptido es un antagonista competitivo de contracciones inducidas por oxitocina.

(Amenaza de parto prematuro, 2013)

5.6.2 TRATAMIENTO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO ACOMPAÑADO DE INFECCIONES.

- ✓ Antimicrobianos: de acuerdo con el conocimiento actual de la posible etiología infecciosa en el desencadenamiento de las contracciones

uterinas que origina el parto pretermino, algunos investigadores han propuesto el uso de antibiótico en el esquema de manejo de esta patología. Hasta la fecha esta propuesta no ha demostrado ser útil cuando están íntegras las membranas ovulares. Sin embargo cuando se comprueba el diagnóstico de vaginosis, debe adicionarse metronidazol o clindamicina. (Cifuentes, 2012)

- ✓ **Tratamiento para vaginosis bacteriana:** la vaginosis bacteriana se relaciona con tasas excesivas de parto pretermino. Se encontró que el metronidazol por vía oral resolvió vaginosis bacteriana durante al menos 10 semanas en 78% de embarazadas. La clindamicina por vía intravaginal en crema usada para tratar vaginosis bacteriana no evita el parto pretermino, empleada antes de las 20 semanas hay menos probabilidad de parto pretermino. (Amenaza de parto prematuro, 2013)

Las mujeres con vaginosis bacteriana tienen una tasa similar de concepción, pero un riesgo aumentado de pérdida durante el primer trimestre en comparación con las mujeres embarazadas no infectadas.

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo debido a que es un estudio en el cual recolectaremos datos que nos expliquen cuales son las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro y retrospectivo debido a que son datos de un año anterior.

6.2 UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO

Debido a que el número de pacientes es de 93, pero únicamente 82 pacientes cumplen con los criterios de inclusión para esta investigación.

6.3 CRITERIOS

6.3.1 INCLUSIONES

6.3.1.1 Embarazo 24 a 36 semanas.

6.3.1.2 Pacientes ingresadas en área de ginecología.

6.3.1.3 Pacientes que cumplan con el período seleccionado del estudio.

6.3.2 EXCLUSIONES

6.3.2.1 Embarazo menor 24 semanas.

6.3.2.2 Embarazo mayor 37 semanas.

6.3.2.3 Pacientes ingresadas con amenaza de parto prematuro en un periodo diferente al establecido.

7. INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se realizo la revisión de expediente clínico por medio de una boleta de recopilación de información de datos, proveniente del sistema informático de este centro hospitalario, dicha información se obtuvo mediante el llenado de una hoja de vaciamiento elaborado en base a los objetivos planteados en la presente investigación.

8. PROCESAMIENTO DE DATOS

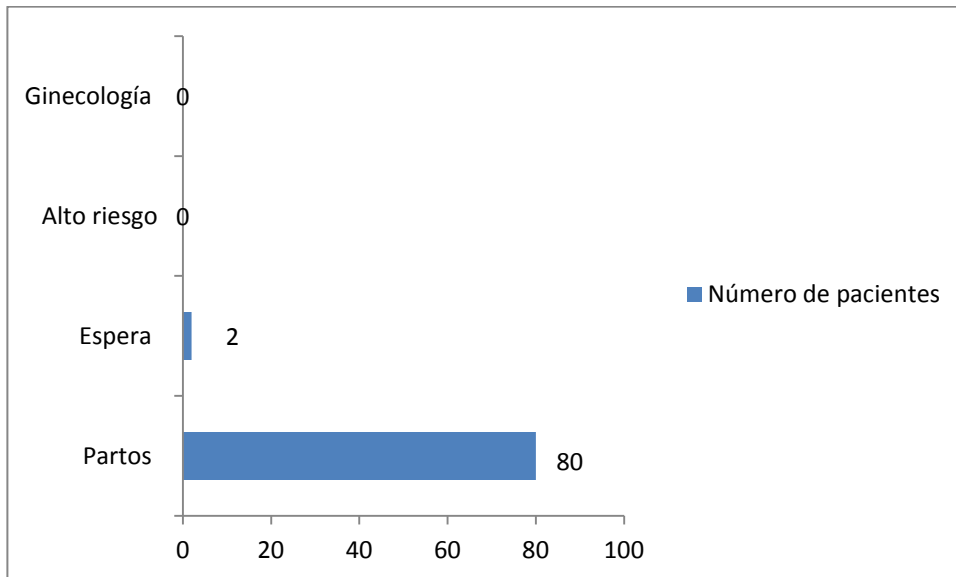
Mediante la utilización del programa informático Excel 2007, se realizaron tablas de distribución de datos para poder elaborar el análisis de dichos datos.

9. ANALISIS DE DATOS

Objetivo 1

Gráfica 1

Servicio de ingreso de paciente con diagnóstico de amenaza de parto prematuro



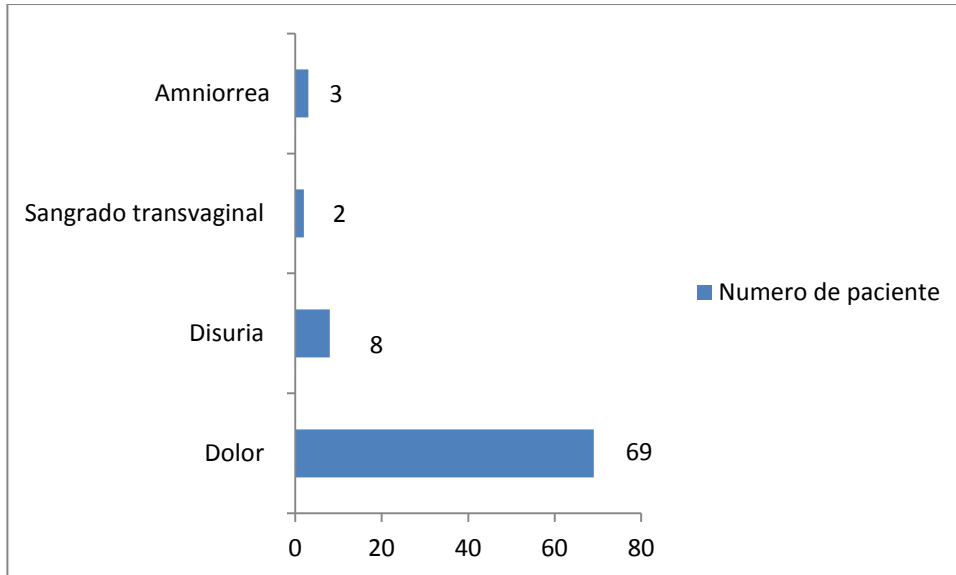
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

La mayoría de pacientes ingresan al servicio de partos de una forma directa, lo cual se evidencia en el 97.5%, en comparación al 2.5% que ingresaron al servicio de espera.

Gráfica 2.

Motivo de consulta de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro



Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

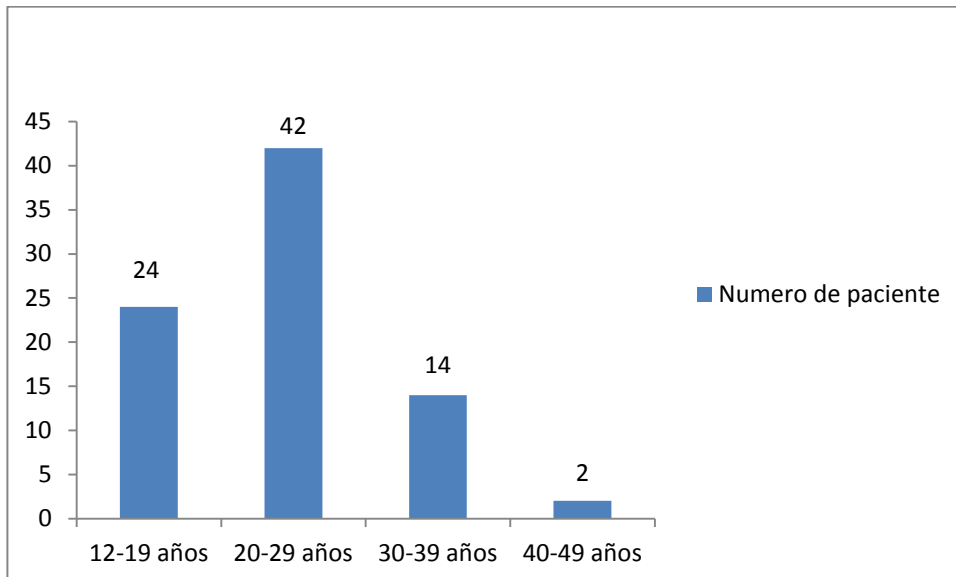
Análisis:

El principal motivo de consulta de las pacientes en estudio fue el dolor lumobopelvico con un 84%, en menor proporción fue el sangrado transvaginal y la amniorrea con un 2 y 3% respectivamente, podemos mencionar que la sintomatología urinaria presento el 9%, según literatura las infecciones de vías urinarias preceden el aparecimiento de amenaza de parto prematuro.

Objetivo 2.

Gráfica 3.

Rango de edades con mayor frecuencia en pacientes con amenaza de parto prematuro



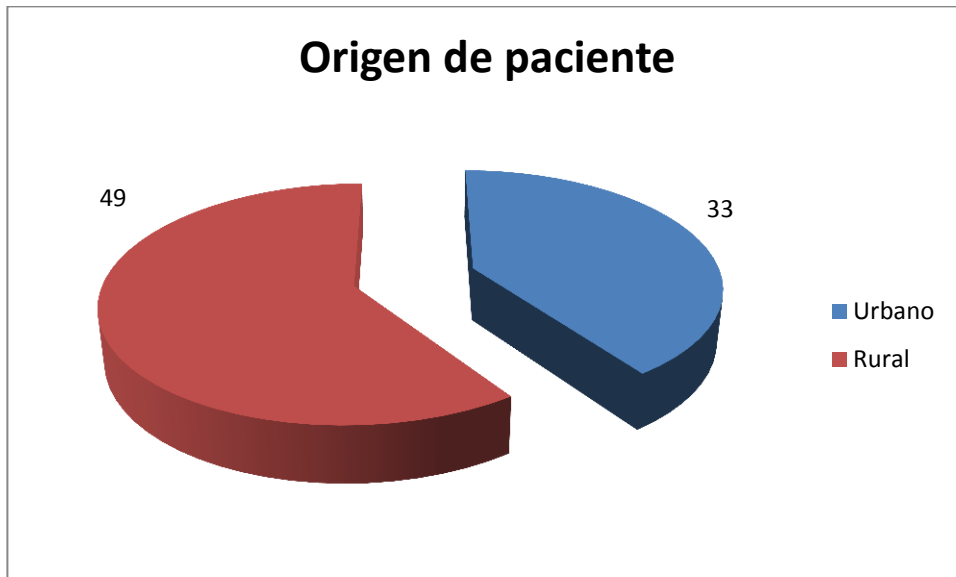
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Como podemos observar la edad de mayor frecuencia de amenaza de parto prematuro es entre 20 y 29 años, con un 51 %, se puede verificar que dicho porcentaje corresponde a los rangos de mayor riesgo, como lo son los adolescentes y adultos jóvenes. (Roura C. , 2013) pagina 1263

Gráfica 4.

Origen de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.



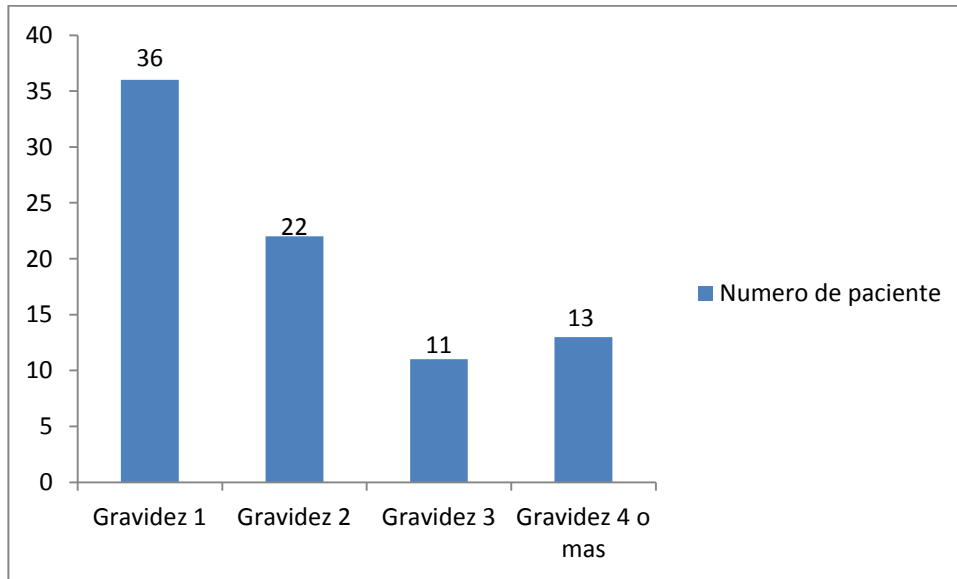
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Las pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro son de origen rural con un total de 49 pacientes (59.7%) con lo cual podemos observar que un nivel socioeconómico bajo es causa de mayor incidencia de dicha patología (Cifuentes, 2012) página 371

Gráfica 5.

Gravidez de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro



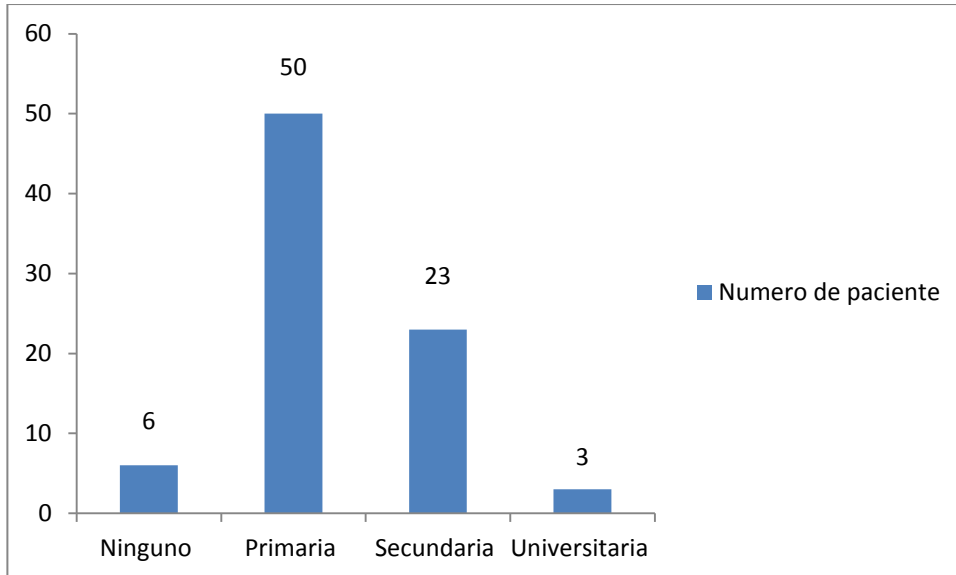
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

En relación a la paridad de las pacientes que presentan amenaza de parto prematuro son primigestas con un total de 43.9 % pacientes, en relación a la literatura es la paridad un factor predisponente.

Gráfica 6.

Nivel de educación de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro



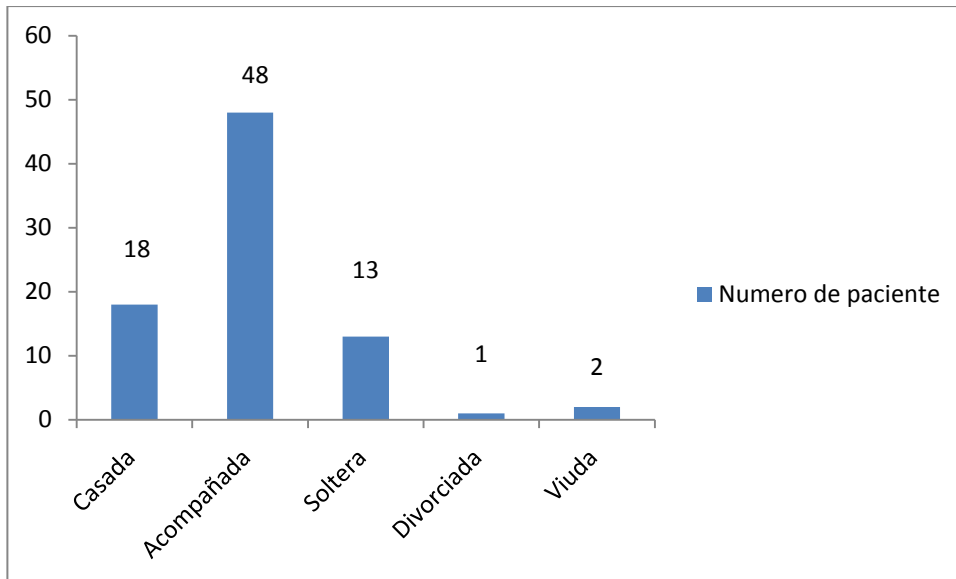
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Las pacientes con un nivel de educación de primaria son las más frecuentes en presentar amenaza de parto prematuro con un 60%, seguido de las que han estudiado hasta secundaria 28%, se observa que solamente 3 pacientes universitarias presentaron dicha patología dato que se relaciona con la información tomada de la bibliografía (Cifuentes, 2012) pagina 371

Gráfica 7.

Estado familiar de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.



Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

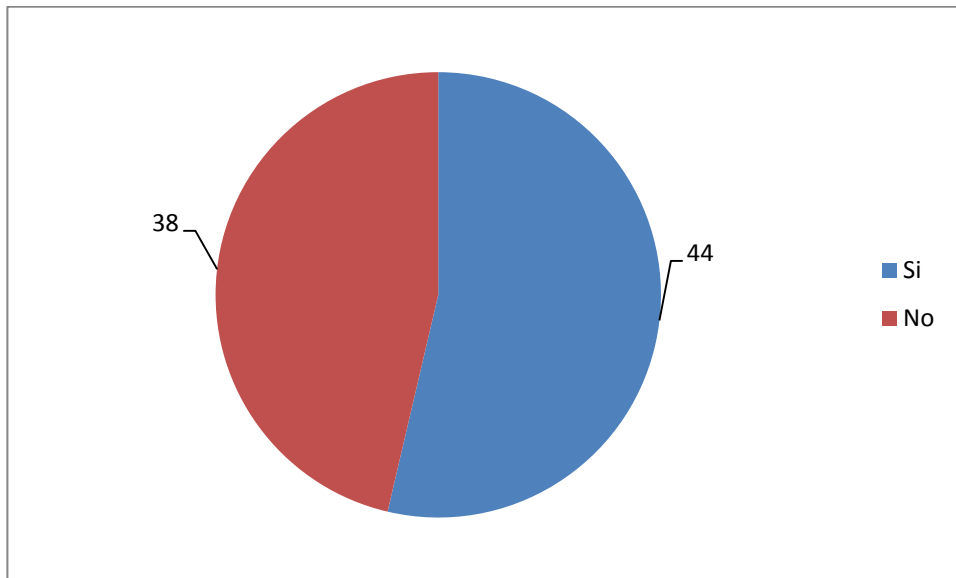
Análisis:

Se observa que las pacientes que solamente se encuentran acompañadas son las que más se diagnosticaron con amenaza de parto prematuro con un 58%, seguida por las pacientes casadas 21%, por lo cual se hace comprobable el dato observado en la literatura (Cifuentes, 2012) pagina 371

Objetivo 3

Gráfica 8

Toma de ultrasonografía a pacientes con amenaza de parto prematuro



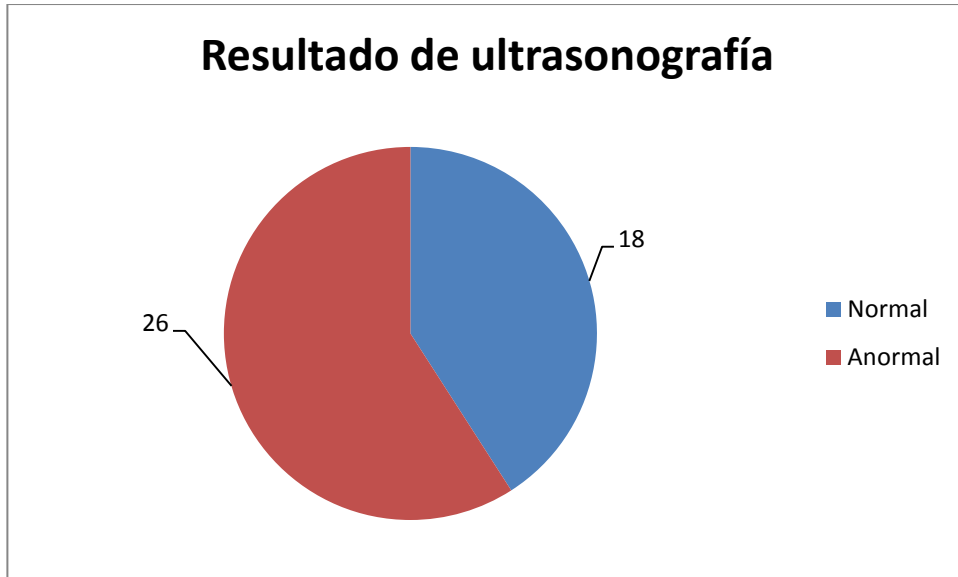
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Del total de 82 pacientes se observa que no fue al 100% de pacientes a quienes se le tomó ultrasonografía solamente a 44 pacientes lo que representó el 53.6% de ingresadas que se le realizó ultrasonografía previa alta, el resto que corresponde al 46.5% no hay evidencia que se le realizó dicha prueba.

Gráfica 9.

Resultado de toma de ultrasonografía en pacientes con amenaza de parto prematuro.



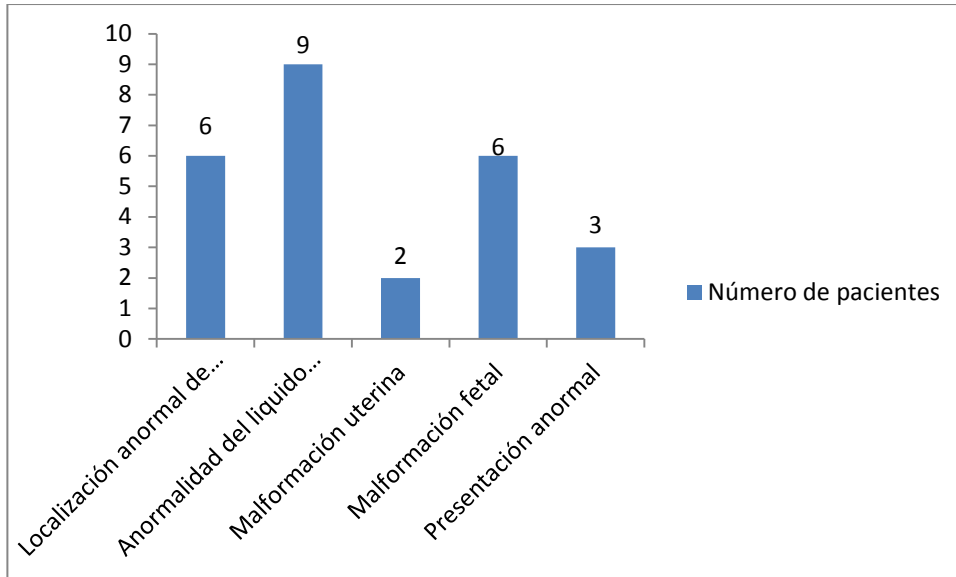
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Del total de 82 pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro solamente a 44 pacientes se le realizó ultrasonografía y de las cuales el 40 % presentaron un patrón normal en la ultrasonografía, mientras el 60 % presentó alguna anomalía en su resultado, con ello observamos que como lo indica la literatura el resultado de alguna anomalía es factor predictor de amenaza de parto prematuro.

Gráfica 10.

Alteraciones encontradas en ultrasonografías de pacientes con amenaza de parto prematuro.



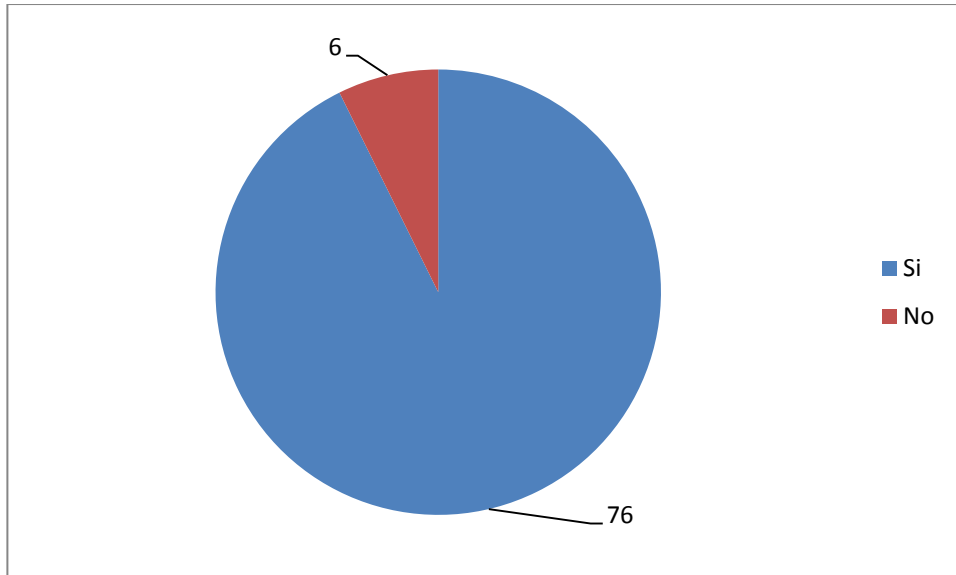
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

De las 26 ultrasonografías que obtuvieron resultados anómalos los más frecuentes fueron alteraciones en el líquido amniótico con un 20%, seguido por anomalías de la placenta 13% y malformación fetal con un 12% , lo cual podemos corroborar con el dato literario en la bibliografía en base a su frecuencia (Cifuentes, 2012) página 371 en tabla 4

Gráfica 11.

Toma de examen general de orina en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro



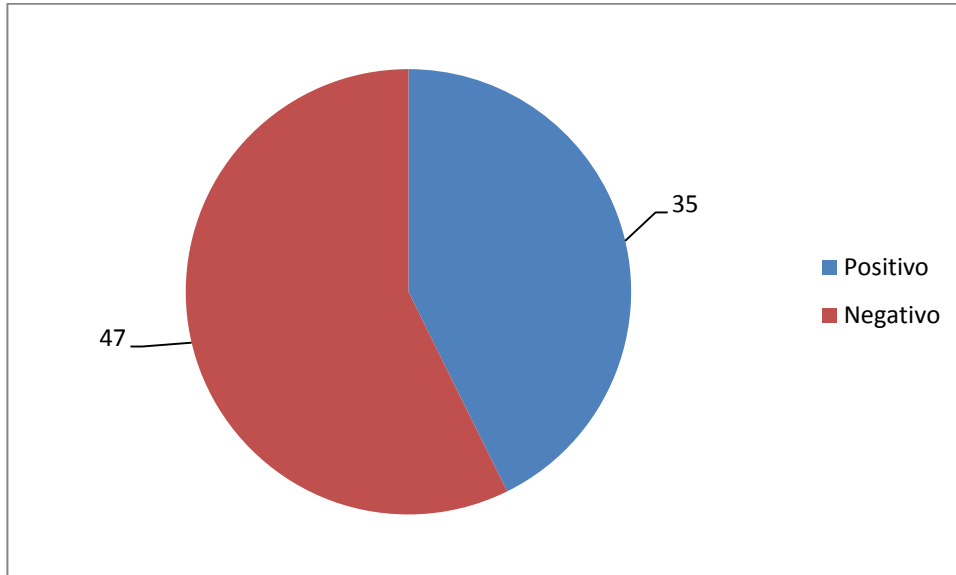
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Debido a que la infección de vías urinarias es una de las principales causas de amenaza de parto prematuro observamos que la mayor parte de pacientes ingresadas con dicho patología tienen un examen general de orina realizado lo que corresponde al 92% de las pacientes, solamente a 6 pacientes no se les tomó dicha prueba lo que corresponde al 8%.

Gráfica 12.

Resultados en examen general de orina



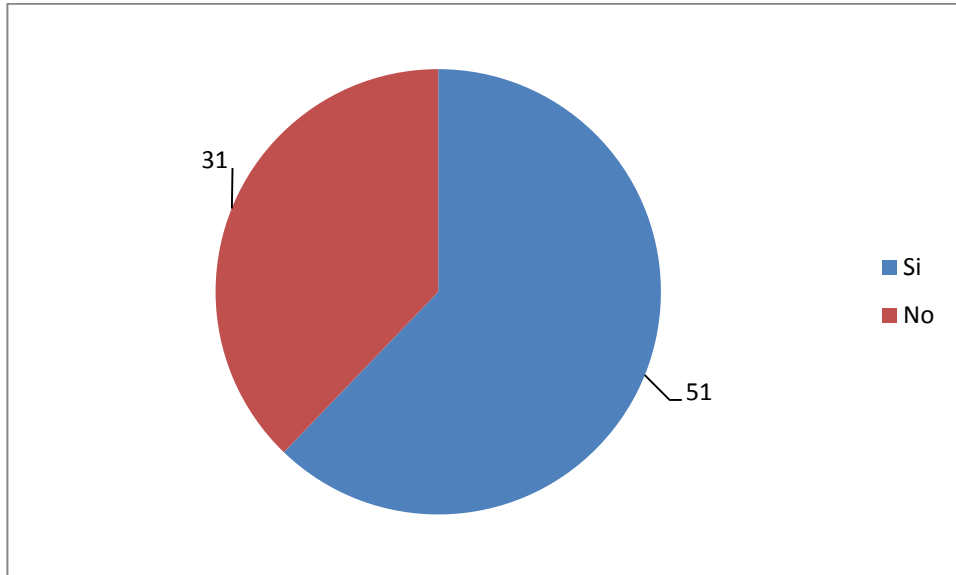
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Del total de las 82 pacientes con amenaza de parto prematuro solo a 76 se les tomó un examen general de orina, de las cuales únicamente 35 pacientes (42%) obtuvieron un examen general de orina positivo, mientras que el 58% fueron negativo.

Gráfica 13.

Toma de urocultivo en pacientes con amenaza de parto prematuro



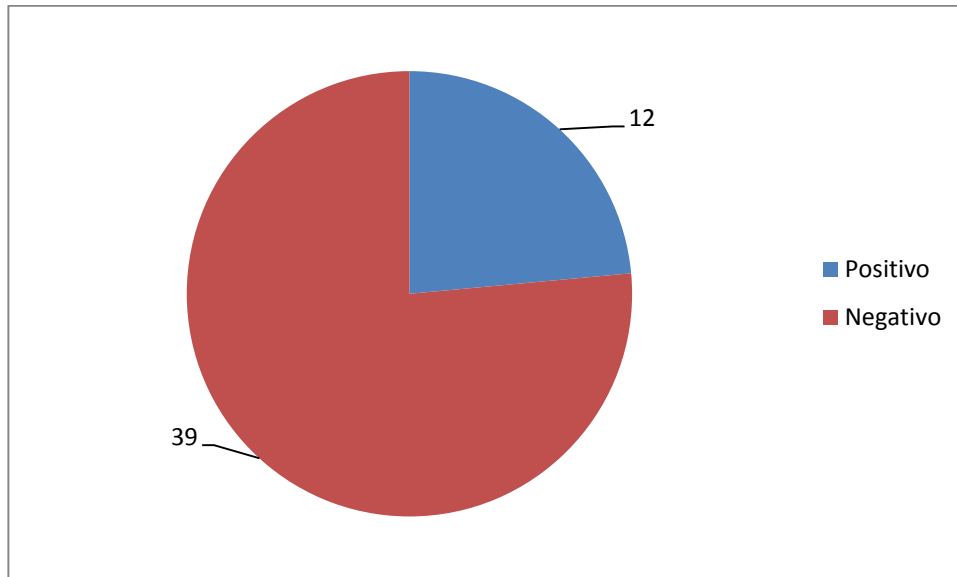
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Del los 82 pacientes con amenaza de parto prematuro se tomaron 51 urocultivos, que correspondió al 62%, el 38 % no se les tomó dicha prueba. Esto es debido a que a algunas pacientes no dieron la muestra para el urocultivo, a otras debido a que tenían su examen general de orina ya no se les indicó la toma de urocultivo y en algunas otras paso desapercibido la indicación de toma de dicho examen.

Gráfica 14.

Resultados en urocultivos de pacientes con amenaza de parto prematuro



Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

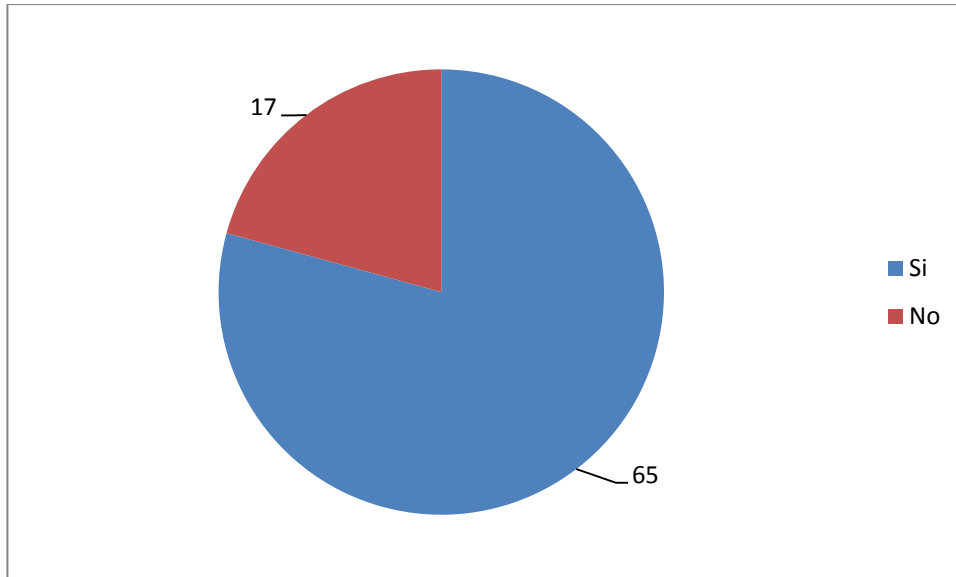
Análisis:

De los 51 urocultivos que se realizaron solamente 12 fueron con un resultado positivo (23%), mientras que el resto que fueron 39 obtuvieron un resultado negativo (77%).

Entre el agente causal más frecuente se encontró fue Escehricha coli con un total de 11 casos.

Gráfica 15.

Toma de cultivo de secreción vaginal en pacientes con amenaza de parto prematuro.



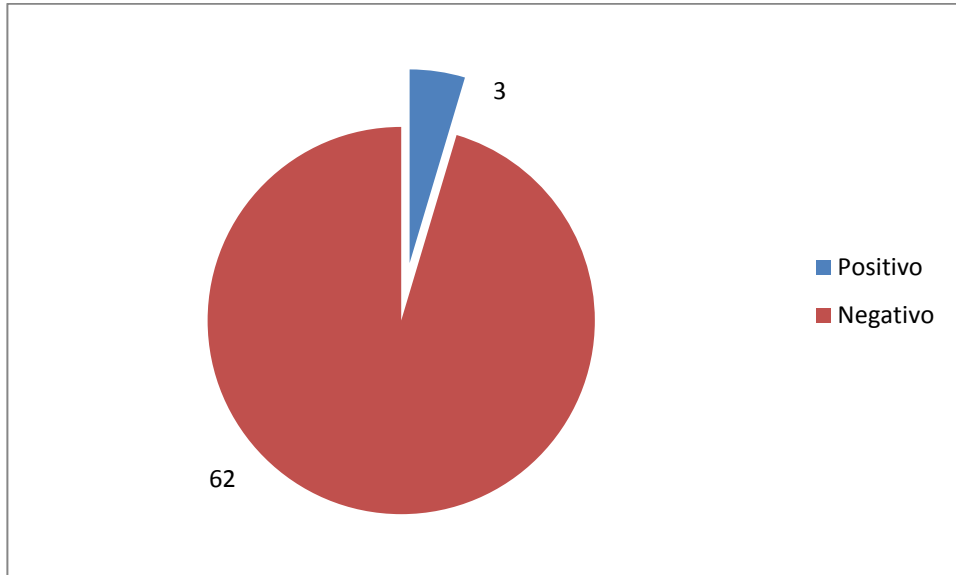
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

A 65 pacientes se le realizó cultivo de secreción vaginal (79%) y al 21% no se le realizó dicha prueba, esto es debido a que los cultivos se toman al momento de ingreso en unidad de emergencia y en los casos en que no se tomaron ya no se tomaron en el servicio de partos.

Gráfica 16.

Resultados de toma de cultivo de secreción vaginal



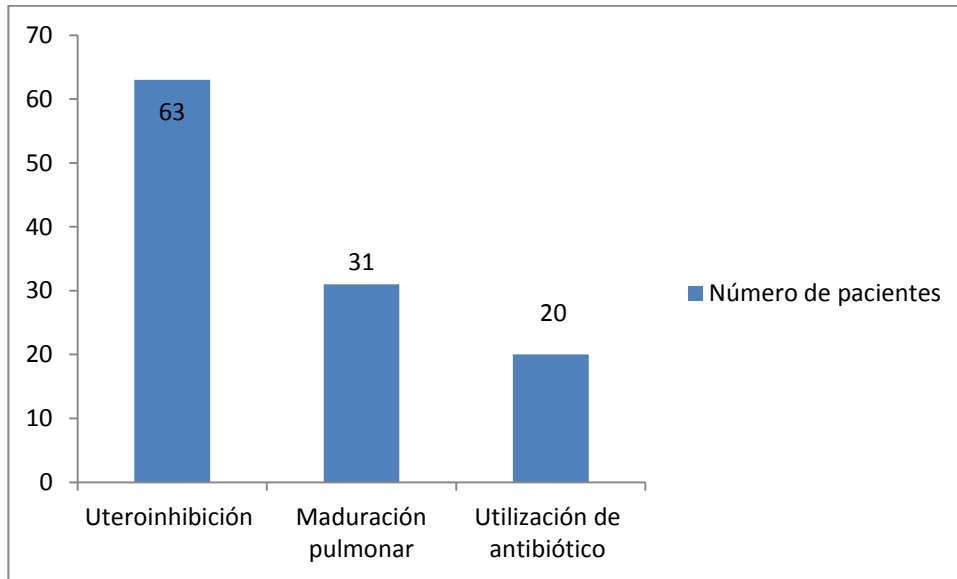
Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

De los 65 pacientes que a las que se les tomó cultivo de secreción de vagina 3 resultaron positivo (4%), n los cuales al igual que los urocultivos el agente causal más frecuente fue Eschericha. coli el resto que fue el 96% fueron negativos.

Gráfica 17.

Tratamiento brindado a pacientes con amenaza de parto prematuro



Fuente: recolección de datos de expediente clínico.

Análisis:

Del total de pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro a un 76 % se les colocó uteroinhibición , la mayoría con Fenoterol, al 37 % se les colocó maduración pulmonar en dosis completa, se les brindó tratamiento con antibiótico al 24% de las pacientes, tanto endovenoso como oral debido a que presentaron una infección sobreagregada.

10. CONCLUSIONES

- La principal causa de amenaza de parto prematuro de las pacientes ingresadas fue la infección de vías urinarias con exámen general de orina positivo lo que corresponde al 46% de los ingresos, de los cuales 12 urocultivos dieron positivo a *Eschericha coli*
- Entre las principales características clínicas y epidemiológicas de amenaza de parto prematuro se identificó que la mayor parte de mujeres son jóvenes entre los 20-29 años con un 51%, casi todas son pacientes que se encuentran acompañadas las cuales representan el 58% de los casos, y además tienen un nivel socioeconómico bajo en un 50%, se observo que en relación a su procedencia el 59% provienen de una zona rural, y que el 60% han estudiado únicamente hasta primaria.
- Debido a que la infección de vías urinarias es la principal causa de amenaza de parto prematuro en este centro hospitalario los marcadores de laboratorio mayormente ocupado fue el examen general de orina tomado a 92% de pacientes y urocultivo en 62% del total de pacientes con dicha patología, al igual que la toma cultivo de secreción vaginal que se le realizo al 79% de pacientes.
- A pesar que por normativa las pacientes con dicho diagnóstico tendrían que tener una ultrasonografía se observó que de las 82 pacientes solamente el 53% pacientes la obtuvieron, de ellas el 40 % de ultrasonografías fueron normales y el 60% presentaron alguna anormalidad, entre las anomalías encontradas se puede detallar: alteración en el liquido amniótico con un 26% como polihidramnios,

oligohidramnios, anormalidades en la implantación placentaria en un 23%, de la cual la de mayor frecuencia fue la placenta previa, anormalidades fetales como anencefalia en un 23%, presentaciones anormales como presentación podálica y situación transversa 11% y por último lugar anormalidades uterinas como útero bicorne con un 7%.

- A la mayor parte de pacientes se les brindó el manejo según la literatura como lo fue la uteroinhibición lo que correspondía 76% con cualquiera de los grupos de medicamentos que por literatura esta indicado para dicho manejo, se les colocó maduración pulmonar al 37% y se le brindó antibioticoterapia al 24% de las pacientes, que fue necesaria debido a que la mayor parte de pacientes presentaba infección de vías urinarias.

11. RECOMENDACIONES

- Impartir charlas de educación sanitaria a través del control prenatal en el cual se haga énfasis sobre adecuados hábitos de higiene y el adecuado consumo de líquidos orales principalmente agua durante el embarazo.
- Promover la detección precoz en los grupos de riesgo sobre todo en adolescente, mujer adulto joven, pacientes con bajo nivel socioeconómico y bajo nivel escolar a través del primer nivel de salud.
- Evaluar el cumplimiento de la normativa del tratamiento de infecciones de vías urinarias, protocolo de maduración pulmonar y manejo de amenaza de parto prematuro, para evidenciar la calidad de manejo a dichas pacientes.
- Evaluar la implementación de medidas que permitan la detección de vulvovaginitis en el primer nivel en todas las pacientes embarazadas.

12. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ (2013). Amenaza de parto prematuro. En *Obstetricia de Williams* (pág. 804).
- ❖ Cifuentes, R. (2012). Parto pretérmino. En R. Cifuentes, *Obstetricia alto riesgo* (pág. 372). Bogota: Distribuna.
- ❖ Roura, C. I. (2015). Medicina Materno-fetal. En C. I. Roura, *Medicina Materno-fetal* (pág. 96). Barcelona: ergon.
- ❖ Roura, C. (2013). Prevención parto pretérmino. En C. Roura, *Tratado de ginecología y obstetricia* (pág. 1257).
- ❖ Roura, L. C. (2013). Diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto prematuro. En L. C. Roura, *Tratado de ginecología y obstetricia* (pág. 1263). Bogotá: Panamericana.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	Actividad	Febrero				Marzo				abril				Mayo				Junio				julio				Agosto				septiembre				Octubr e				noviembr e			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Determinación del problema de investigación																																								
2	Planteamiento del problema, Formulación de objetivos y Delimitación del tema																																								
3	Elaboración de perfil																																								
4	Revisión y aprobación de perfil por asesor																																								
5	Entrega de perfil para aprobación por UES																																								
6	Elaboración de protocolo de investigación																																								
7	Revisión y aprobación de protocolo por asesor																																								
10	Recolección de datos y revisión de expedientes clínicos																																								
11	Construcción de base de datos																																								
12	Análisis e interpretación de base de datos.																																								
13	Elaboración de informe preliminar																																								
14	Revisión de informe preliminar por asesor.																																								
15	Elaboración de informe final																																								
16	Revisión y aprobación de informe final																																								
17	Entrega de informe final																																								
18	Defensa de trabajo de investigación																																								

14. PRESUPUESTO

Rubro		Fecha del gasto	Precio unitario	Precio total
Materiales	4 Resmas de papel Bond Tamaña carta	Febrero- Noviembre	\$5.00 dólares	\$20.00
	5 Folders tamaño carta	Febrero- Noviembre	\$0.25 c/u dólares	\$1.25
	1 Caja de lapiceros negros	Febrero- Noviembre	\$1.00 dólares	\$1.00
	Fotocopias. de perfil, protocolo, trabajo final	Marzo – Noviembre	\$0.02ctv.c/u	\$10.00
	Impresión de perfil, protocolo, trabajo final	Marzo – Noviembre	0.05 ctv c/u	\$15.00
	Anillado	Marzo- Noviembre	\$1.5 c/u (4 anillados)	\$6.00
	CD`s	Mayo – Noviembre	\$0.25 c/u (5 CD`s)	\$1.25
Defensa de Tesis	Arreglos	Noviembre	\$35.00	\$35.00
	Refrigerio	Noviembre	\$60.00	\$60.00
	Vestuario	Noviembre	\$20.00 c/u	\$40.00
	Material didáctico	Noviembre	\$5.00	\$5.00
Total.				\$194.5

15. ANEXOS MARCO TEORICO

Cuadro 1.0

Recurrencia de partos prematuros espontáneos según el desenlace anterior	
Desenlace del parto	
Primer parto mayor o igual 35 semanas	5
Primer parto menor o igual a 34 semanas	16
Primero y segundo partos menor o igual 34 semanas	41

(obstetricia Williams) Pagina 812

Amenaza de parto prematuro. Factores epidemiológicos y probable etiología

Cuadro 2.

Maternos	Bajo nivel socioeconómico Edad menor a 15 años Más de 15 cigarrillos por día Preso pregravido menor a 40 kg Menor a 4 controles prenatales Analfabetismo Narcoadiccion Infección: Cervicovainal Anomalías uterocervicales (incompetencia istmicocervical, malformaciones uterinas, miomatosis Patologías que producen hipoxia: cardiopatías, ama, alteraciones hematológicas, diabetes vascular, hipertensión arterial crónica. Antecedentes de abortos o de partos prematuros Exceso de actividad sexual Iatrogenia
Fetales	Embarazo múltiple Malformaciones congénitas RCIU Obito fetal
Liquido amniótico	Polihidramnios

	oligohidramnios
Placentarios	De implantación: Placenta previa- abruptio placenta Morfológicas: Placenta circunvalada, hemangiomas, inserción marginal del cordón umbilical, tumores. Funcionales: Hipertensión arterial Infartos

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Cuadro 3.

Objetivo general	Objetivo específico 1	Variable definición	Indicadores	Como se recogerán los datos Técnica	Que preguntas si es encuesta o entrevista o acciones se harán si es otra forma de recolección de datos	Fuente de donde se recolectará la información
Conocer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de julio a diciembre de 2015.	Identificar las principales causas de la amenaza de parto prematuro	Amenaza de parto prematuro Exposición a un agente durante un período corto de tiempo	A. Indicador A variable 1 Pacientes que ingresan al servicio de ginecología por amenaza de parto prematuro	Revisión documental de expedientes clínicos	Servicio de ingreso Motivo de ingreso	Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana
			B. Indicador B variable 1 Causas de amenaza de parto prematuro	Revisión de expedientes clínicos	Patología sobreagregada	Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana

Cuadro 4.

Objetivo general	Objetivo específico 1	Variable definición	Indicadores	Como se recogerá en los datos Técnica	Que preguntas si es encuesta o entrevista o acciones se harán si es otra forma de recolección de datos	Fuente de donde se recolectará la información
Conocer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana de julio a diciembre de 2015.	2. Determinar las principales características epidemiológicas	Caracterización epidemiológica: conjunto de característica o atributos peculiares que permitan distinguir a una patología de otra	A. Indicador A variable 2 Datos demográficos	Revisión documental de expedientes clínicos	Edad de paciente Origen del paciente Procedencia del paciente	Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana
		B. Indicador B variable 2 Datos obstetricos	Revisión documental de expedientes clínicos	Gravidez Paridad Partos a término Partos pretérmino	Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana	
		Variable 2 objetivo 2 Característica epidemiológica de pacientes con amenaza de parto prematuro	C. Indicador B variable 2 Nivel de educación de las pacientes con amenaza de parto prematuro	Revisión documental de expedientes clínicos	Nivel de educación	Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana
			D. Indicador C de variable 2 Condición económica de pacientes con amenaza de parto prematuro	Revisión documental de expedientes clínicos	Situación laboral	Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana

			E. Indicador D variable 2 Grupo familiar	Revisión de expedient es clínicos	Estado familiar	Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana
--	--	--	---	---	--------------------	--

Cuadro 5.

Objetivo general	Objetivo específico 1	Variable definición	Indicadores	Como se recogerá en los datos Técnica	Que preguntas si es encuesta o entrevista o acciones se harán si es otra forma de recolección de datos	Fuente de donde se recolectará la información
<p>Conocer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana de julio a diciembre de 2015.</p>	<p>3. Determinar los marcadores de laboratorio, clínicos y ecográficos que ayudan a diagnosticar a las pacientes con amenaza de parto prematuro</p>	<p>Métodos de diagnóstico que se utilizan en las pacientes con amenaza de parto prematuro</p>	<p>A. Indicador A variable 3 Toma de ultrasonografía</p>	<p>Revisión documental de expedientes clínicos</p>	<p>Edad gestacional Índice de líquido amniótico Tipo de placenta Malformaciones congénitas</p>	<p>Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana</p>
		<p>Variable 3 objetivo 3 marcadores de diagnóstico de pacientes con amenaza de parto prematuro</p>	<p>B. Indicador B variable 3 Toma de examen general de orina</p>	<p>Revisión documental de expedientes clínicos</p>	<p>Examen general de orina positivo o negativo</p>	<p>Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana</p>
		<p>Variable 3 objetivo 3 marcadores de diagnóstico de pacientes con amenaza de parto prematuro</p>	<p>C. Indicador C de variable 3 Toma de urocultivo</p>	<p>Revisión documental de expedientes clínicos</p>	<p>Urocultivo positivo o negativo</p>	<p>Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana</p>
			<p>D. Indicador D variable 3 Toma de directo y cultivo de secreción vaginal</p>	<p>Revisión de expedientes clínicos</p>	<p>Cultivo de secreción vaginal positivo o negativo</p>	<p>Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana</p>

Cuadro 6.

Objetivo general	Objetivo específico 1	Variable definición	Indicadores	Como se recogerán los datos Técnica	Que preguntas si es encuesta o entrevista o acciones se harán si es otra forma de recolección de datos	Fuente de donde se recolectará la información
<p>Conocer las características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana de julio a diciembre de 2015.</p>	<p>4. Conocer el manejo brindado de las pacientes ingresadas con amenaza de parto prematuro</p>	<p>Tratamiento médico en pacientes con amenaza de parto prematuro</p>	<p>A. Indicador A variable 3 Uteroinhibición</p>	<p>Revisión documental de expedientes clínicos</p>	<p>Edad gestacional Patología sobreagregada</p>	<p>Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana</p>
		<p>Variable 4 objetivo 4 manejo médico en pacientes con amenaza de parto prematuro</p>	<p>B. Indicador B variable Maduración pulmonar</p>	<p>Revisión documental de expedientes clínicos</p>	<p>Edad gestacional Patología sobreagregada</p>	<p>Archivos de Hospital San Juan de Dios Santa Ana</p>

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POST GRADO



BOLETA DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACION

NOMBRE DE INVESTIGACIÓN

Características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana durante el período comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2015.

Objetivo 1

Identificar las principales causas de la amenaza de parto prematuro de las pacientes ingresadas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional

San Juan de Dios de Santa Ana durante el período comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2015.

1.1 Servicio de ingreso:

- a) Partos
- b) Espera
- c) Alto riesgo
- d) Ginecología

1.2 Motivo de ingreso:

- a) Dolor
- b) Disuria
- c) Sangrado transvaginal
- d) Amniorrea

Objetivo 2

Determinar las principales características epidemiológicas de las pacientes ingresadas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana durante el período comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2015.

2.1 Edad de paciente

- a) 12 a 19 años
- b) 20 a 29 años
- c) 30 a 39 años
- d) 40 a 49 años

2.2 Origen de procedencia:

- a) Urbano
- b) Rural

2.3 Gravidéz de paciente:

- a) G1
- b) G2
- c) G3
- d) G4 o mas

2.4 Nivel de educación

- a) Ninguna
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Universidad

2.5 Situación laboral:

- a) Oficios domésticos
- b) Empleada

2.6 Estado familiar:

- a) Casada
- b) Acompañada
- c) Soltera
- d) Divorciada
- e) Viuda

Objetivo 3

Determinar los marcadores de laboratorio, clínicos y ecográficos que ayudan a diagnosticar a las pacientes con amenaza de parto prematuro ingresadas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa

Ana durante el período comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2015.

3.1 Toma de ultrasonografía:

- a) Edad gestacional
- b) Localización placentaria
- c) Índice de liquido amniótico
- d) Malformaciones uterinas
- e) Malformaciones fetales

3.2 Toma de examen general de orina

- a) Si
- b) No

3.3 Examen general de orina

- A) Positivo
- B) Negativo

3.4 Toma de urocultivo:

- a) Si
- b) No

3.5 Urocultivo:

- a) Positivo
- b) Negativo

3.6 Toma de cultivo de secreción vaginal

- a) Si
- b) No

3.7 Directo y cultivo:

- a) Positivo:
- b) Negativo

Objetivo 4:

Conocer el manejo brindado de las pacientes ingresadas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana durante el período comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2015.

- a) Uteroinhibición
- b) Maduración pulmonar
- c) Utilización de antibiotico

PROCESAMIENTO DE DATOS

Tabla 1.

Servicio de ingreso de amenaza de parto prematuro	Número de pacientes
Partos	80
Espera	2
Alto riesgo	0
Ginecología	0
Total de pacientes	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 2.

Motivo de ingreso de paciente con APP	Numero de paciente
Dolor	69
Disuria	8
Sangrado transvaginal	2
Amniorrea	3
Total de paciente	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 3.

Edad de paciente	Numero de paciente
12-19 años	24
20-29 años	42
30-39 años	14
40-49 años	2
Total de pacientes	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 4.

Origen de paciente	Numero de paciente
Urbano	33
Rural	49
Total de paciente	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 5.

Gravidez de paciente	Numero de paciente
Gravidez 1	36
Gravidez 2	22
Gravidez 3	11
Gravidez 4 o mas	13
Total de paciente	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 6.

Nivel de educación de paciente	Numero de paciente
Ninguno	6
Primaria	50
Secundaria	23
Universitaria	3
Total de pacientes	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 7.

Estado familiar de paciente	Numero de paciente
Casada	18
Acompañada	48
Soltera	13
Divorciada	1
Viuda	2
Total de pacientes	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 8.

Toma de ultrasonografía	Número de pacientes
Si	44
No	38
Número de pacientes	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 9.

Resultado de ultrasonografía	Número de pacientes
Normal	18
Anormal	26
Número de pacientes	44

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 10.

Alteración de ultrasonografía	Número de pacientes
Localización anormal de placenta	6
Anormalidad del líquido amniótico	9
Malformación uterina	2
Malformación fetal	6
Presentación anormal	3
Total de pacientes	26

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 11.

Toma de examen general de orina	Número de pacientes
Si	76
No	6
Total de pacientes	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 12.

Resultado de examen general de orina	Número de pacientes
Positivo	35
Negativo	41
Total de pacientes	76

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 13.

Toma de urocultivo	Número de pacientes
Si	51
No	31
Total de pacientes	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 14.

Resultado de urocultivo	Número de pacientes
Positivo	12
Negativo	39
Total de pacientes	51

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 15.

Toma de cultivo de secreción vaginal	Número de pacientes
Si	65
No	17
Total de pacientes	82

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 16.

Resultado de cultivo de secreción vaginal	Número de pacientes
Positivo	3
Negativo	62
Total de pacientes	65

Fuente: recolección de datos de expediente clínico

Tabla 17.

Manejo brindado a pacientes con APP	Número de pacientes
Uteroinhibición	63
Maduración pulmonar	31
Utilización de antibiótico	20

Fuente: recolección de datos de expediente clínico.