

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSTGRADO**



TRABAJO DE POSGRADO

**“PRINCIPALES CAUSAS QUE DESENCADENAN, AMENAZA DE PARTO
PREMATURO EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE
SANTA ANA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 DE JULIO AL
31 DE DICIEMBRE DE 2016”**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

ESPECIALIDAD MEDICA EN GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICIA

PRESENTADO POR:

DRA. HERNÁNDEZ ALEMÁN, NORMA OLIVIA
DRA. MEJÍA ORTIZ, ELIDA ELIZABETH

DOCENTE DIRECTOR:

DR. MAURICIO ENRIQUE GODOY SANDOVAL

DICIEMBRE 2017

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ABREGO

VICE – RECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ÁLVAREZ

VICE -RECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

MSC. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERCHOS UNIVERSITARIOS

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

DECANO

ING. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

VICE-DECANO

LICENCIADO DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO DE LA FACULTAD

MSC. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE POSGRADO

INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCION _____	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	7
2. JUSTIFICACION _____	9
3. OBJETIVOS _____	10
3.1. OBJETIVO GENERAL _____	10
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS _____	10
4. MARCO TEORICO _____	11
4.1. PARTO PRETERMINO _____	11
4.2. DIAGNOSTICO _____	14
4.3. MANEJO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO _____	14
4.4. EFECTOS UTERINOS Y CARDIOVASCULARES _____	16
4.5. UTILIDAD DE LA PROGESTERONA EN LA PREVENCION DEL PARTO PRETERMINO _____	18
4.6. FARMACOS INDUCTORES DE MADUREZ PULMONAR _____	19
4.7. ANTIBIOTICO _____	19
4.8. MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO _____	19
4.9. PARTO EN EL FETO PRETERMINO _____	23
4.10. PREVENCIÓN DEL PARTO PRETERMINO _____	24
5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN _____	26
5.1. ÁREA DE INVESTIGACIÓN _____	26
5.2. TIPO DE ESTUDIO _____	26
5.3. POBLACIÓN _____	26
5.4. UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO _____	26
5.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN _____	26
5.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN _____	27
5.5. INSTRUMENTO DE MEDICION _____	27
5.6. PROCESAMIENTO DE DATOS _____	27
6. CONSIDERACIONES ETICAS _____	28
7. ANALISIS DE DATOS _____	29

7.1 OBJETIVO 1: ENUMERAR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO _____	29
7.2 OBJETIVO 2: ESTABLECER LOS MARCADORES DE EXÁMENES DE LABORATORIO, CLÍNICOS Y ECOGRÁFICOS QUE AYUDAN A DIAGNOSTICAR A LAS EMBARAZADAS CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO _____	35
7.3 OBJETIVO 3: DESCRIBIR EL MANEJO BRINDADO DE LAS EMBARAZADAS CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO INGRESADAS EN EL ÁREA DE OBSTETRICIA _____	40
8 DISCUSION _____	44
9 CONCLUSIONES _____	46
10 RECOMENDACIONES _____	48
11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES _____	49
12 PRESUPUESTO _____	50
13 BIBLIOGRAFIA _____	51
14 ANEXOS _____	52

I. Introducción

El parto pretérmino continua siendo en la actualidad uno de los mayores problemas de la medicina perinatal. Su incidencia es cada vez mayor y junto a las malformaciones congénitas es la principal causa de morbimortalidad perinatal. En El Salvador según el informe de labores del ministerio de salud del total de nacidos vivos, el 8.97% son prematuros. Aunque la mejoría en los cuidados perinatales ha servido para aumentar en gran medida la supervivencia de los recién nacidos pretérminos, el coste tanto social como familiar y económico que generan, y el riesgo de secuelas que presentan los que sobreviven, hacen que la prevención de la prematuridad sea uno de nuestros mayores retos.

Es por esta razón que se vuelve imprescindible identificar las principales causas que desencadenan el parto pretérmino, por lo que en dicho estudio se observó que los procesos infecciosos en particular la infección de vías urinarias desencadenan la amenaza de parto pretermino, que en ocasiones terminan en parto prematuro en evolución, en el área de obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

La prevención de la prematuridad puede realizarse a diferentes niveles: como un nivel primario, mediante la eliminación de los diferentes factores de riesgo de prematuridad; a nivel secundario, actuando sobre las gestantes de riesgo elevado, y finalmente, a nivel terciario tratando la amenaza de parto pretérmino una vez instaurada.

En ese sentido el presente trabajo pretende dar a conocer la cantidad de pacientes obstétricas que son detectadas con diagnostico de Amenaza de parto pretérmino, detectando las principales causas que lo desencadenan en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana mejorando la prevención, manejo y tratamiento adecuado.

1. Planteamiento del problema

La amenaza de parto prematuro (APP) es la presencia de contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos) con dilatación cervical de 3cm antes de las 37 semanas de embarazo.

Esta complicación obstétrica ocurre en 5 a 10 % del total de nacimientos, incidencia que no ha cambiado por décadas. A pesar de la agresiva terapia tocolítica y las múltiples investigaciones en la etiopatogenia, los programas para prevención han tenido poco impacto institucional. Ya que este se considera como un síndrome caracterizado por borramiento y dilatación del cuello uterino, o por aumento de la irritabilidad uterina a causa de diversos factores que varían según la edad gestacional, como la infección sistemática e intrauterina, la isquemia uteroplacentaria, la excesiva distensión del útero y las respuestas inmunológicas anormales del feto o la madre.

La ruptura prematura de membranas es quizá la patología más asociada al parto pre término y a complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan corioamnionitis y septicemia neonatal. La ruptura prematura de membranas desencadena trabajo de parto espontáneo en más de 90 % de los casos dentro de las primeras 24 horas. El parto pretérmino ha sido y continúa siendo uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal. Observando un total de 223 casos en el año 2016 con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

Además existen factores de riesgo que desencadenan amenaza de parto prematuro que incluye estado civil, nivel socioeconómico, estrés, factores psicógenos, edad, talla y peso materno; violencia intrafamiliar, historia médica previa que comprende abortos, pielonefritis o parto pre termino; competencia cervical, traumatismos maternos, vaginosis bacteriana/ ITS, enfermedad

periodontal, cirugías durante el embarazo, neumonías, enfermedades crónicas maternas (endocrinas, metabólicas, cardiopatías, hipertensión arterial durante el embarazo) hábitos cotidianos como el consumo de cigarrillo > 10/día y trabajo pesado y estresante; y aspectos del embarazo actual como la ganancia de peso, placenta previa, hidramnios o cuello corto. Infecciones del tracto genital, de las vías urinarias, la anemia, preeclampsia o la ruptura prematura de membranas, aumentan las probabilidades de terminar el embarazo antes de las 37 semanas del nacimiento.

Las principales complicaciones neonatales que produce la amenaza de parto prematuro se encuentran el síndrome de membrana hialina (50%), la hemorragia interventricular y la retinopatía (16%), enterocolitis necrotizante (3%)

(Williams 2006, capítulo 36, Pag.807).

Por lo que es de importancia abordar dicho tema, y contribuir con una adecuada atención a las usuarias embarazadas.

Con la investigación se pretende conocer y brindar información clara y específica sobre los Principales causas que desencadenan amenaza de parto prematuro a las usuarias embarazadas que acuden a dicho centro de salud, y las complicaciones a causa de esta patología tanto en la salud de la usuaria y en la del producto, evitando problemas graves que pongan en peligro sus vidas.

2. Justificación

La amenaza de parto prematuro es un síndrome caracterizado por el borramiento y dilatación del cuello uterino, o por aumento de la irritabilidad uterina a causa de diversos factores que varían según la edad gestacional, como la infección sistemática e intrauterina, la isquemia útero placentaria, la excesiva distensión del útero y las respuestas inmunológicas anormales del feto o la madre. (Revista obstétrica y ginecológica de Venezuela sección 66 pag1-5)

Es por ello, importante determinar los factores y principales causas que predispongan a desencadenar Amenaza de parto prematuro, en las embarazadas que consultan en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana; para brindar un tratamiento adecuado y oportuno, evitando que finalice en un parto prematuro. Por tal razón es necesario orientar a la mujer desde las primeras semanas de embarazo a reconocer cuales son las medidas de seguridad, ya que al contar con el apoyo de las usuarias y del personal de salud esta patología puede prevenirse y así culminar un embarazo sin riesgo.

Con esta investigación se pretende beneficiar a las embarazadas que consulta con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, ya que al conocer las principales causas que influyen en dicho problema, se puede intervenir de una forma oportuna, adecuada, eficaz y al mismo tiempo disminuir la morbimortalidad y así brindar más seguridad y confianza a la usuaria embarazada. Se considera que es indispensable buscar la manera más adecuada de proveer la información correcta y asimilable para las embarazadas y evitar efectos indeseables, obteniendo resultados positivos, lo que permite contribuir a la adecuada salud de la mujer, recién nacido y familia.

3. Objetivos

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Investigar las principales causas que desencadenan, amenaza de parto prematuro en obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana durante el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2016

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Enumerar las principales características epidemiológicas de las embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

3.2.2 Establecer los marcadores de exámenes de laboratorio, clínicos y ecográficos que ayudan a diagnosticar a las embarazadas con amenaza de parto prematuro.

3.2.3 Describir el manejo brindado de las embarazadas con amenaza de parto prematuro ingresadas en el área de obstetricia.

3.2.4 Identificar si las infecciones de vías urinarias son la principal causa desencadenante de la amenaza de parto prematuro en las embarazadas que consultan en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

4. Marco teórico

4.1 Parto Pretérmino

El parto pretérmino es la causa más importante de acontecimientos adversos perinatales, tanto en términos de morbilidad como calidad de vida. Así, el bajo peso se considera responsable del 75% de las muertes perinatales y del 50% de las lesiones neurológicas definitivas que se presentan.

En la prematurez existen tres definiciones que deben tenerse en cuenta: una basada en la edad gestacional menor de 37 semanas de amenorrea (ó 259 días) calculada a partir del primer día de la fecha de ultima regla, son los recién nacidos pretérmino (RNP) (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 369).

Esta definición en ocasiones es inadecuada o incompleta pues una parte de nuestra población obstétrica desconoce con exactitud la fecha de su última regla, tiene ciclos menstruales irregulares cortos o largos o han utilizado anticonceptivos hormonales en los meses previos al embarazo. Una segunda definición retrospectiva, considera a todo recién nacido con más de 500 y menos de 2500 gramos de peso, independiente de la edad gestacional. Son los recién nacidos de bajo peso al nacer (BPN) esta categoría incluye a los nacidos antes de las 37 semanas, de termino entre 37 y 42 semanas, y postérmino mas de 42 semanas, y que al nacer pesen menos de 2500 gramos.

Una tercera definición se considera como pretérmino aquellos embarazos que cursan entre las 20 y 37 semanas de amenorrea confiable y cuyos recién nacidos tienen entre 500 y 2,499 gramos al nacer.

El parto pretérmino implica así mismo un gran consumo de recursos sanitarios destinados a la atención de este tipo de recién nacidos. En este sentido, las evidencias actuales indican que la morbimortalidad del parto pretérmino puede reducirse realizando un diagnostico precoz y más exacto de la amenaza de parto pretérmino.

4.1.1 Factores maternos:

La embarazada menor de 15 años tiene una alta frecuencia de nacimiento pretérmino esta frecuencia va disminuyendo a medida avanza la edad de la madre y aumenta alrededor de los 40 años. El habito de fumar es otra causa de parto pretérmino se conoce que hijos de madres fumadoras tienen entre 70 y 250 gramos de peso menos que los hijos de madres no fumadores. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 372).

Otras causas son los embarazos gemelares, pocos controles prenatales, menos de 4 controles, el analfabetismo son causas menos frecuentes de parto pretérmino.

Las madres adictas a la cocaína tienen mayor incidencia de parto pretérmino, tienen un peso menor de 154 gramos y una talla menor de 1,02 cm y menor circunferencia cefálica 0,69 cm.

Las alteraciones cervicovaginales, malformaciones uterinas, miomas se asocian a parto pretérmino en la segunda mitad de la gestación, entre las 20 y 30 semanas el reconocimiento precoz de esta patología y su manejo quirúrgico es muy importante para su manejo ya que las probabilidades de éxito del cerclaje de cérvix son inversamente proporcionales a la edad gestacional.

4.1.2 Infecciones maternas:

La infección de vías urinarias es una causa principal de parto pretérmino por la bacteriuria asintomática un 25% de las mujeres desarrollan pielonefritis por lo que debe tomarse urocultivo en el primer control prenatal. Por otra parte la microflora vaginal y la respuesta inflamatoria que ella producen genera parto pretérmino y ruptura de membranas ovulares las bacterias que se aíslan en la vagina constituyen dos grupos: uno llamado vaginosis bacteriana, constituido por gardnerella vaginalis y ureaplasma urealyticum. (Asociados a un PH de 5,4) un segundo grupo llamado bacterias

enterofaríngeas y del intestino como la E.coli y estafilococo aureus. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 373).

Entre las infecciones maternas hay que mencionar la corioamnionitis subclínica o asintomática la cual es responsable del 30% de los partos pretérmino la confirmación se hace con coloración de Gram en líquido amniótico obtenido por vía transparieto-abdominal.

Existen otras alteraciones como el asma, diabetes, hipertensión arterial, alteraciones hematológicas, preeclampsia, placenta previa, abrupcio placentario entre otras estas entidades disminuyen el aporte de oxígeno al feto lo que producen partos de bajo peso al nacer.

Periodontitis: la inflamación de las encías crónica por anaerobios que afecta hasta a 50% de las embarazadas, se relaciona en grado significativo con el parto pretérmino

4.1.3 Factores fetales y ovulares:

Las malformaciones congénitas es una causa principal por lo que todo amenaza de parto pretérmino debe realizarse ecografía para detectar malformaciones fetales especialmente del tubo neural. Los embarazos múltiples también tienen alta incidencia en la amenaza de parto prematuro por inicio pretermino en las contracciones uterinas que pueden dar lugar entre la semana 32 y 35 de gestación (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 374).

Entre los factores ovulares se destaca la ruptura prematura de membranas el cual constituye el principal factor etiológico de recién nacido pretérmino en la población otras alteraciones es el aumento de líquido amniótico y la disminución del mismo, el polihidramnios relacionado con malformaciones fetales del tracto intestinal. Y el oligoamnios relacionado con síndrome de Potter (agenesia renal e hipoplasia pulmonar).

4.2 Diagnostico.

El éxito de la prevención del nacimiento pretérmino está basada en el conocimiento de los factores que aumentan el riesgo de prematurez y en el diagnostico precoz de la amenaza de parto pretérmino a fin de establecer oportunamente el tratamiento indicado. Cuando solo hay contractilidad uterina aumentada (por encima de lo normal para la edad gestacional) hablamos de amenaza pretérmino si además de las contracciones alteradas hay modificaciones cervicales hablamos de trabajo de parto pretérmino si hay modificación cervical sin contracción uterina se refiere a incompetencia cervical.

La diferenciación oportuna entre el trabajo de parto verdadero y falso es difícil antes que haya un borramiento y una dilatación demostrable del cuello uterino (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 375).

4.2.1 El diagnostico se basa en las siguientes características:

- Edad gestacional entre 20 y 37 semanas confiable a partir de la fecha de ultima regla.
- La presencia de contracciones uterinas mayor de una en 10 minutos duración mayor de 30 segundos, durante un periodo de 30 minutos.
- Modificaciones en el cérvix uterino en su posición, borramiento o dilatación. Si solamente hay contractilidad uterina aumentada sin modificaciones cervicales se hace diagnostico de “amenaza de parto pretérmino”.

4.3 Manejo de la amenaza de parto pretérmino:

Si solo hay contractilidad aumentada y no cambios cervicales, se maneja ambulatoriamente con reposo en cama, hidratación oral, un fármaco calcioantagonista por vía oral (nifedipina 20mg inicialmente luego 10mg cada 6 horas)

En cuanto al tratamiento farmacológico: existen dos grupos de fármacos: los uteroinhibidores y los inductores de maduración pulmonar fetal. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 375).

Fármacos uteroinhibidores tenemos los estimulantes de los adrenoreceptores beta: fenoterol, terbutalina, salbutamol, ritodrine.

Inhibidores de las prostaglandinas: no selectivos indometacina, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno. Y los selectivos inhibidores de la ciclo oxigenasa tipo 2, nimesulide.

Bloqueadores de los canales de calcio: nifedipina o nimodipine

Sulfato de magnesio.

4.3.1 Calcioantagonistas:

Bloquea la entrada de calcio a las células disminuyendo la contractilidad del útero, corazón, vasos sanguíneos. El de elección es la nifedipina se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal alcanzando niveles plasmáticos en un lapso de 5 minutos aunque su concentración máxima se da a los 30 minutos se metaboliza en el hígado se excreta vía renal. Los efectos cardiacos son menores (taquicardia e hipotensión arterial). (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 376).

4.3.2 Sulfato de magnesio:

Además del efecto convulsivo de la preeclampsia, tiene efecto uteroinhibidor efecto producido por un antagonismo del ion magnesio sobre el calcio disminuyendo la concentración de este a nivel intracelular, produciéndose así relajación muscular.

Para obtener la uteroinhibición efectiva el sulfato debe administrarse vía endovenosa dosis de 4 gramos seguido de infusión de 2 gramos por hora. Esto reduce el riesgo de parto pretérmino y el riesgo de parálisis cerebral en el recién nacido pero tiene efectos adversos en la madre como sofocos, sudor, náuseas, vómitos, cefalea y palpitaciones.

4.3.3 Fármacos Betalactámicos:

Lo ideal en la prevención y manejo del parto pretérmino sería seleccionar un fármaco que fuera estimulante selectivo o casi selectivo de los receptores beta 2 miméticos con poco o ningún efecto sobre los receptores beta-1, estos se unen en la membrana celular se estimula la enzima adenilciclase lo cual inhibe la miosina produciendo relajación muscular. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 377).

4.4 Efectos uterinos y cardiovasculares:

Después de 48 horas cesa el efecto tocolítico probablemente porque presenta taquifilaxia si persiste la actividad uterina debe de cambiarse uteroinhibidor y buscar el origen de la etiología de las contracciones uterinas en la actualidad solo se recomienda usar fármacos betamiméticos solo por periodos de 48 a 72 horas.

4.4.1 Efectos fetales: el efecto más importante es la taquicardia aunque se produce con menor intensidad en un 50%.

Fenoterol: beta estimulante con afinidad casi selectiva por los receptores beta 2 con pocos efectos beta 1 y sin efecto sobre los receptores alfa por lo tanto se utiliza para inhibir contractilidad uterina en parto pretérmino con mínimos efectos cardiovasculares la dosis inicial 2,5 á 10 mg que se repiten cada 4 á 6 horas. La frecuencia cardiaca materna se incrementa 22 latidos por minutos y 7 latidos fetales otros fármacos han demostrado ser igual de efectivos como uteroinhibidores entre ellos están orciprenalina, isoxsuprina, el salbutamol, la terbutalina, el ritrodrene.

4.4.2 Fármacos inhibidores de las prostaglandinas: inhiben la adenilciclase disminuyendo la conversión de ATP en AMPc con el consiguiente calcio libre intracelular por otra parte se ha demostrado que la síntesis y liberación de las prostaglandinas en las células miometriales puede ser inhibida en un 80 á 90% por fármacos antiinflamatorios del tipo de la indometacina, aspirina, ibuprofeno, el naproxeno inhibiendo la contractilidad uterina en el parto pretérmino de estos la indometacina es la que mayor efecto tocolítico tiene menos efectos colaterales. La dosis inicial es 100mg por día

durante 3 días, si se utiliza aspirina son 4 gramos / día hasta completar una semana de tratamiento. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 381).

Las dosis de naproxeno como uteroinhibidor es de 275mg oral, 4 veces al día y la del ácido flufenámico es de 200 mg vía oral 4 veces al día. El ibuprofeno en dosis de 600 mg tres veces al día vía oral.

Efectos adversos sobre el binomio madre-feto, sobre la madre efectos colaterales incluyen úlcera péptica, perforación gastrointestinal, hemorragia, depresión de la médula ósea y están en relación directa con la dosis y el tiempo de administración. Entre los efectos perinatales están: cierre prematuro del ductus arterioso que puede llevar a falla cardíaca derecha y muerte fetal, persistencia de hipertensión pulmonar neonatal, disminución de la agregación plaquetaria y producción de oligohidramnios.

Sin embargo, en el feto humano, cuando estas drogas se administran a la mujer embarazada antes de las 32 semanas para inhibir la contractibilidad uterina, a la dosis y durante el tiempo ya mencionado, ninguno de estos fenómenos ha sido reportado.

Es decir, que cuando la nifedipina falle como uteroinhibidor, podemos utilizar la indometacina entre las 24 y 32 semanas en dosis de 100 mg por día por periodos cortos (3 días) y con evolución ecográfica de líquido amniótico.

4.4.3 Inhibidores de la fosfodiesterasa

Se ha postulado que las metilxantinas, entre las cuales figuran la aminofilina, la papaverina y la teofilina, inhiben la contractilidad uterina por su efecto inhibitorio sobre la fosfodiesterasa. En este grupo de fármacos inhibidores la teofilina ha sido utilizada en el manejo del parto pretérmino bien sola o en unión de betamiméticos.

4.4.4 Antagonistas de la oxitocina (ATOSIBÁN)

Se ha desarrollado un nuevo fármaco tocolítico que por su efecto exclusivo sobre la fibra muscular uterina bloqueando los receptores para oxitocina puede en el futuro tener lugar en el manejo del parto pretérmino. Este agonista Atosibán por su alta útero especificidad

utilizado en ensayos clínicos para el manejo de parto pretérmino con muy buenos resultados. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 382).

Aun falta experiencia clínica para aconsejar este fármaco, pero constituye un avance significativo en el manejo del parto pretérmino espontáneo.

4.5 Utilidad de la progesterona en la prevención del parto pretérmino.

Publicaciones en la última década, particularmente con estudios por ultrasonido transvaginal de la longitud del cuello en el 2 ° trimestre de gestación han permitido avances importantes en la prevención de esta patología, sobre todo en las siguientes situaciones: (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 383).

4.5.1 PREVENCIÓN DE RECURRENCIA DEL PARTO PRETÉRMINO

Debido al alto riesgo de recurrencia que presentan una paciente en la cual exista el antecedente de parto pretérmino de etiología desconocida, se ha publicado trabajos mostrando la eficacia de la progesterona en la prevención de recurrencia del parto pretérmino.

Desde hace muchos años ha sido considerada la progesterona como hormona clave para mantener el embarazo. Estas acciones están mediadas por efectos genómicos y no genómicos que se han estudiado en el cuello uterino, miometrio, esperma, etc.

Las dosis a utilizar son 250 mg I.M. de progesterona cada semana desde el inicio del segundo trimestre. Si se desea utilizar la vía oral o intravaginal se administran dosis de 200 mg día. Siendo administrado hasta la semana 34.

4.5.2 EN CUELLO UTERINO CORTO POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL

Se puede utilizar la progesterona micronizada en gel vaginal 90 mg por día disminuyendo la tasa de parto pretérmino, es decir que hay evidencias suficientes que recomiendan el uso de agentes progestacionales en pacientes de alto riesgo de parto pretérmino.

4.6 Fármacos inductores de madurez pulmonar

Hasta la semana 34 de gestación, el principal problema para la supervivencia de los recién nacidos de pretérmino es el desarrollo y maduración de los neumocitos tipo 2 en el árbol pulmonar con la consecuente síntesis de surfactante. Si se administra corticoesteroides al feto vía materna, la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria en los recién nacidos pretérmino es menor, siempre y cuando el nacimiento se produzca entre 48 horas y 7 días después de la aplicación de dos dosis consecutivas de 12 mg I.M. de betametasona (24 mg en total). Como fármaco alternativo puede utilizarse también la dexametasona en dosis total 24 mg (6mg vía e.v. cada 6 horas).

4.7 Antibióticos

De acuerdo con el conocimiento actual de la posible etiología infecciosa en el desencadenamiento de las contracciones uterinas que originan el parto pretérmino, algunos investigadores han propuesto el uso de antibióticos en el esquema de manejo de esta patología.

Sin embargo, cuando se comprueba el diagnóstico de vaginosis, debe adicionarse metronidazol o clindamicina (ambas por vía oral), siendo más efectiva la clindamicina en la segunda mitad de la gestación. En estos casos han mostrado que disminuye significativamente el riesgo de parto pretérmino, ruptura de membranas pretérmino y bajo peso al nacer. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 384).

4.8 MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

Debe realizarse una historia clínica completa enfatizando en la búsqueda de factores de riesgo que producen parto pretérmino. Se hospitaliza a la paciente y se realiza tratamiento farmacológico para inhibir la contractilidad uterina y a la vez inducir la maduración pulmonar en el feto.

Los fármacos de elección son los calcioantagonistas (nifedipina) 10-20 mg 1 a 2 capsulas vía oral inicialmente seguida de 10 mg cada 4 a 6 horas. Si el embarazo es muy lejos del término (8 menos de 32 semanas) y la contractilidad uterina está muy aumentada puede considerarse la posibilidad de utilizar simultáneamente una antiprostaglandina. Preferimos la indometacina en dosis de 100mg vía oral día (1 cap de 25 mg cada seis horas) durante tres días. El uso simultaneo de la antiprostaglandina potencia el efecto uteroinhibidor del otro tocolítico con menores efectos colaterales posibles.

Además del uteroinhibidor, debemos administrar un inductor de la maduración pulmonar fetal, 48 horas después del administrar el glucocorticoide se considera que el efecto es óptimo. Debe solicitarse, además exámenes de laboratorio: leucograma, examen de orina, VDRL, anticuerpos para toxoplasma, cultivos de orina y de vagina, GRAM y directo de exudado vaginal (para gardnerella y frotis para estreptococo B hemolítico), PCR, ultrasonido para evaluación de la anatomía fetal, signos de hipoxia fetal y ILA), anticuerpos antifosfolípidos. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 385).

En el posparto debe hacerse análisis histopatológico de la placenta e histerosalpingografía siempre con el objetivo de encontrar posibles causas del parto pretérmino y realizar un tratamiento adecuado en el intervalo intergenésico, para que, en lo posible esta patología no vuelva a repetirse.

4.8.1 Contraindicaciones para el tratamiento farmacológico del parto pretérmino.

Son básicamente aquellas patologías en las cuales el intento de prolongar la gestación comprometa seriamente el bienestar fetal. Por otra parte, existen algunas entidades nosológicas maternas que registren o contraindican el uso de betamiméticos, antiprostaglandinas, calcioantagonistas o corticoesteroides (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 385).

Patologías y situaciones en las cuales tratar de prolongar la gestación farmacológicamente puede resultar contraindicado:

Absolutas:

- Ruptura prematura de membranas ovulares con sospecha o evidencia de infección
- Abruption de placenta
- Placenta previa con hemorragia abundante
- Malformaciones congénitas fetales graves
- Nefropatía crónica en evolución

Relativas

- Enfermedad hipertensiva del embarazo en su forma severa o ecláptica
- Eritroblastocis fetal
- Restricción severa en el crecimiento fetal
- Insuficiencia útero-placentaria crónica
- Trabajo de parto con dilatación cervical mayor de 5cm

Exclusiva para los betamiméticos:

- Enfermedad cardíaca orgánica no compensada
- Ritmos cardíacos patológicos maternos
- Hipertiroidismo (relativa)
- Hipertensión arterial crónica (relativa)

- Diabetes mellitus descompensada o con vasculopatía grave
- Síndrome febril de etiología desconocida

Exclusiva para los anti prostaglandinas:

- Patología del tracto gastrointestinal
- Epilepsia (relativa)
- Enfermedad psiquiátrica (relativa)
- Placenta previa con hemorragia leve

Exclusiva para los glucocorticoides:

- Enfermedades virales
- Tuberculosis
- Síndrome febril de etiología desconocida
- Amenorrea <26 o >35 semanas (relativa)
- Hemorragia genital severa (relativa)
- Úlcera péptica (relativa)
- Diabetes compensada (relativa)
- Hipertiroidismo (relativa)
- Insuficiencia placentaria (relativa)

Exclusiva para los calcioantagonistas:

- Patología cardiovascular materna (especialmente bloqueo A-V)

- Hipotensión arterial, taquicardia materna

4.9 Parto en el feto pretérmino

Una vez que el parto se ha desencadenado prematuramente y que las medidas farmacológicas para su detención no han resultado eficaces o bien por otra parte se adopte la conducta de interrumpir el embarazo antes del término por algunas patologías maternas o fetal, en relación con la vía de evacuación o atención de parto debe tenerse en cuenta algunas consideraciones. En primer lugar la presentación fetal si es presentación podálica es menos riesgosa vía cesárea que vía vaginal. Sin embargo, antes de decidir la vía de evacuación deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones particularmente en los fetos de muy bajo peso (750- 1,500 gramos) los cuales son muy vulnerables a la hipoxia intraparto y al trauma obstétrico:

- Asociación de hemorragia anteparto
- Falla en el progreso de la dilatación cervical
- Prolongación excesiva del trabajo de parto
- Aparición de signos de insuficiencia fetoplacentaria.

Cualquier de las anteriores circunstancias aumenta las probabilidades de depresión neonatal y en caso de que se presenten debe practicarse una operación cesárea. Si no existe asociación con ninguno de los factores mencionados y se decide el nacimiento vía vaginal el trabajo de parto debe realizarse bajo estricto monitoreo materno-fetal.

En caso de trabajo de parto en pretérmino con las membranas ovulares rotas, feto en presentación cefálica y desaceleraciones variables (dips umbilicales) en el monitoreo fetal, es aconsejable realizar amniotomía transcervical con 500 ml de solución salina fisiológica calentada a una temperatura del 37 grados centígrados. Finalmente asegurarse, antes del nacimiento, que la sala de partos este a temperatura adecuada. Recordar, que todo nacimiento de pretérmino sea vía vaginal o por cesárea, debe ser asistido junto al pediatra.

4.10 Prevención del parto pretérmino

La mejor manera de evitar el parto pretérmino es realizar un buen cuidado prenatal, que incluya un número adecuado de visitas de duración óptima y un carácter continuado del mismo.

Aunque la educación sanitaria y las intervenciones prenatales no han conseguido disminuir la tasa de parto pretérmino. En este aspecto, los médicos pueden tener una labor importante dando educación sanitaria y/o tratamiento encaminados a modificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.

La educación sanitaria puede disminuir los embarazos no deseados sobre todo en edades extremas, evitar el consumo de tabaco y otras drogas, modificar los hábitos nutricionales, atender las enfermedades de transmisión sexual, aconsejar sobre trabajos inapropiados y dar cuidados adecuados en caso de hipertensión y diabetes.

Aunque el uso de fármacos uteroinhibidores ha disminuido un poco la incidencia de nacimiento de pretérmino, esta continúa siendo alta. Desde este punto de vista y teniendo en cuenta la prevención de esta patología, creemos que todas las embarazadas se pueden clasificar dentro de cuatro categorías, en el cual se agrupan las pacientes de acuerdo con la presencia de contracciones uterinas por encima de lo normal y la presencia o no de modificaciones cervicales dando así un diagnóstico y manejo adecuado.

Publicaciones más recientes han llamado la atención sobre tres factores de vital importancia en la prevención del parto pretérmino. Estos son;

- Vaginosis bacteriana: se asocia con un riesgo relativo, así como también a una mayor incidencia de infecciones del tracto genital inferior antes y durante la gestación. Por lo tanto, siempre debemos realizar un exudado vaginal al comienzo del embarazo para buscar *gardnerella vaginalis* y hacer el tratamiento con

clindamicina oral o metronidazol. El tratamiento de la vaginosis antes de la semana 20 disminuye el riesgo de parto pretérmino.

- Acortamiento del cérvix: (<25mm) este signo es más frecuente en embarazadas con parto pretérmino previo espontáneo y en los embarazos gemelares. Cuando se encuentra el cérvix corto se aumenta en 8 veces las posibilidades de parto pretérmino. Aquí es útil administrar progesterona.
- Parto pretérmino previo: constituye el factor de riesgo demográfico más importante. Cuando existe este antecedente, el riesgo incrementa de 2 a 6 veces. Mientras más pretérmino haya sido el parto anterior, mayores son las posibilidades de parto pretérmino en el embarazo actual. También está indicada la administración de progesterona 200 mg oral o vaginal. (Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27 Pág. 386).

5. Metodología de la investigación

5.1. Área de investigación

Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, servicio de obstetricia y partos.

5.1.1 Tipo de investigación: cualitativo

Según la metodología de la investigación:

5.2 Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo debido a que es un estudio en el cual recolectaremos datos que nos explicaran cuales son las principales causas clínicas de embarazadas ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro y retrospectivo debido a que son datos de un año anterior.

5.3 Población: Embarazadas de la semana 28 y antes de la semana 37 de edad gestacional que consultan en el hospital san Juan de Dios de Santa Ana.

5.4 UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO

Universo comprende 93 pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el área de obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, con una muestra de 85 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión para esta investigación.

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarías embarazadas entre la semana 28 y antes de 37 semanas de gestación
- Que consultan en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
- Que presenten sintomatología de amenaza de parto prematuro

- Que presenten principales causas que desencadenan amenaza de parto prematuro

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no presenten sintomatología de amenaza de parto prematuro
- Que sean usuarias embarazadas con edad gestacional arriba de las 37 semanas de gestación
- Paciente en trabajo de parto prematuro.

5.5 INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se realizó 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.

5.6 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.

6. Consideraciones éticas

El presente estudio cumplirá con los principios comunes de ética, sobre autonomía, beneficencia y justicia, considerando los siguientes aspectos. Debido a ser un estudio retrospectivo, la obtención de los datos se realizará por medio de expedientes clínicos, no se incluirán aspectos personales como nombre y dirección del paciente, por lo que no afectará directamente a los mismos. La información se manejará con total confidencialidad, además de resguardar y proteger la información obtenida de los instrumentos de recolección.

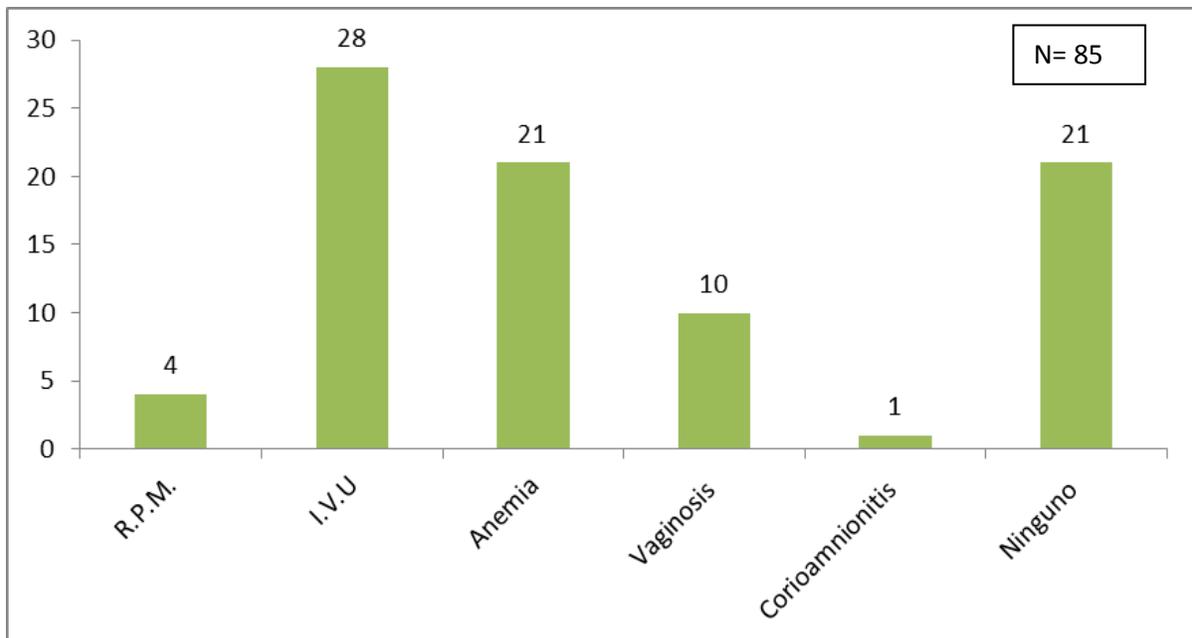
7. Análisis de datos

7.1 Objetivo 1: Enumerar las principales características epidemiológicas de las embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

Evaluación de patologías asociadas

Grafico 1

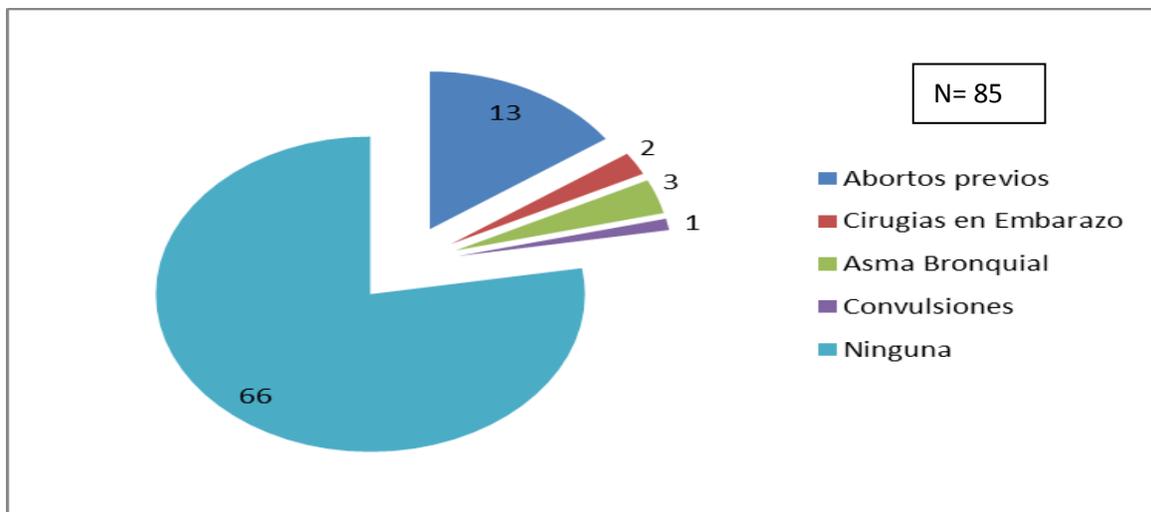
Comorbilidades relacionadas



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: Se encontró que las pacientes en estudio, presentaron alguna comorbilidad, siendo más frecuente la Infección de vías urinaria con el 32.94% de las comorbilidades y como la literatura menciona los procesos infeccioso son la principal causa desencadenante de la amenaza de parto prematuro mientras que la corioamnionitis se encontró en el 1.17%.(Rodrigo Cifuentes 2013, capítulo 27).

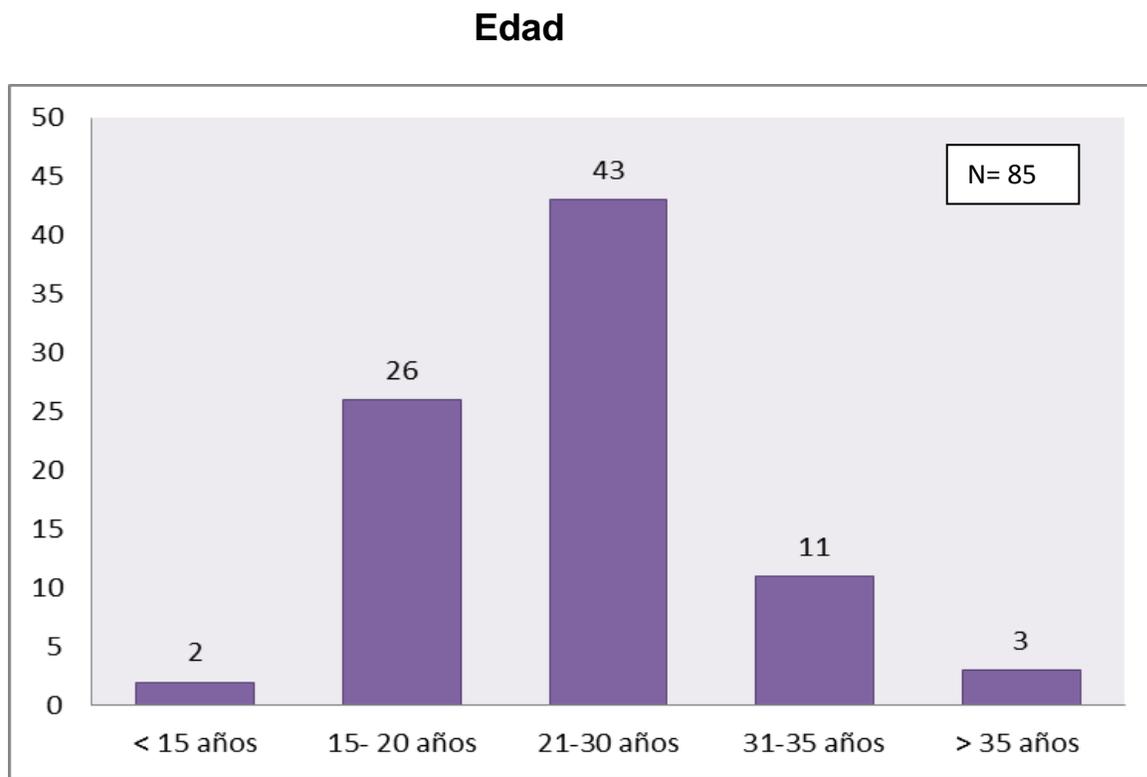
Grafico 2

Factores relacionados

FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: entre los factores que pueden relacionar con amenaza de parto prematuro se encontró que pacientes con abortos previos desarrollan dicha patología con un 15.2% con mayor frecuencia, por lo tanto se observa que los abortos conllevan a cambios anatómicos a nivel del cuello uterino lo que puede llevar a una amenaza de parto prematuro posteriormente

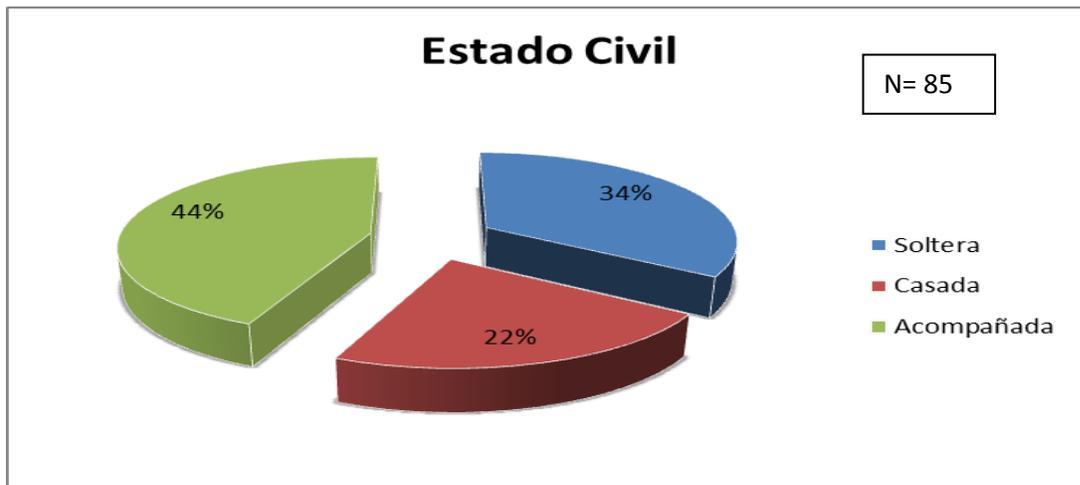
Grafico 3



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: con respecto a los rangos de edades, que consultaron con Amenaza de parto prematuro comprenden entre 21 a 30 años con un 50.58%, en cuanto a la literatura no hay edad frecuente de las madres que puedan desencadenar dicha patología, pero si se menciona que entre más avanzada sea la edad de la paciente existe mayor riesgo, en menor porcentaje se observa en menores de 15 años con un 2.35%.

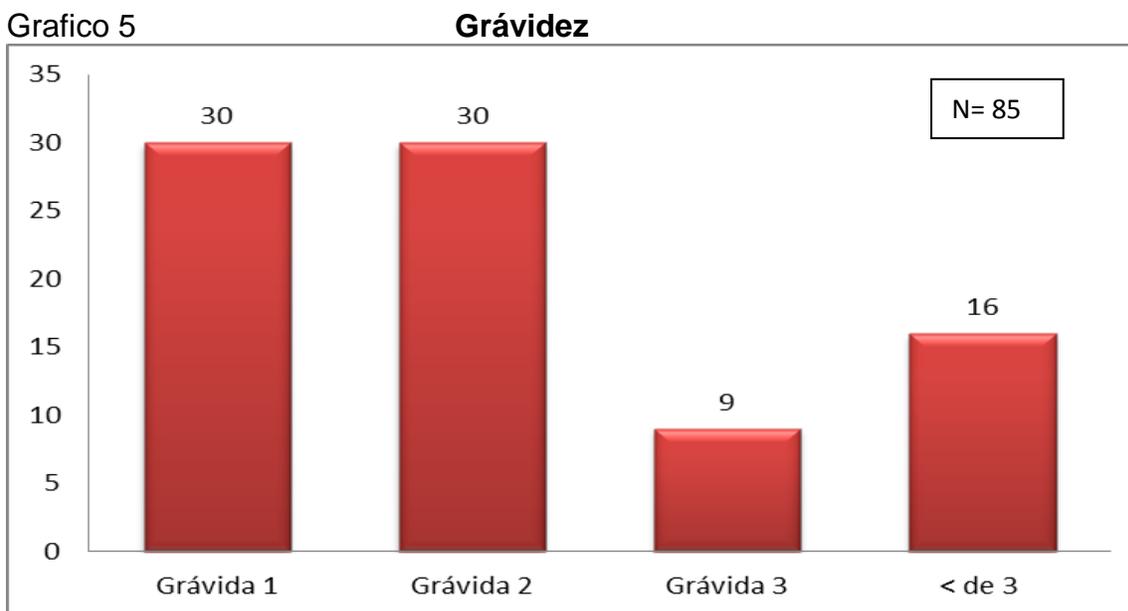
Grafico 4



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: Las pacientes con estado civil acompañado predominan en un 44% y con menos frecuencia solteras con el 34% por lo tanto el estado civil de la paciente embarazada no tiene mayor relevancia que predisponga a una amenaza de parto prematuro.

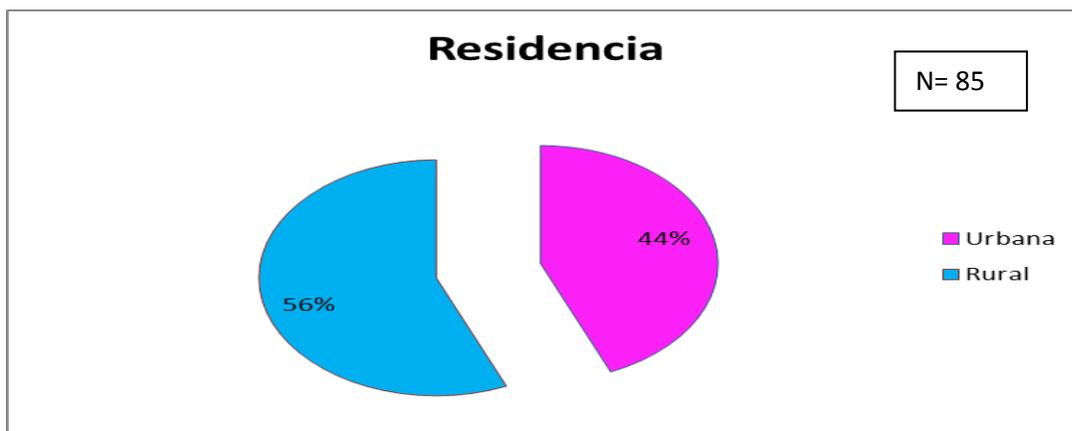
Grafico 5



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: Del total de pacientes con amenaza de parto prematuro se encontró que de igual manera el 35.2% fueron grávida₁ y grávida₂ mientras que en el 18.82 % de las pacientes fueron con gravidez mayor de 3. Observando que no influye la gravidez para desencadenar dicha patología.

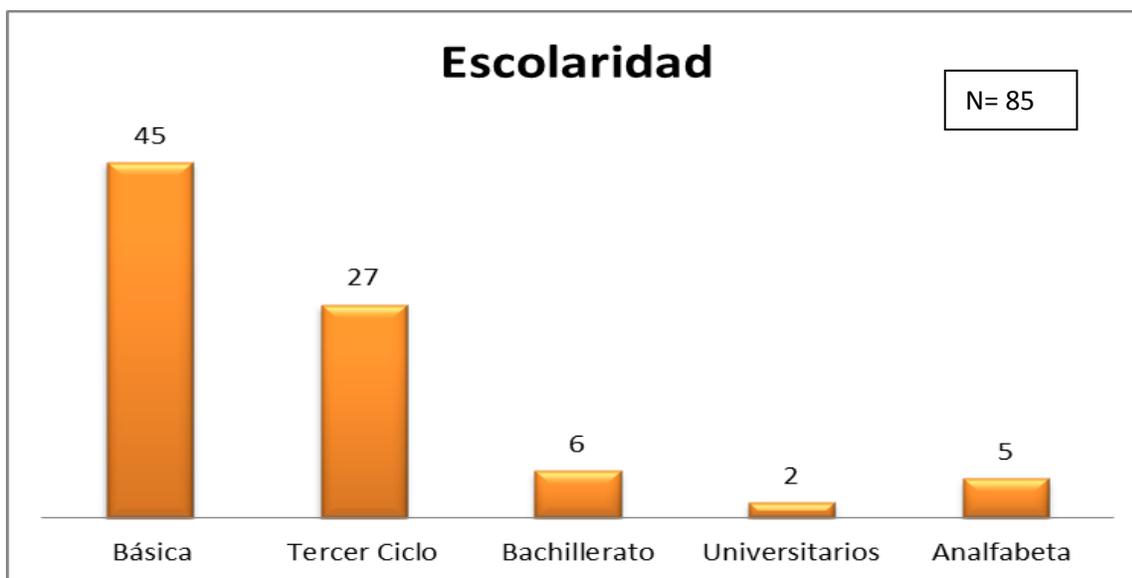
Grafico 6



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: De los expedientes que se revisaron, las pacientes provienen de área rural con un 56% ya sea por las condiciones de vida de la paciente y tiempo que llevan al consultar, y del área urbana con un 44%.

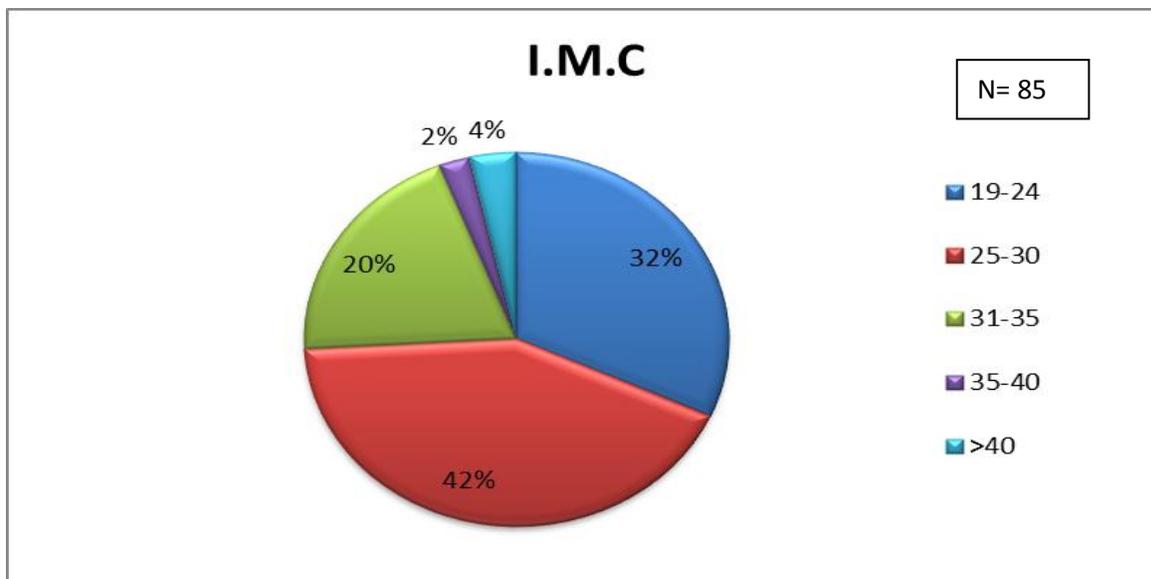
Grafico 7



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: la mayoría de pacientes que consultaron, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, están en área básica con un 52.94%, seguido de tercer ciclo con 31.76% y menor frecuencia universitarios con un 2.35%.

Gráfico 8

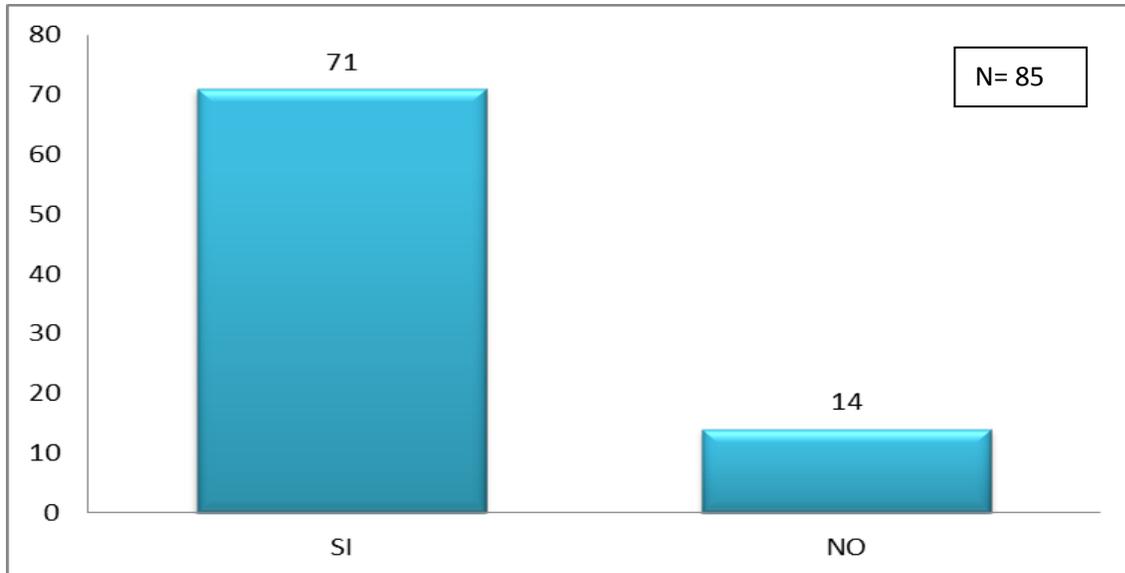


FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: se observa que la mayoría de pacientes, tienen un I.M.C de 25 a 30 y con menos porcentaje de 35 á 40; por lo tanto concluimos que la obesidad no es un factor influyente.

7.3 Objetivo 2: Establecer los marcadores de exámenes de laboratorio, clínicos y ecográficos que ayudan a diagnosticar a las embarazadas con amenaza de parto prematuro.

Grafico 9 Toma de exámen general de orina



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: con los datos obtenidos solo el 83.52% de pacientes se le tomo examen general de orina, y un 16.47% no se les tomo, a pesar que la infección de vías urinarias es una de las principales causas para desencadenar amenaza de parto prematuro e incluso se observó que en algunos expedientes clínicos ni se indicó dicho examen.

Por lo tanto es urgente la orientación adecuada al personal de salud para implementar esta indicación en todos los expedientes con dicha patología y así tener una mejor evaluación de cada paciente.

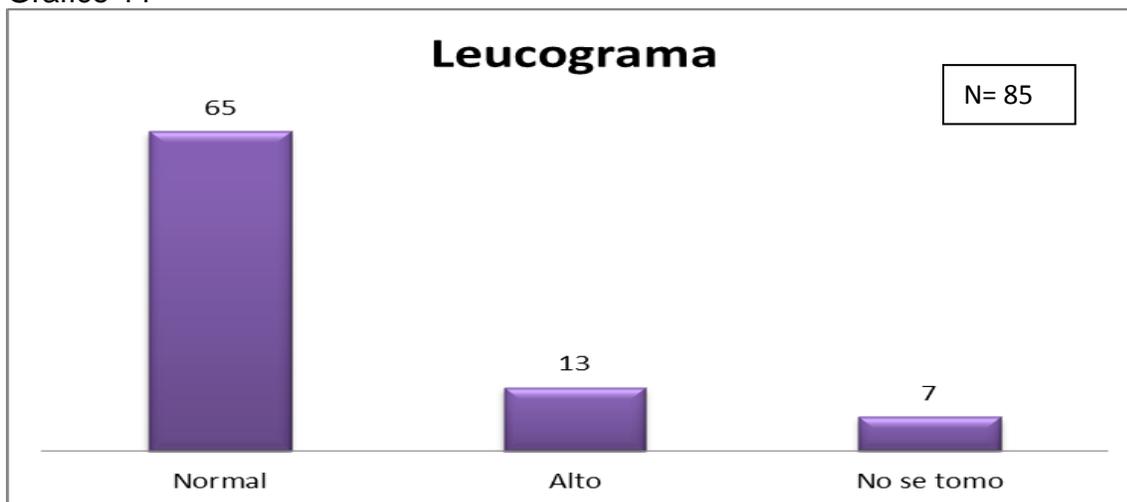
Grafico 10



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de los exámenes de orina tomados el 63% fueron positivos, dando a las pacientes tratamiento y comparando con la literatura, la infección de vías urinarias se encuentra como desencadenante de amenaza de parto prematuro y en 37% se encontraron negativos.

Grafico 11



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: se observó que de todas las pacientes que ingresaron por amenaza de parto prematuro el 76.47% en el leucograma se encontraba normal mientras que un 15.29%, se encontró positivo, y de estos las pacientes tenían infección de vías urinarias o vaginosis, además cabe destacar que hay pacientes que no se realizó dicho examen ya que no estaba en las indicaciones médicas, limitando información.

Grafico 12



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: todas las pacientes con amenaza de parto prematuro se indicaron ultrasonografía obstétrica control, observando que un 54.11% no se les tomo ultrasonografía y que el 45.88% se les realizo y todas estaban en curso normal. A pesar que todas las ultrasonografías realizadas fueron normales es de vital importancia, realizar dicho examen en toda paciente con dicha patología posteriormente al ceder la actividad uterina.

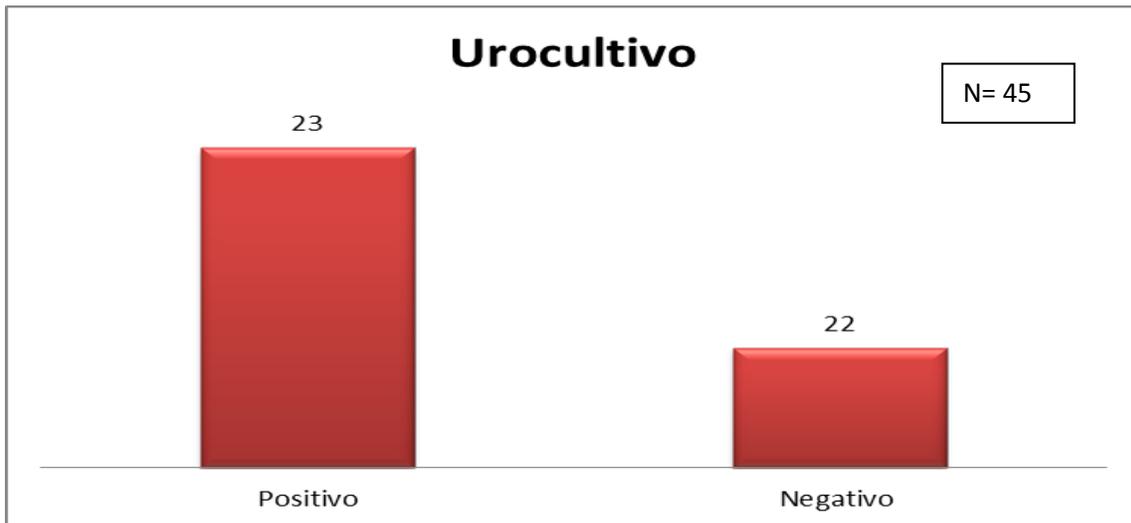
Grafico 13



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de los datos obtenidos se observó que un 53% de pacientes se les tomo urocultivo, y un 47% no se les tomo, a pesar que este examen es importante para detectar el agente causal de la infección de vías urinarias y dar el tratamiento adecuado.

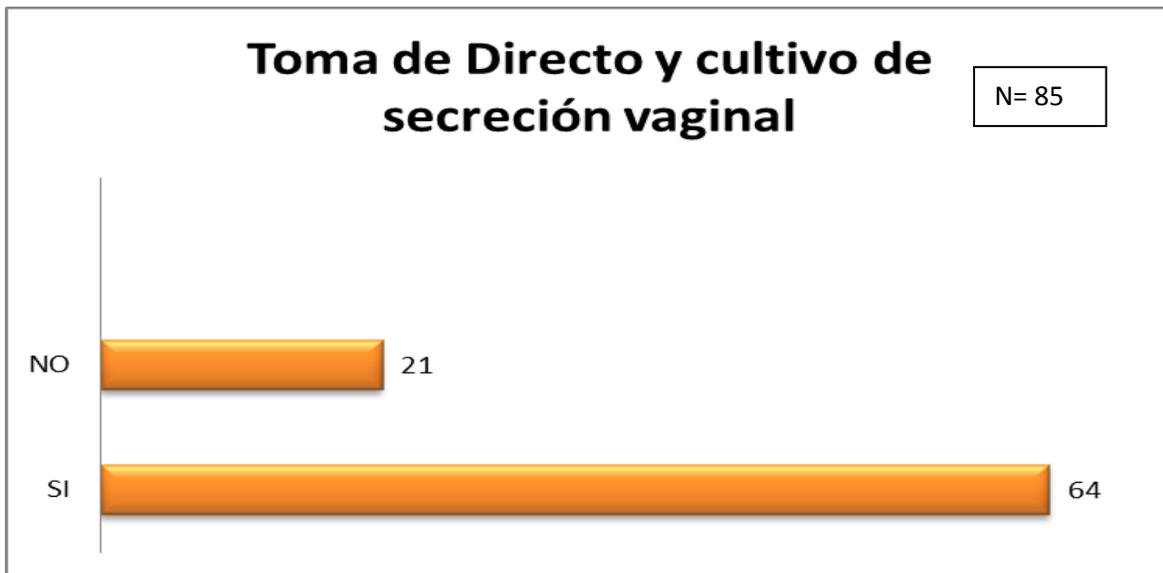
Grafico 14



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de los urocultivos tomados el 51.11% fueron positivos siendo el agente E. coli el más frecuente, debido a la contaminación e infección genital, observando que siguen siendo los principales desencadenantes de la amenaza de parto prematuro y un 48.89% fueron negativos.

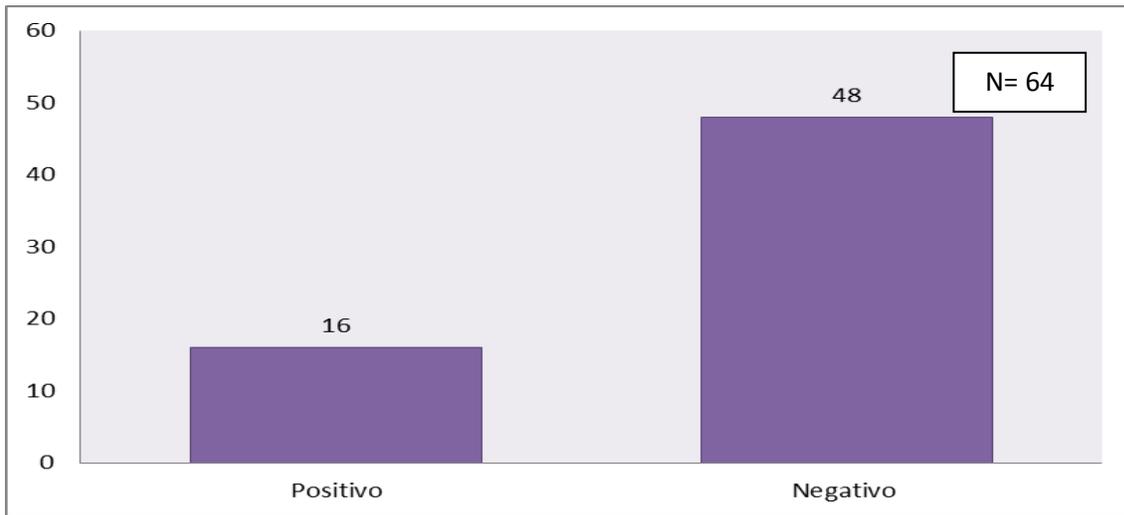
Grafico 15



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: en los expedientes clínicos revisados el 75.29% se les tomo cultivo de secreción vaginal, y en un 22.35% no se les tomo, teniendo deficiencia para observar si la vaginosis pudo ser la desencadenante de amenaza de parto prematuro.

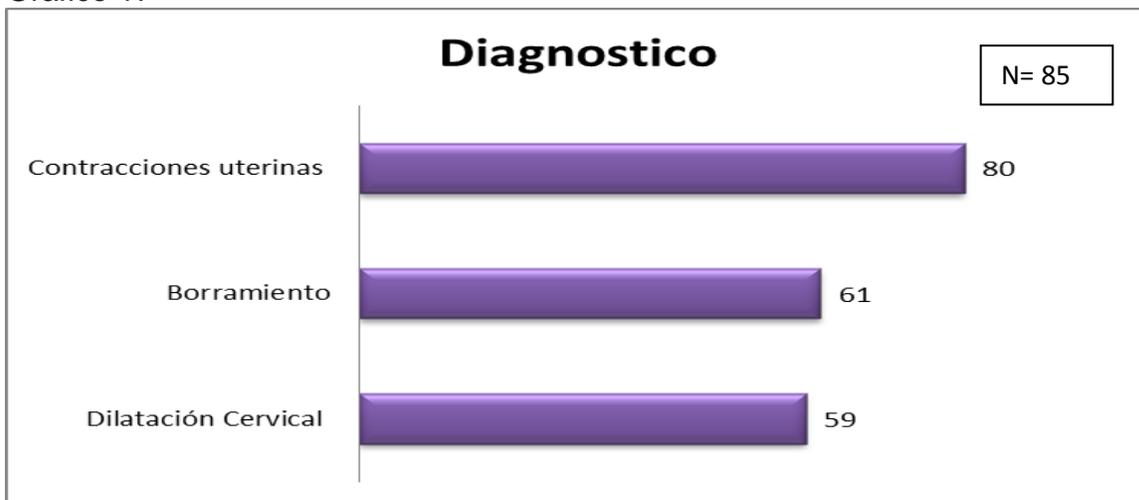
Grafico 16 Directo y cultivo de secreción vaginal



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de los cultivos tomados el 25% se encontraron positivos encontrando en estos cocos gran positivos en su mayoría, en un 75% estaban negativos, siendo más frecuente la infección de vías urinarias que la vaginosis en las pacientes que presentaron amenaza de parto prematuro.

Grafico 17



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: se observó que las pacientes que consultaron por dolores lumbopelvicos, solo tenían contracciones uterinas sin modificaciones cervicales; siendo esta la principal causa para ingreso y tratamiento, pero en los datos recolectados se observó que más del 50% ya sean solo o en conjunto las pacientes presentaban las tres condiciones que definen una amenaza de parto prematuro.

7.4 Objetivo 3: Describir el manejo brindado de las embarazadas con amenaza de parto prematuro ingresadas en el área de obstetricia.

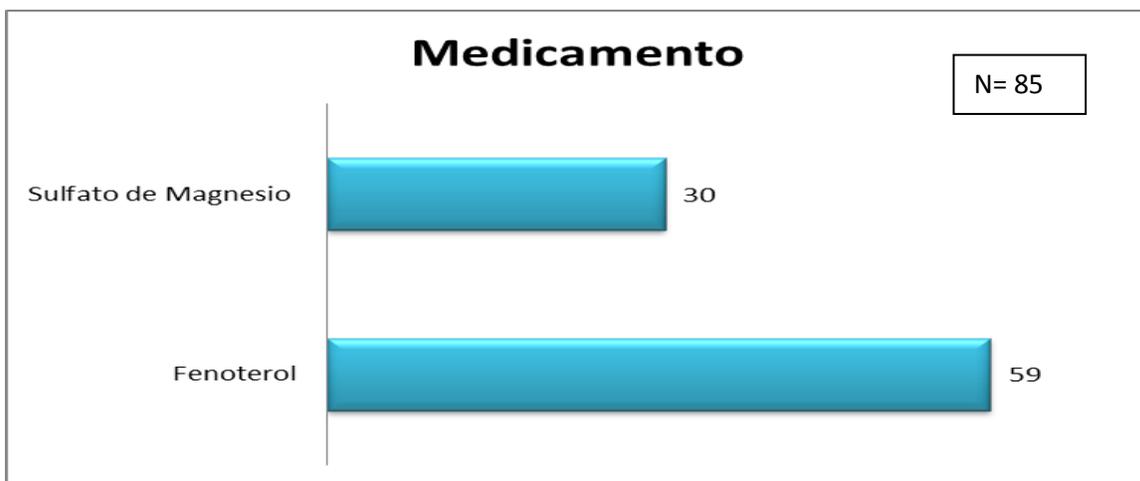
Grafico 18



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de total de pacientes que consulto por amenaza de parto prematuro el 94% de ellas recibió uteroinhibición y solo un 6% no se le cumplió debido que presentaba ruptura de membranas o corioamnionitis por lo que se deja evolucionar dicho parto y se suspende la uteroinhibicion.

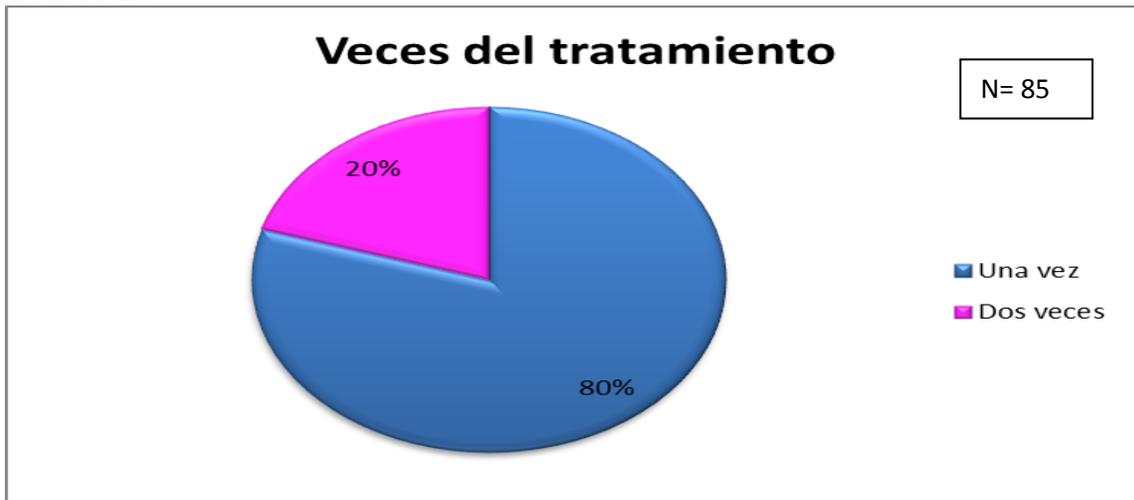
Grafico 19



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de los medicamentos utilizados como tocolisis, el fenoterol fue el más utilizado, seguido del sulfato de magnesio, a pesar que existen más medicamentos para inhibir las contracciones uterinas, se observó que solo estos dos fármacos se utilizan en este centro hospitalario.

Grafico 20



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: se observó que en un 80% de pacientes solo necesitaron ser uteroinhibidas una vez, pero un 20% necesito otro fármaco para ceder la presencia de contracciones uterinas y evitar que desencadenara trabajo de parto pretermino.

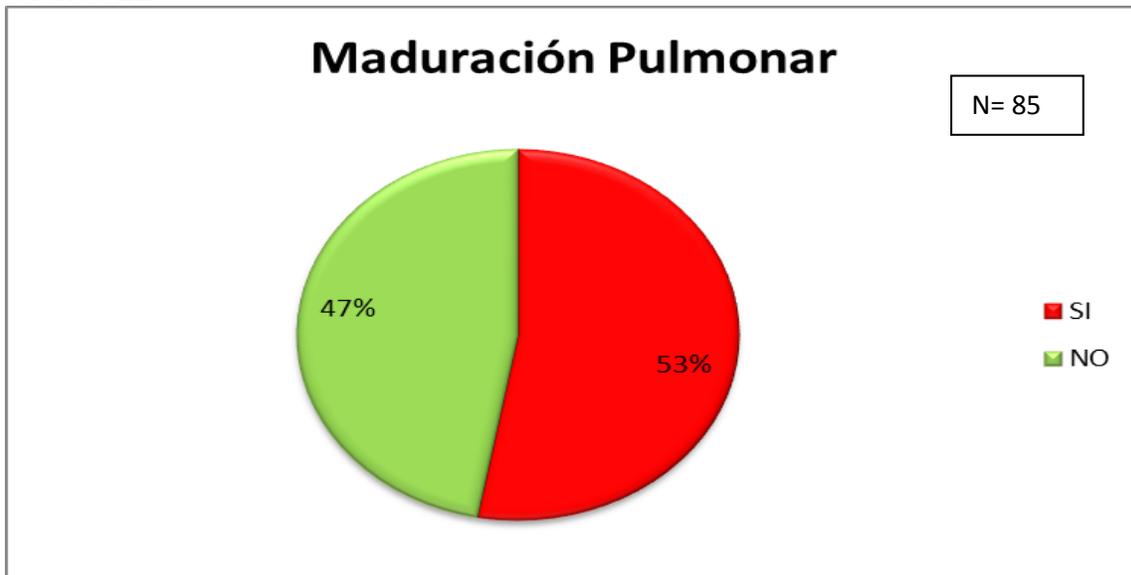
Grafico 21



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: la mayoría de pacientes necesito de 4 a 5 horas el medicamento para ceder actividad uterina, seguida de pacientes que de 6 a 8 horas cedieron actividad uterina, y un mínimo porcentaje desencadenaron parto prematuro en evolución aunque tuvieron tocolisis.

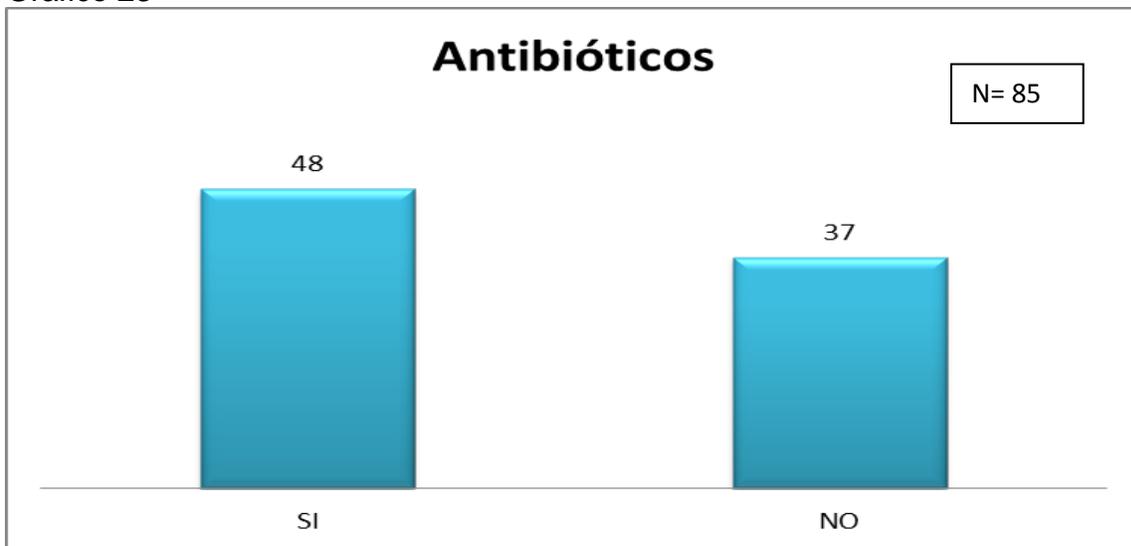
Gráfico 22



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de los datos obtenidos tenemos que un 100% de las pacientes con embarazos abajo de las 34 semanas se les aplicó maduración pulmonar con Dexametasona.

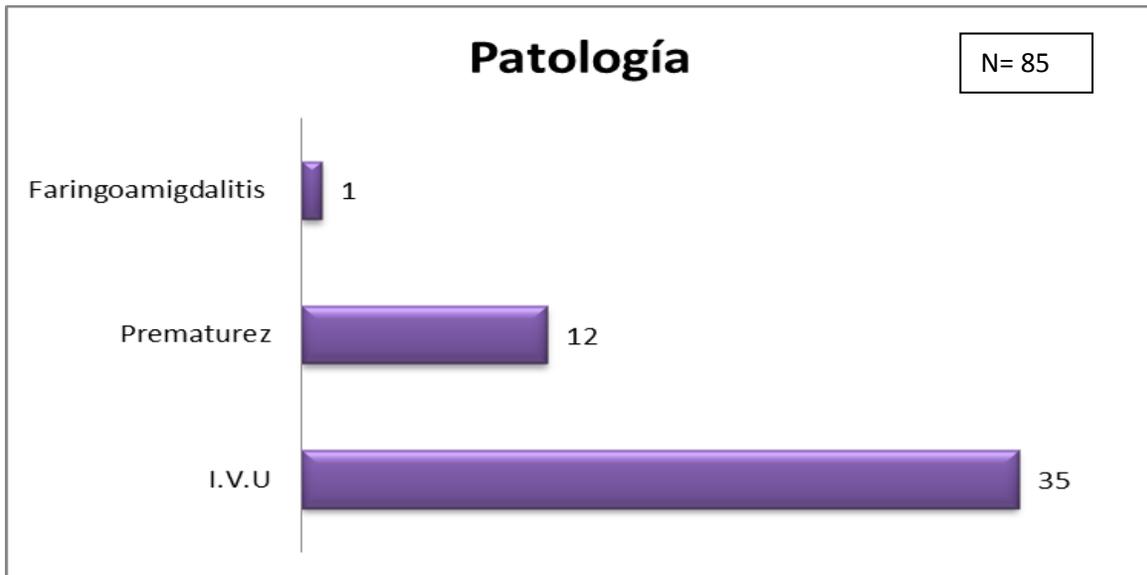
Gráfico 23



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de las pacientes que se les encontró foco infeccioso solo un 56.47% recibieron antibióticos, y 43.53% no se les cumplió antibióticos, debido que algunas no lo ameritaban y encontrando expedientes donde pacientes presentaban procesos infecciosos, dadas de alta sin antibioterapia, debiendo tener en cuenta que debe tratarse cualquier infección para así evitar problemas posteriores.

Grafica 24



FUENTE: Datos obtenidos de boleta de recopilación de información de expedientes clínicos.

Análisis: de las pacientes que recibieron antibióticos la principal patología fue por infección de vías urinarias, comprobando que es esta una de las principales causas que desencadenan la amenaza de parto prematuro, y otro porcentaje recibió tratamiento por que evoluciono el trabajo de parto y fue necesario por Prematurez cumplirlo.

8. Discusión

La amenaza de parto prematuro es uno de los principales motivos de consulta en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el área de obstetricia, donde las características epidemiológicas son todos aquellos factores relacionados que se deben identificar para evaluar dicha patología, en esta investigación fueron tomados en cuenta la comorbilidades relacionadas, edad, estado civil, gravidez, residencia, escolaridad, índice de masa corporal; además de los exámenes de laboratorio y gabinete.

Respecto a los casos reportados con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, se encontró que dichas pacientes tenían comorbilidad relaciona siendo la principal la infección de vías urinaria con un 32.94% y como factor primario antecedentes de abortos previos en un 15.2%. Además un 50.58% corresponde a la edad reproductiva entre los 21 y 30 años, el grupo con menor incidencia fue el comprendido entre las edades menor de 15 años con un 2.35%. La gravidez no juega un papel fundamental en la incidencia de que se presente amenaza de parto prematuro, ya que se pudo observar que es frecuente tanto en nulíparas como en multíparas. Sin embargo, el factor geográfico muestra que hay mayor incidencia, cuando es de procedencia rural, asumiendo que se debe a las posibilidades socioeconómicas que engloban a las pacientes de zona rural, siendo no relevante la escolaridad y estado civil de la paciente ya que no están relacionados en la incidencia de esta patología.

Se observó que de los exámenes tomados, apoyan la literatura indicando que los procesos infecciosos son la principal causa para desencadenar amenaza de parto prematuro encontrando que 83.52% de pacientes que se les tomo general de orina el 63% se encontraban positivo, con una toma de urocultivo siendo positivos 51.11 %, asumiendo que si el examen de orina estaba positivo dicho urocultivo tendría que detectar el agente causal sin embargo algunos uro cultivos se encontraron negativos esto debido a que el examen general de orina no se tomó adecuadamente y estar la muestra contaminada, sin embargo hubieron cuadros a los que no se les tomo examen de orina ni urocultivo en un 5% lo que limitó la investigación, además la toma de directo y cultivo de secreción vaginal en menor porcentaje se encontraron positivos.

En relación al uso de tocolisis en embarazadas en algunas con más de un uteroinhibidores durante un tiempo representativo que en ocasiones no se obtuvo el efecto deseado y termina en parto prematuro en evolución, además se debe de emplear el uso adecuado de antibiótico para toda infección que ponga en riesgo y desencadene amenaza de parto prematuro.

Así como el uso adecuado de los corticoesteroides, para evitar problemas en el recién nacido.

9. Conclusiones

9.1 De los factores epidemiológicos la gravidez no es determinante en la incidencia de amenaza de parto prematuro, sin embargo conocer las comorbilidades relacionadas nos orientan a identificar la causa que desencadenó dicha patología; siendo 32.94% las infecciones de vías urinarias la principal causa de esta, coincidiendo con los datos de la literatura utilizada.

9.2 Con respecto a los exámenes que se realizan con pacientes con amenaza de parto prematuro para poder determinar su diagnóstico, cabe resaltar que el 63% de exámenes de orina se encuentran positivos, junto con el urocultivo 53% detectando como agente causal más frecuente *E. coli*; el directo y cultivo de secreción vaginal en un 25% resultó positivo, y el leucograma 15.29% normales, corroborando que los procesos infecciosos son los principales desencadenantes de dicha patología; siendo la infección de vías urinarias su primera causa, otro factor importante fue que muchas embarazadas carecían de toma de ultrasonografía un 54.11%, las cuales son de importancia para conocer el peso, medidas antropométricas, cantidad de líquido adecuado para que el embarazo culmine de una forma adecuada y sin complicaciones en el recién nacido; no así los criterios de dilatación, borramiento y contracciones uterinas no se cumple con la definición de la literatura, debido a que las pacientes de los tres criterios que hacen el diagnóstico, solo uno de cada criterio cumplían.

9.3 Predomina el uso de dos uteroinhibidores como tratamiento en amenaza de parto pretermino siendo el fenoterol el más utilizado, y sulfato de magnesio como segundo escoge de las diferentes clases de fármacos que se pueden utilizar para dicha patología, a pesar que no todas cumplían con criterio de ingreso pero ya sea por factores sociales se indicó ingreso y manejo con fármacos endovenosos, además cabe enfatizar que 80% de ellas solo recibieron tratamiento una vez en un periodo de 4 a 6 horas cesó actividad uterina y no hubo cambios cervicales sin embargo unas pacientes a pesar de los fármacos siempre finalizaron en parto prematuro, siendo importante la administración de esteroides al 100% de

pacientes que lo ameritaban; un menor porcentaje de ingresadas 6% no se le indico tocolisis debido que eran pacientes con ruptura prematura de membranas o corioamnionitis,

9.4 La principal causa que desencadena amenaza de parto prematuro en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, es la infección de vías urinarias, que según la literatura están propiamente asociado para provocar un trabajo de parto, donde se encontró deficiencia debido que algunas pacientes presentaban examen de orina y urocultivo positivo y no recibieron tratamiento y terminaron en parto prematuro.

10. Recomendaciones

10.1 Al Departamento de Ginecología y Obstetricia que al realizar evaluación médica identifique los focos de infección que conllevan a desencadenar amenaza de parto prematuro, realizando una minuciosa historia clínica además de un buen examen físico, identificar los signos y síntomas que lo ocasionan y dar un manejo adecuado en el momento oportuno.

10.2 A la embarazada darle a conocer por medio de capacitaciones cuáles son los factores de riesgo para desencadenar una amenaza de parto prematuro como lo son las infecciones, antecedentes gineco-obstetricos, factores demográficos, hábitos y conductas de la embarazada, y la importancia de asistir a control prenatal para disminuir el desarrollo de esta patología.

10.3 Al Medico hacer énfasis en toma de exámenes durante el primer y segundo perfil de embarazo, para poder dar un tratamiento adecuado si existe un foco infeccioso, evaluar el uso adecuado de antibiótico, en embarazada con amenaza de parto prematuro.

10.4 Al Hospital San Juan de Dios para que en conjunto con UCSF y el departamento de ginecología y obstetricia formen programas para orientar a las embarazadas sobre signos de alarma, para que consulto lo más oportunamente y así evitar un parto prematuro.

10.5 se recomienda la toma de ultrasonografía obstétrica a toda paciente con amenaza de parto prematuro previo alta.

12. PRESUPUESTO

	GASTOS	TOTAL
PAPELERIA	\$30	
COPIAS	\$20	
TRANSPORTE Y VIATICOS	\$30	
IMPRESIÓN DE DOCUMENTO Y EMPASTADO	\$100	
DERECHO DE DEFENSA	\$100	\$380
GASTOS DEL DIA DE PRESENTACION	\$200	
TOTAL		\$380

13. Bibliografía

1. El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección de apoyo a la Gestión y programación Sanitaria. Guías clínicas de Ginecología y Obstetricia. San Salvador El Salvador Febrero del 2012.
2. Cunningham, F. Gary, Leveno Kenneth, Bloom Steven, Hault John, Rouse Dwight, Spong Catherine. Williams Obstetricia. 23ª ed. México: McGraw-Hill; 2011. Capítulo 36.
3. Luis Cabero Roura, Eduardo Cabrillo Rodríguez, José Bajo Arenas. Tratado de ginecología y obstetricia. 2º edición. Madrid España: médica panamericana, D.L.2012. Capítulo 158.
4. Rodrigo Cifuentes. Obstetricia en alto riesgo. 7º edición. Bogotá, Colombia. Editorial Distribuna, 2013. Capítulo 27.
5. Martínez E, Osorio J, Delgado J, Esparza G, Mota G, Blanco V. Infecciones del tracto urinario bajo en adultos y embarazadas: consenso para el manejo empírico. Infectio [intertner] citado 9 de abril de 2015 17(3):122–135 Disponible en:
<http://revistainfectio.org/site/portals/0/ojs/index.php/infectio/article/view/619/596>
6. El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección de apoyo a la Gestión y programación Sanitaria. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio, y al recién nacido. 11ª Ed. San salvador, El Salvador C.A.
7. Organización mundial para la salud.(OMS)
http://www.who.int/social_determinants/es/
8. Silva P, Francia C, Santin P, Hidalgo G, Albán P.
Amenaza de parto pretermino 199-202-1998 medicina Guayaquil
9. Padilla C, Mario E,
Amenaza de parto prematuro, revista médica científica san Gabriel 22-6, 1994
10. Feneite, pedro, marti, Arturo, Manzano, Milagros, Maricela, Gomez, Ramon
Revista obstetricia y ginecología Venezuela 66-1-5

14. Anexos

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

UNIDAD DE POST GRADO

BOLETA DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACION



NOMBRE DE INVESTIGACIÓN

“PRINCIPALES CAUSAS QUE DESENCADENAN, AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2016”

Indicación: Se recolectara la información mediante la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes ingresadas durante el período en estudio, la cual será llenada por el equipo de investigación

1. Fecha de recolección de datos: _____
2. No. de expediente: _____ Encargados: Dra. Norma Hernández
Dra. Elida Mejía

Investigar las principales causas que desencadenan, amenaza de parto prematuro en obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana durante el periodo comprendido del 1 de julio al 31 de diciembre de 2016

Evaluar patologías asociadas

1. Comorbilidades relacionadas: ruptura prolongada de membranas _____
infección de vías urinarias _____ corioamnionitis _____ anemia _____
Vaginosis _____
2. Factores relacionados: abortos previos _____ cirugías durante el embarazo
_____ enfermedades crónicas maternas _____

• **Objetivo 1: Enumerar las principales características epidemiológicas de las embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.**

3. Edad: _____
4. Estado civil: Soltera _____ Casada _____
5. Paridad _____
6. Lugar de Residencia: Urbana _____ Rural _____
7. Escolaridad _____
8. Fuma _____ alcohol _____
9. IMC _____ -

Objetivo 2: Establecer los marcadores de exámenes de laboratorio, clínicos y ecográficos que ayudan a diagnosticar a las embarazadas con amenaza de parto prematuro.

10. Toma de examen general de orina: Si _____ No _____
11. Se encuentra el examen general de orina: Positivo _____ Negativo _____
12. Leucograma: normal _____ alto _____
13. Toma de ultrasonografía:
Edad gestacional _____ Localización placentaria _____
Índice de líquido amniótico _____ Malformaciones uterinas _____
Malformaciones fetales _____
14. Toma de urocultivo: Si _____ No _____
15. Urocultivo: Positivo _____ Negativo _____
13. Toma de directo y cultivo de secreción vaginal Sí _____ No _____
14. Directo y cultivo: Positivo _____ Negativo _____
15. cambios cervicales _____ dilatación _____ borramiento _____
- 16: contracciones uterinas _____

Objetivo 3: Describir el manejo brindado de las embarazadas con amenaza de parto prematuro ingresadas en el área de obstetricia.

16. Uteroinhibición: Si _____ No _____
17. Cual _____
18. Veces del tratamiento _____
19. Tiempo de efecto _____

20. Maduración pulmonar: Si_____ No_____

21. Cual_____

22. Uso de antibioticoterapia Sí_____ No_____

23. porque uso de antibioticoterapia _____

Factores epidemiológicos y probable etiología.

Maternos	Fetales	Líquido amniótico	Placentarios
Bajo nivel económico	Embarazo múltiple	polihidramnios	Placenta previa
Menor de 15 años	RCIU	oligoamnios	Abruptio
Peso menor de 40 kg	Óbito fetal		Inserción marginal del cordón umbilical
Infecciones(ivu,TORCH, hepatitis, vaginosis)	Malformación congénita		tumores
Anomalías cervicales miomatosis incompetencia cervical malformaciones			Placenta circunvalada
Cardiopatías, asma, HTAC, diabetes, abortos, antecedente de partos pretérmino			Hemangiomas