

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN ESPECIALIDAD MÉDICAS.**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

TESIS DE GRADUACIÓN:

**“EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO
PREMATURO, EN EL HOSPITAL PRIMERO DE MAYO, DE ENERO A
DICIEMBRE DE 2015”**

PRESENTADO POR:

**REBECA ABIGAIL ARDON FLORES.
NATALIA MELISSA SASSO DE RIVERA**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

DR. ROBERTO ÁGUILA.

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, NOVIEMBRE 2018.

Contenido

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MARCO TEÓRICO	3
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL:	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	10
MATERIALES Y MÉTODOS	11
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:	13
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
ANEXOS	27

RESUMEN

La evolución clínica de las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino depende de una valoración clínica oportuna como la importancia de los antecedentes de parto prematuro previo en la historia clínica, la medición de la longitud cervical y una evaluación acertada en el inicio de un trabajo de parto verdadero.

El presente estudio es un estudio descriptivo retrospectivo que trata sobre la evolución clínica de las pacientes con diagnóstico de parto prematuro las mediadas diagnosticas al momento del ingreso

Se realizó la revisión de 148 expedientes clínicos de pacientes a quienes se les ingreso con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2015. La muestra se calculó a partir de un universo de 482 pacientes quienes ingresaron durante el año 2015.

A los expedientes revisados se le aplicó un instrumento de elaboración propia de los investigadores basado en los objetivos del estudio y en las variables a estudiar. La información obtenida se tabuló mediante cuadros de salida usado Microsoft Excel y se graficó mediante el uso de dicho software.

Los resultados obtenidos arrojaron un porcentaje de 54% en antecedentes de pacientes con parto prematuro versus un 46% de las pacientes sin dicho antecedente que es el resultado esperado según la literatura.

De igual manera al 90% de las pacientes en el estudio no se les realizo medición de longitud cervical y que se considera un predictor de suma importancia para parto prematuro, pues si se encuentra relacionado directamente con el parto prematuro.

Se pudo evidenciar que en el 76% de las pacientes el criterio con el cual se realizó el diagnostico fue la actividad uterina sin presentarse cambios cervicales, realizando medidas innecesarias como el uso de tocolisis, antibióticos, y maduración pulmonar verificando el 90% de estos casos parto arriba de las 37 semanas, incluso en el ingreso posterior tuvieron necesidad de conducir con oxitocina o inducir en trabajo de parto.

INTRODUCCION

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo industrializado en promedio a nivel mundial nacen 15 millones de prematuros al año.¹ Mientras que las tasas en los Estados Unidos han caído durante cuatro años consecutivos, la tasa global sigue siendo poco menos de 12 por ciento.²

Además, es la primera causa de muerte neonatal y la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años.³

A nivel nacional de 22, 559 partos, 1025 fueron prematuros, en el año 2015 nacieron 821 prematuros.⁴

Actualmente en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social no existían estudios que reflejarán los resultados sobre el manejo utilizado en parto prematuro siendo el Hospital Primero de Mayo el centro de atención para todos los partos prematuros de pacientes derechohabientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a nivel nacional.

En el presente estudio se indago sobre los criterios clínicos utilizados para el diagnóstico de trabajo de parto prematuro y la evolución clínicas de las pacientes que ingresaron con dicho diagnostico; para lo cual se realizó la revisión de 148 expedientes clínicos con el propósito de conocer la condición clínica del ingreso, los manejos o intervenciones realizadas, la edad gestacional a la que verificaron parto, así como la condición clínica del recién nacido y sus posibles complicaciones debido a la prematurez.

¹ American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *ObstetGynecol* 2012; 119:1308.

² Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Nacimientos: datos preliminares para 2009. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 59 (3): 1-19. Disponible en http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_03.pdf . Obtenido el 28 de junio de 2011. (Nivel II-3)

³ Mathews TJ, MacDorman MF. Las estadísticas de mortalidad infantil del período 2006 vincularon el conjunto de datos sobre el nacimiento y la mortalidad infantil. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 58 (17): 1-31. (Nivel II-3)

⁴ Sistema morbimortalidad mas estadísticas vitales. SiMMOW.

MARCO TEÓRICO

Como la literatura lo define parto prematuro es aquel producto que nace antes de las 37 semanas de gestación.⁵

Los problemas relacionados con la prematuridad y los recién nacidos de bajo peso se complica con el uso de datos que mezclan las definiciones de prematuridad, que es definida por la duración del embarazo y de bajo peso al nacer que se define por el tamaño del feto al momento del nacimiento:

- Pretérmino o prematuro: fetos nacidos antes de las 37 semanas de gestación (259 días desde el primer día de la última regla o 245 después de la concepción).
- Peso bajo al nacer: recién nacidos de menos de 2500 g independiente de la edad gestacional.
- Peso muy bajo al nacer: recién nacidos de menos de 1500 gr.
- Peso extremadamente bajo al nacer: recién nacidos de menos de 1000 gr

El peso se ha usado como un marcador indirecto de la edad gestacional y esto nos puede conducir a errores en datos clínicos y epidemiológicos por lo que se realiza la aclaración.⁶

Aproximadamente el 70 por ciento de los partos prematuros ocurren espontáneamente, de los cuales el 45 por ciento como resultado de un verdadero trabajo de parto verdadero y el 25 por ciento precedidos de la ruptura prematura de membranas; el 30 por ciento restante es secundario a las intervenciones médicas debido a problemas maternos o fetales que requieran finalizar el embarazo.⁷

En los estados Unidos los trastornos secundarios a la prematuridad provocan más del 70% de las muertes fetales y neonatales.

⁵American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *ObstetGynecol* 2012; 119:1308.

⁶ Clausson B, Genetic influence on birth weight and gestational length determined by studies in offspring of twins. *BJOG*. 2000. 107-375.

⁷ American college of obstetricians and gynecologists, committee on practice bulletins- obstetrics. ACOG practice bulletin no. 127: management of preterm labor. *ObsteteGynecol* 2012, 119: 1308

En cuanto a la morbilidad y mortalidad perinatal nos referiremos a los conceptos dados por la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists):⁸

- Muerte Perinatal es la que se produce entre la semana 22 o 500 gr de peso si se desconoce la edad gestacional y los 28 días después del parto e incluye las muertes en útero antes del parto como las muertes desde el nacimiento hasta los 28 días de la vida neonatal.
- Muerte neonatal precoz: es la que se produce entre el parto y los 7 días de vida.
- Muerte neonatal tardía: es la que se produce entre los 8 días de vida y los 28 días de vida.
- Mortalidad Infantil es desde los 28 días de vida en adelante.

La morbilidad y la mortalidad perinatal en los recién nacidos pretérmino se relaciona de manera inversa con la edad gestacional y el peso al nacer cuanto mayor es la edad gestacional y mayor peso al nacer, menor es la morbilidad y mortalidad.

Por eso es el objetivo de los cuidados prenatales es el mantenimiento del bienestar materno y el nacimiento de un feto con el menor riesgo de morbimortalidades.

Los factores de riesgos epidemiológicos y clínicos que se han asociado con parto prematuro son múltiples y variados entre los cuales podemos citar:

- Antecedente de parto prematuro, ruptura prematura de membranas
- Preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta
- Gestación múltiple, volumen excesivo o inadecuado de líquido amniótico
- Cérvix corto
- Anomalías fetales, corioamnionitis,
- Problemas médicos maternos como diabetes mellitus, asma, drogodependencia, pielonefritis entre otros.
- Algunas características maternas: raza (más frecuente en raza negra), bajo nivel socioeconómico, mal nutrición, bajo peso previo al embarazo, cuidados prenatales deficientes o ausentes.
- Edad materna inferior a los 18 años o superior a los 40 años
- Ocupación materna extenuante, estrés, anemia, tabaquismo

⁸ American College of Obstetricians and Gynecologist, Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 130: Prediction and Prevention of Preterm Birth, October 2012; 1-1.

- Bacteriuria, colonización o infección genital (vaginosis bacteriana, clamidia, gonorrea, estreptococo del grupo B)
- Lesión o malformación cervical, malformaciones uterinas, fibromas
- Dilatación cervical de 1 cm o borramiento mayor de 80%.

Los factores genéticos son cada vez más reconocidos como determinantes importantes⁹.

Existen otros factores importantes que pueden explicar el aumento de partos pretérmino.

- Mayor disposición para extraer un feto cuando existan complicaciones maternas
- Aumento del uso de la ecografía para datar/ calcular la edad gestacional que podría acarrear errores al fechar el embarazo.

En cuanto a la epidemiología la lista de trastornos maternos y fetales que sigue a un parto pretérmino es larga y variada.

Son numerosas las características maternas que se asocian con prematuridad:¹⁰

- Raza, las mujeres afroamericanas tienen una tasa de parto prematuro el doble que las mujeres de otras razas, aunque la tasa de parto prematuro disminuye conforme mejora el nivel educacional es mayor que la tasa entre mujeres no negras en todos los niveles educacionales. Las mujeres negras nacidas fuera de Estados Unidos no presentan estas tasas aumentadas de parto prematuro.

En el estudio *Preterm Prediction Study* se observó que la longitud cervical se relacionó con el parto pretérmino pero no con la raza. En el estudio se controló la vaginosis bacteriana la cual es común en las mujeres afroamericanas, razón por la cual es una explicación potencial para las diferencias raciales.

- Infección y prematuridad, se ha asociado la infección y prematuridad por más de 50 años. La evidencia demuestra que las infecciones maternas y neonatales se producen más frecuentemente tras el parto pretérmino, las cuales incluyen: ureaplasma urealyticum, mycoplasma, chlamidia trachomatis, trichomonas, E. coli, Streptococcus del grupo B prueba con la

⁹ Julian M Robinson MD. Preterm birth: Risk factors and interventions for risk reduction. April 2016, 1-13

¹⁰ Vincenzo Berghella, MD Second Trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth. April 2016. 1-2.

cual contamos en nuestro hospital. Además de anaerobios como *Fusobacterium*, bacteroides estreptococos anaerobios y *Mobiluncus*.

La asociación entre infección clínica y corioamnionitis histológica aumenta conforme disminuye la edad gestacional.¹¹

Las infecciones que aparecen fuera del tracto genital también se han relacionado con el parto prematuro siendo la más común la infección de vías urinarias, las infecciones intraabdominales (apendicitis y pielonefritis) así como las infecciones periodontales.

La vaginosis bacteriana es una alteración de la flora vaginal materna en la que las bacterias gramnegativas y *Mycoplasma* reemplazan a los lactobacilos que predominan normalmente.

La asociación entre vaginosis bacteriana y parto prematuro se ha demostrado en múltiples estudios histológicos, microbiológicos y clínicos.

- Longitud cervical, la longitud del cérvix medido por ecografía transvaginal se relaciona inversamente y de forma continua con el riesgo de parto prematuro tanto en gestaciones únicas como gemelares.¹²

Cuanto más corto es el cérvix medido en pacientes con antecedentes de parto pretérmino a las 14-16 semanas y en pacientes sin antecedentes de parto pretérmino a las 18-24 semanas. La longitud cervical está fuertemente relacionada con antecedentes de parto prematuro, y también se relacionan con el riesgo con el parto prematuro recurrente. En mujeres con parto prematuro previo la probabilidad de tener un parto prematuro recurrente antes de la semana 35 es del 31% cuando la longitud cervical a las 24 semanas es de 25 mm o menos, y de 16% cuando la longitud cervical es de 36 mm o más.

La correlación entre la longitud cervical y el riesgo de parto prematuro puede explicarse por la resistencia física de cérvix a factores como el peso, o el volumen intrauterino, por influencia bioquímicas resultantes de procesos infecciosos o inflamatorios, o por efectos biofísicos de la actividad uterina.

- Fibronectina, es una proteína de la matriz extracelular considerada como “pegamento” que une las membranas fetales a la decidua la Fibronectina se encuentra normalmente en las secreciones cervicovaginales antes de las

¹¹ Lykke Ja, Paidas MJ. Recurring complications in second pregnancy *Obstet- Gynecol* 2009, 113.

¹² Charles J Lockwood, MD, MHCM. Pathogenesis of spontaneous preterm birth. June 2016, 1-10.

20 a 22 semanas de gestación y de nuevo al final del embarazo normal conforme se aproxima el momento del parto. no se encuentra normalmente en las secreciones cervicovaginales entre la semana 22 y 37. La presencia de Fibronectina en las secreciones cervicovaginales después de la semana 22 es un marcador de disrupción de la interfaz deciduocorial.

En un estudio se demostró que los mejores predictores de parto prematuro espontaneo fueron la Fibronectina cervicovaginal, la longitud cervical medida por ecografía transvaginal, los antecedentes de parto prematuro y la presencia de vaginosis bacteriana.

- Síndrome de parto prematuro espontaneo cuando se considera la información sobre la Fibronectina la longitud cervical, la infección materna y las citocinas del líquido amniótico en el segundo trimestre de forma conjunta con los datos presentados sobre infección intrauterina y morbilidad neonatal, aparece un modelo de parto prematuro precoz como un proceso indolente más que agudo, que se ha denominado como: “síndrome de parto prematuro”.

En respuesta a un estímulo inflamatorio crónico intrauterino (habitualmente infeccioso o isquémico), e influido por la respuesta inmune materna y fetal, las membranas fetales y la decidua producen citocinas.

Este proceso mediado por citocinas conduce a uno o más de los siguientes procesos:

1. Liberación continúa de Fibronectina fetal desde la interfaz decidua-membrana.
2. Síntesis de lípidos uterotónicos prostaglandina E2, tromboxano A2, leucotrienos B4 y C4, ácido hidroxiperoxieicosatetraenoico y otros.
3. Estimulan la contracción miometrial
4. Inician la liberación de proteasas capaces de lesionar las membranas y la decidua subyacente
5. Estimulan la liberación de prostaglandinas
6. Que resultan en reblandecimiento del cérvix, dilatación y/o rotura de membranas
7. Y la lesión intrauterina al cerebro, pulmón o intestino fetal.

La evidencia clínica y de investigación convincente sugiere que un número de procesos patógenos puede dar lugar a una vía final común que resulta en trabajo de parto prematuro espontáneo.

Los cuatro procesos principales por los cuales se lleva a cabo son¹³:

- Activación prematura del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal materna o fetal
- Exagerada respuesta / infección inflamatoria
- Desprendimiento (hemorragia decidual)
- Distensión uterina Patológica

Los hallazgos clínicos del trabajo de parto verdadero, es decir, las contracciones uterinas que producen cambio en el cuello uterino son los mismos si se produce el trabajo de parto prematuro.

Los siguientes son los primeros signos y síntomas de parto; sin embargo, ellos no son específicos y pueden estar presentes durante varias horas en las mujeres que no presentan cambio cervical¹⁴ :

- Dolor menstrual
- Contracciones leves e irregulares
- Dolor lumbar
- Sensación de presión en la vagina
- El flujo vaginal de moco, que puede ser claro, rosa, o un poco de sangre (es decir, tapón de moco, manchado de sangre)

Las contracciones uterinas son la condición sin la cual no progresa el trabajo de parto, pero las contracciones irregulares leves son un hallazgo normal en todas las etapas del embarazo, aumentando así el reto de distinguir verdadero trabajo de parto (contracciones que resultan en cambios cervicales) de falso trabajo de parto (contracciones que no resultan en cambio cervical, es decir, las contracciones de Braxton Hicks)¹⁵.

Sólo el 13 por ciento de las mujeres que se presentan a <34 semanas de gestación con criterios explícitos para el trabajo de parto prematuro realmente verifican parto dentro de los 7 días posterior a el diagnóstico.

¹³ Charles. J Lockwood MD, MHCM, Pathogenesis of spontaneous preterm birth, June 2016, 1-10.

¹⁴ Charles J Lockwood, MD, MHCM. Diagnosis of preterm labor and Overview of preterm birth. February, 1.

¹⁵ Charles J Lockwood, MD, MHCM, Diagnosis of Preterm labor and overview of preterm birth, February 2016, 5-8

Las estrategias de prevención y tratamiento de la prematuridad pueden describirse en función de conceptos de salud pública como son la prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria es la eliminación o reducción del riesgo en toda una población, para que sea efectiva requiere un conocimiento adecuado de la fisiopatología de la enfermedad y esfuerzos de educación en salud pública para modificar comportamientos y eliminar factores de riesgo.

Un programa primario para reducir la incidencia de prematuridad debe incluir esfuerzos para prevenir el consumo del tabaco y las enfermedades de transmisión sexual, para evitar embarazos no deseados a través de uso de métodos de planificación familiar.

La prevención secundaria selecciona a los individuos con alto riesgo para seguimiento y/o tratamiento preventivo, detectando oportunamente a aquellas pacientes que tengan factores de riesgo, para poder realizar intervenciones oportunas y pertinentes.

La prevención terciaria consiste en el tratamiento de un paciente individual una vez que ha aparecido la enfermedad. Los cuidados terciarios no tienen efecto sobre la enfermedad, sino que se encamina a reducir la morbilidad y mortalidad.

Por esta razón se considera de importancia investigar y poder fortalecer estrategias de diagnóstico tanto en primer nivel de atención, segundo y tercer nivel de atención creando un flujograma de atención para la complejidad de cada centro de atención y así ayudar a disminuir la morbimortalidad neonatal, evitar hospitalizaciones e intervenciones innecesarias y disminuir gastos de hospitalización.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Describir la evolución clínica de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, en el Hospital Primero de Mayo en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar la edad gestacional a la cual nacieron los productos de las pacientes con amenaza de parto prematuro.
- ✓ Identificar las condiciones sociodemográficas de las embarazadas con amenaza de parto prematuro.
- ✓ Describir las condiciones clínicas de ingreso en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.
- ✓ Identificar los criterios diagnósticos que se utilizaron en pacientes con amenaza de parto prematuro.
- ✓ Identificar que manejo recibieron las pacientes con amenaza de parto prematuro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación:

La presente investigación es un estudio descriptivo transversal, ya que describe el fenómeno de estudio, en un determinado tiempo en la población definida, sin intervenciones ni seguimiento.

Universo:

Todas las pacientes que ingresaron con embarazos entre las 26 0/7 y las 35 6/7 semanas de gestación con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el Hospital Materno-infantil Primero de Mayo en el periodo de enero a diciembre 2015.

Muestra estimada:

La población total de los partos prematuros en el Hospital Materno-infantil Primero de Mayo en el año de 2015 fue de 482 pero debido a los criterios de exclusión según la literatura consultada encontramos un 20-30% de prematuros que son iatrogénicos (inducción por patologías maternas que complican el embarazo) y de un 70 a 80% son espontáneos y de estos el 20-30% son ruptura prematura de membranas. Por tal razón se redujo la muestra de trabajo a partos prematuros espontáneos que corresponden al 50% de la población neta.

La muestra se calculó mediante el programa para cálculo de tamaño muestral, del Departamento de investigación y docencia del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, obteniendo un tamaño muestral de 148 expedientes clínicos.

Criterios de inclusión

- ✓ Embarazos entre las 26 1/7 semanas y las 35 6/7 (según lineamientos del hospital 1° de mayo pacientes con embarazos de 36 semanas de gestación no se consideran partos prematuros, por lo cual se toma esta definición y no la definición internacional la cual abarca hasta embarazos debajo de 37 semanas)
- ✓ Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro que ingresaron a labor de partos.

Criterios de exclusión

- ✓ Embarazos con ruptura prematura de membranas (pacientes ya ingresada con diagnóstico de Ruptura de Membranas).
- ✓ Embarazo con edad gestacional de 36 semanas.
- ✓ Madres con comorbilidades en las cuales sea necesario por indicación médica inducir el trabajo de parto pretérmino (preeclampsia, diabetes,

hipertensión arterial crónica, colestasis del embarazo) mas no así madres que presenten comorbilidades y desencadenan trabajo de parto espontaneo.

Método de recolección de datos

Se obtuvieron los números de expediente de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto prematuro y de una manera aleatorizada se seleccionó el listado de expedientes a solicitar a archivo clínico, con previa autorización de la dirección del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, la gerencia de servicios de apoyo y la jefatura de archivo.

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para determinar cuáles serían utilizados para recolectar la información. Para obtener la información se aplicó el instrumento previamente elaborado por las investigadoras.

La tabulación de datos se empleó cuadros de salida en Microsoft Excel y la realización de graficas de igual manera en Microsoft Excel. Posteriormente las investigadoras realizaron el análisis de los resultados.

Limitaciones y sesgos del estudio:

Para el estudio en cuestión se emplearon únicamente pacientes con diagnóstico de Amenaza de Parto prematuro con edad gestacional de 26 1/7 a 35 6/7 semanas con a las que se ingresó al Hospital Primero de Mayo.

Debido a que es un estudio retrospectivo, se tomó en cuenta la posibilidad de una inadecuada documentación en cuanto a las características en el momento del ingreso de las pacientes encontrando datos faltantes para realizar un adecuado diagnóstico.

Según la literatura consultada la longitud cervical se asocia directamente con riesgo de parto prematuro con o sin factores de riesgo y aun así el número de expedientes revisados a los que se les realizo dicha medida es muy pequeño, siendo este un mejor parámetro que la presencia de actividad uterina sin cambios cervicales.

Consideraciones éticas:

En el presente estudio la información se manejó de carácter estrictamente confidencial, consistiendo en la revisión de expediente a los que solo tuvieron acceso ambas investigadoras, con previa autorización de las autoridades correspondientes; a cada expediente se le fue asignado un numero de codificación, con lo cual se mantuvo resguardada la privacidad de cada paciente.

No se realizaron intervenciones a los casos clínicos, por lo cual no fue necesario obtener el consentimiento informado. El listado de expedientes fue realizado de manera aleatorizada por un sistema informático.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

La presente información se obtuvo a partir de la revisión de los expedientes clínicos y el llenado del instrumento de investigación que fue realizado por los investigadores.

El instrumento constaba de 20 preguntas en total, entre las que se formulaban aspectos sociodemográficos de las pacientes, condiciones clínicas la ingreso, y la edad gestacional a la que verificaron parto, así como las posibles complicaciones que pudieron presentar los recién nacidos.

1.Aspectos sociodemográficos:

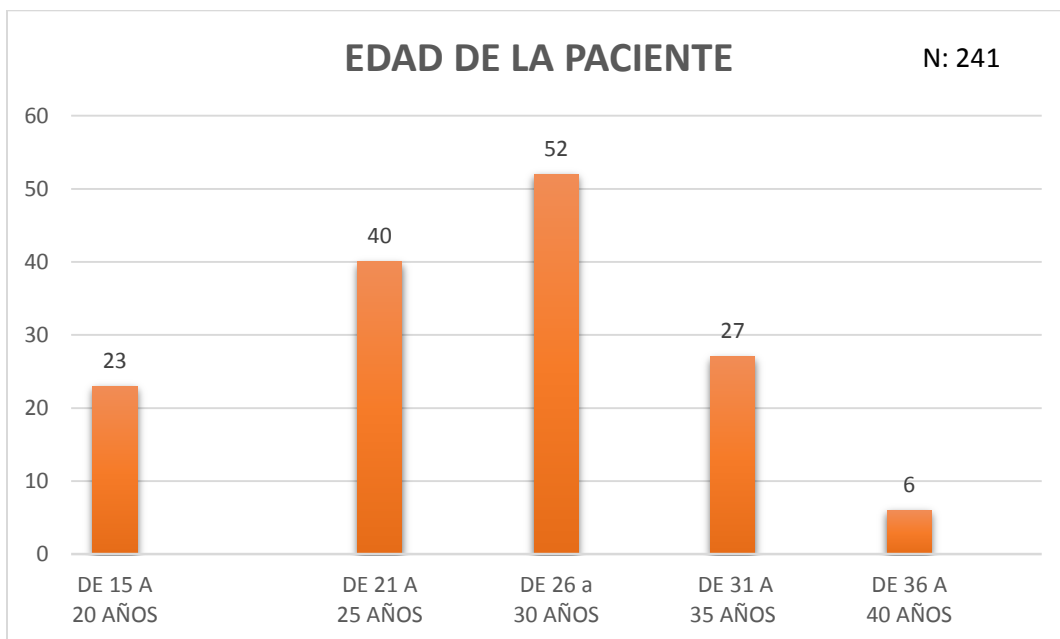


Gráfico 1: edad de las pacientes que ingresaron con amenaza de parto prematuro Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

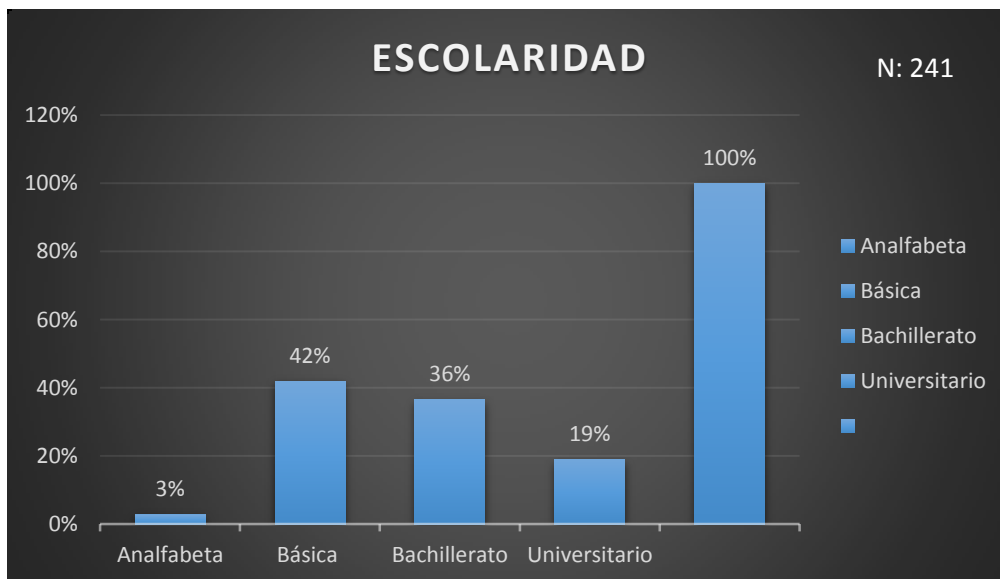


Gráfico 2: escolaridad de las pacientes que ingresaron con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

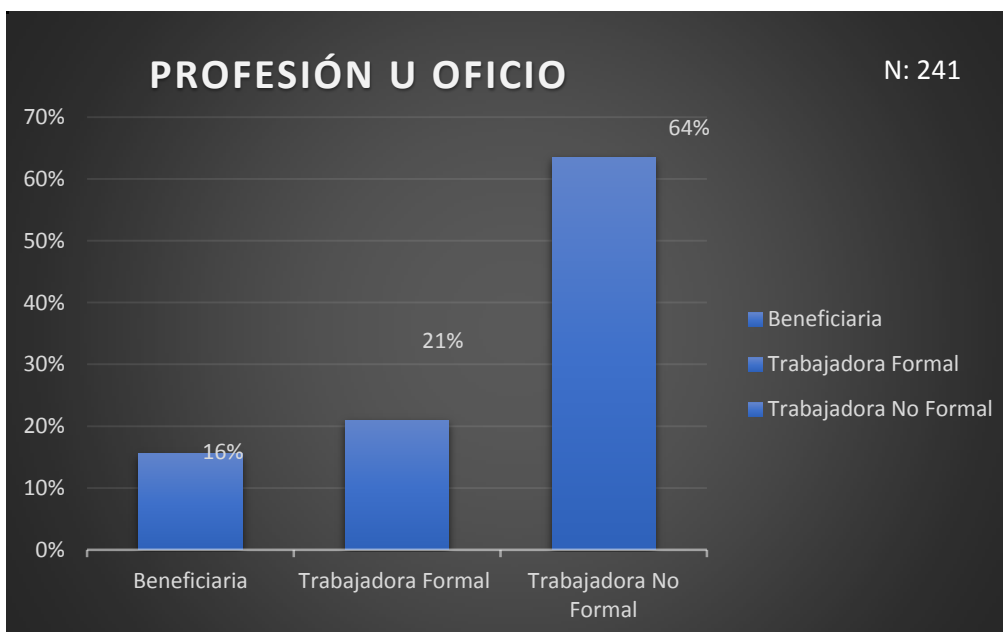


Gráfico 3: Profesión u oficio de las pacientes que ingresaron con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

Con relación a los factores sociodemográficos de las pacientes el 61% se encuentran entre los 21 y 35 años evidenciando que no es un factor influyente para presentar parto prematuro, el nivel educativo que más prevalece es el básico con un 42%, y en cuanto al trabajo el 64% corresponde al trabajo informal.

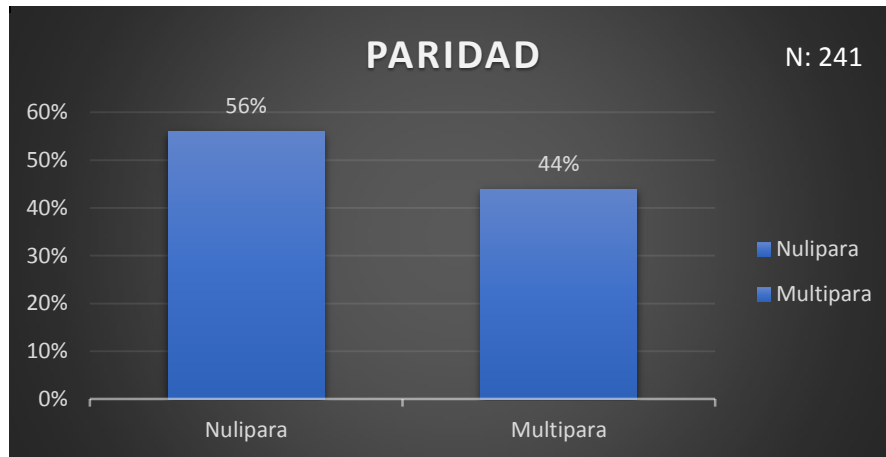


Gráfico 5: paridad de las pacientes que ingresaron con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

DATOS	TOTALES	
Nulipara	83	56%
Multipara	65	44%
TOTAL	148	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

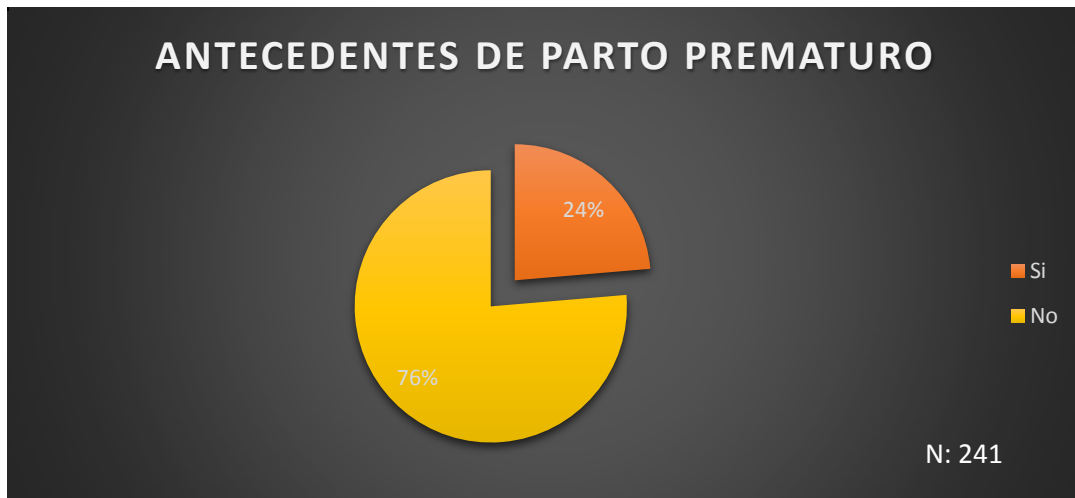


Gráfico 6: Antecedentes de parto prematuro en pacientes multiparas que ingresaron con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

Entre los antecedentes obstetricos de los 148 expedientes 83 eran de pacientes nulíparas y 65 de multiparas, 35 de estas pacientes que equivale a un 54% tenían el antecedente de un parto prematuro, que es uno de los factores de riesgo descrito para parto prematuro.

2. Condiciones clínicas al ingreso

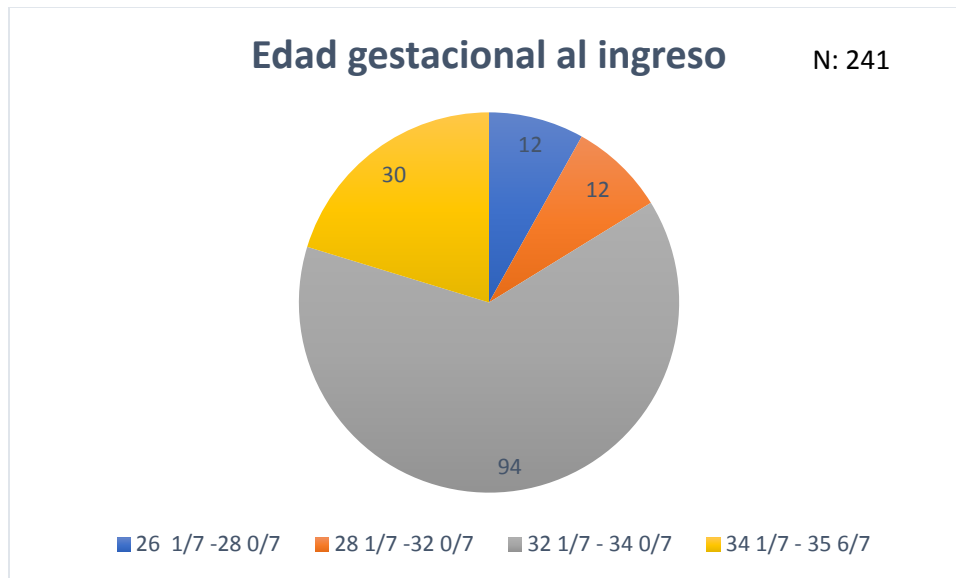


Gráfico 7: edad gestacional al ingreso de las pacientes con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

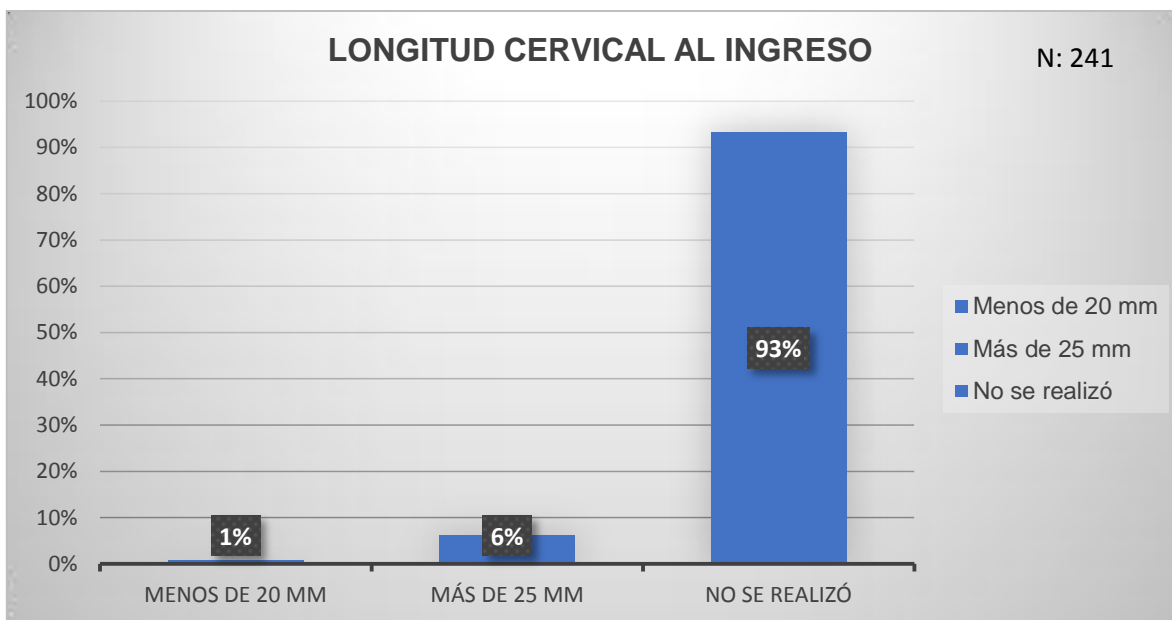


Gráfico 8: longitud cervical al ingreso de las pacientes con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

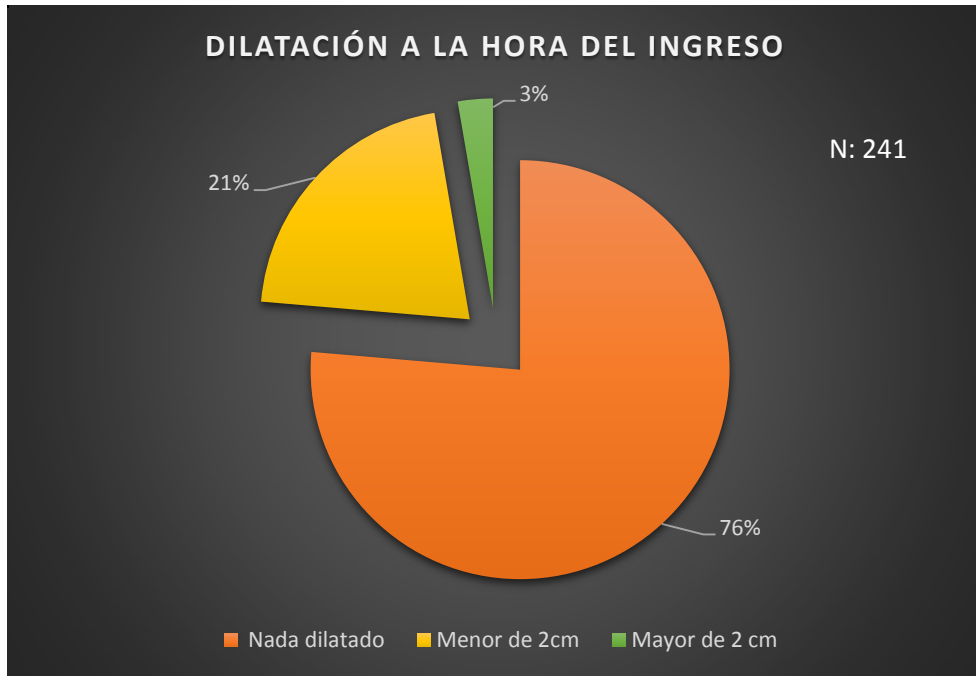


Gráfico 9: dilatación cervical al ingreso de las pacientes con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

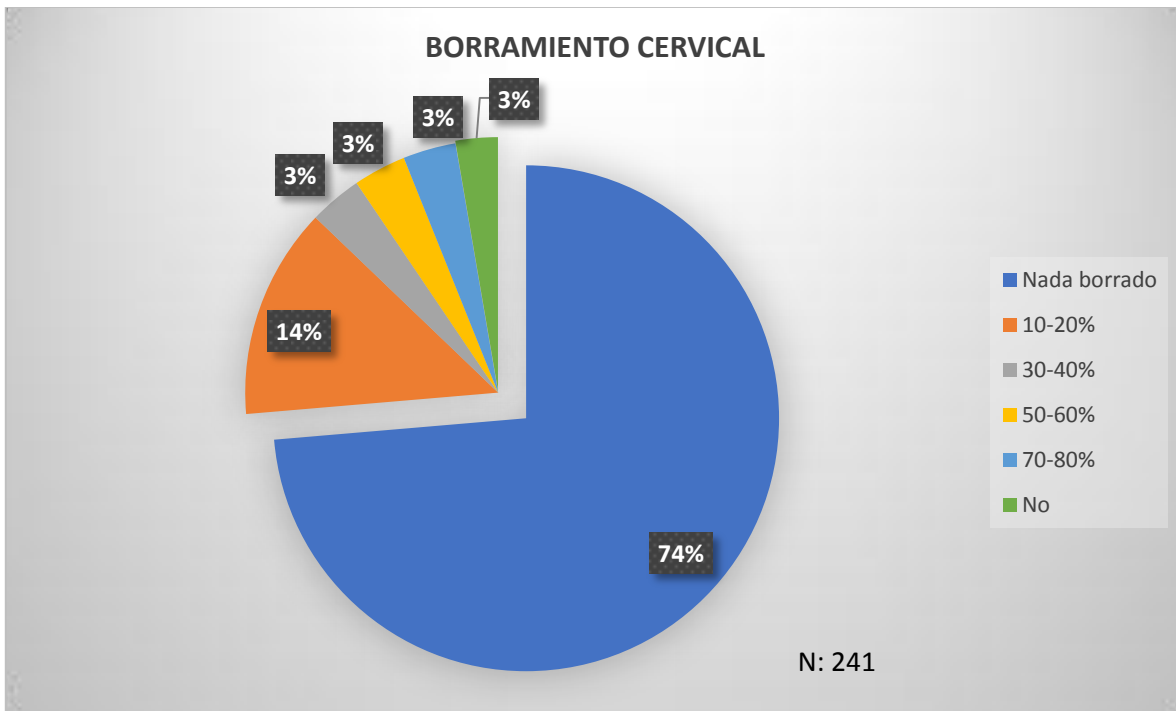


Gráfico 10: borramiento cervical al ingreso de las pacientes con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

DATOS	TOTALES	
Nada borrado	109	74%
10-20%	20	14%
30-40%	5	3%
50-60%	5	3%
70-80%	5	3%
No	4	3%
TOTAL	148	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

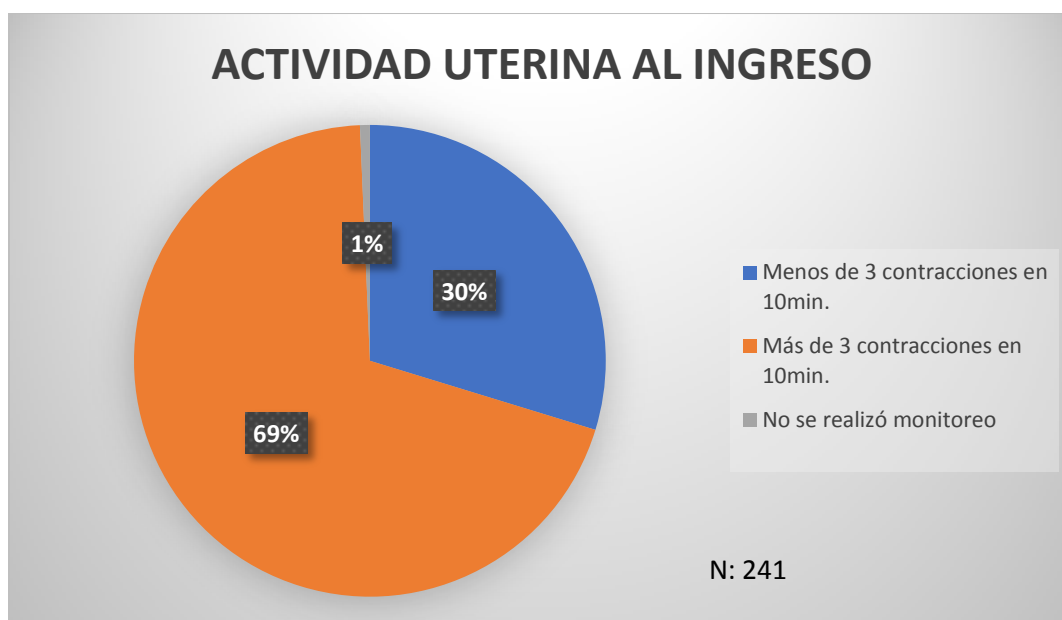


Gráfico 11: Actividad uterina al ingreso de las pacientes con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

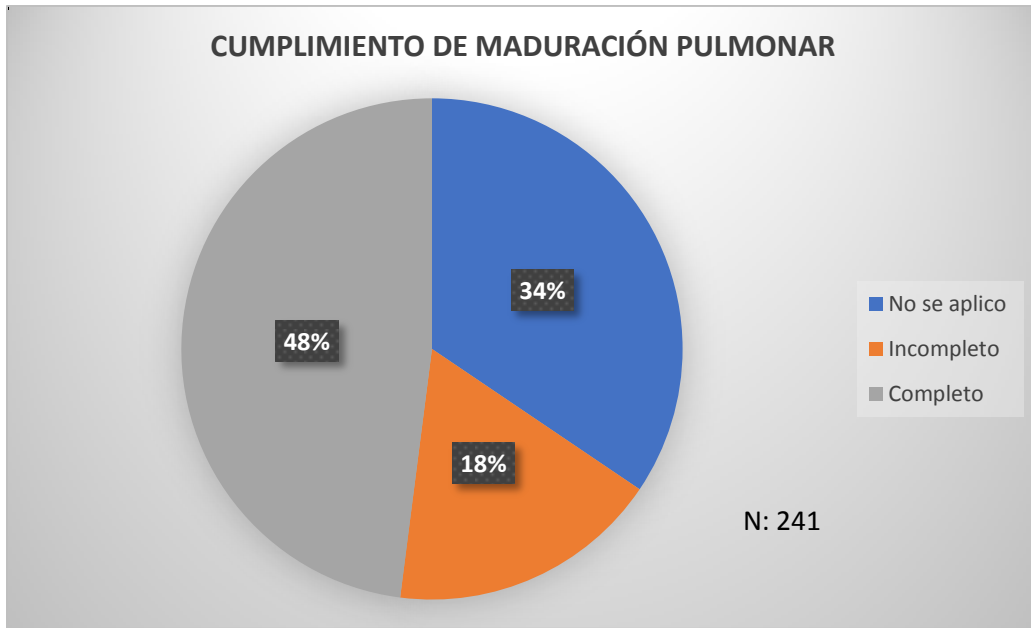


Gráfico 12: Cumplimiento de maduración pulmonar al ingreso de las pacientes con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

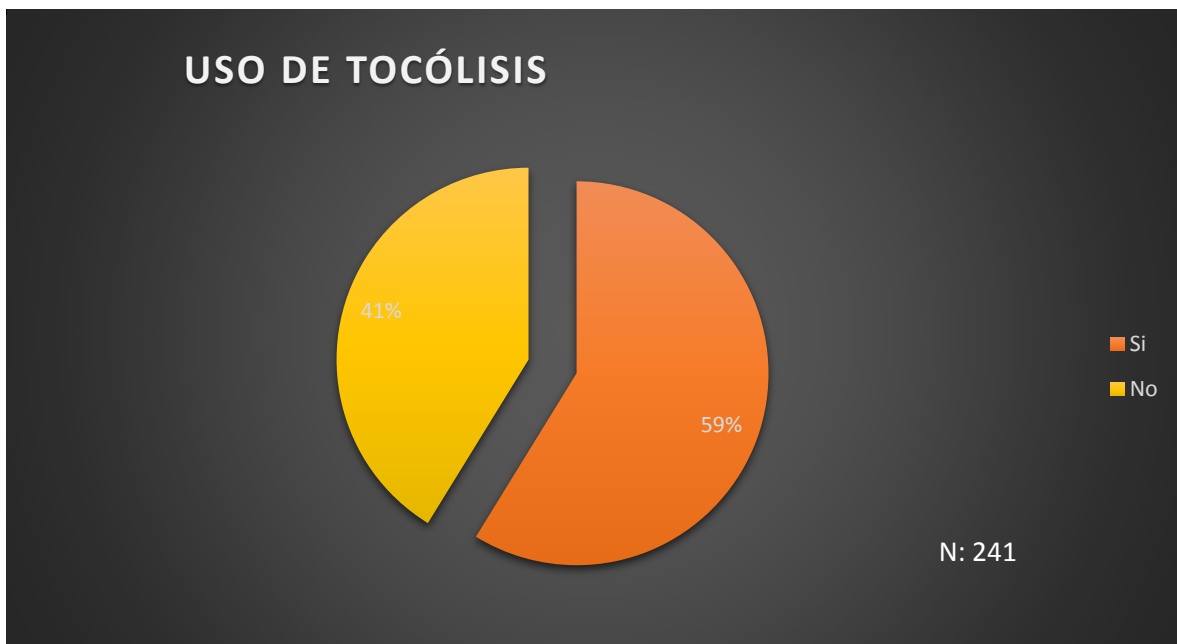


Gráfico13: Utilización de tocolisis en las pacientes con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

3. Evolucion clínica:

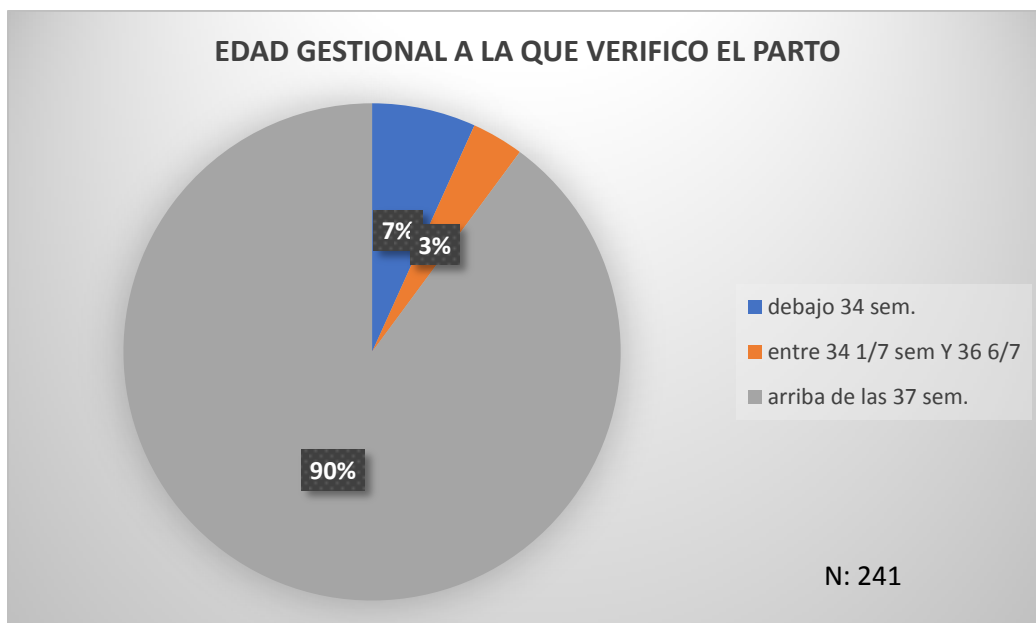


Gráfico 16: Edad gestacional a la que verifico parto las pacientes que ingresaron con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

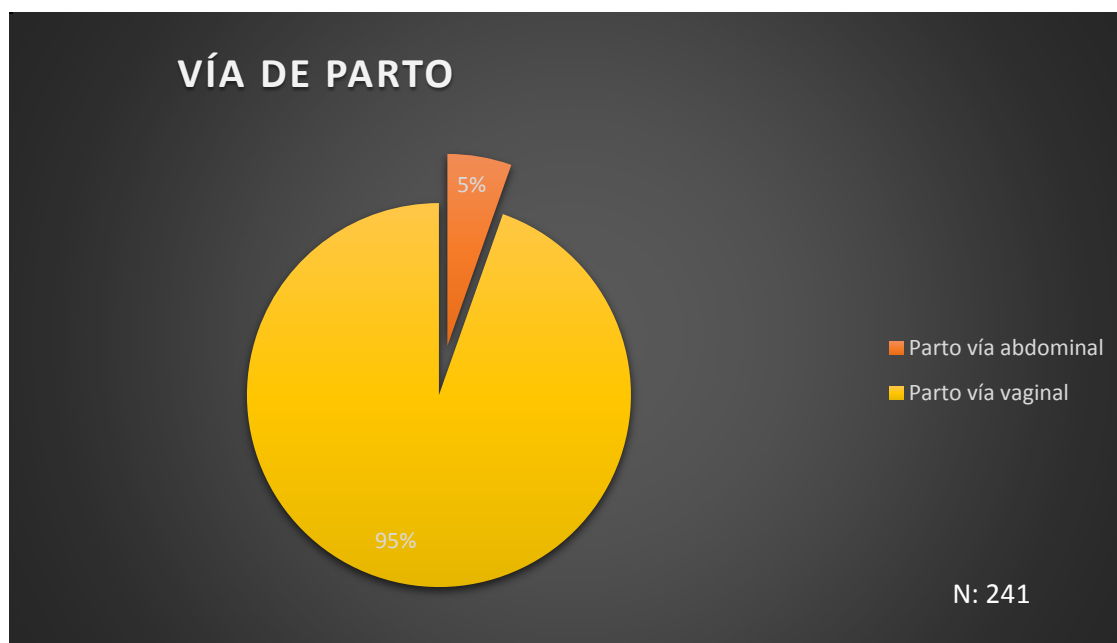


Gráfico 17: Vía de parto de las pacientes que ingresaron con amenaza de parto prematuro. Fuente: Instrumento de recolección de datos de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

Análisis y Discusión de Resultados

En la revisión total de 148 expedientes clínicos de pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el periodo de enero a diciembre del 2015 en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, los hallazgos encontrados fueron los siguientes:

Entre los aspectos demográficos de las pacientes ingresadas podemos mencionar, que el 80% se encontraba en el rango de edad de 21 a 35 años sin observarse sea un factor de riesgo para presentarse el parto prematuro en los extremos de la vida, con un nivel académico hasta básica en un 42%, y el 64% trabajaba de manera informal en oficios domésticos.

Con relación a los antecedentes obstétricos, el 56% se trataba de pacientes nulíparas y un 44% de pacientes multíparas de las cuales 35 de ellas siendo un equivalente a un 54%, contaban con el antecedente de parto prematuro previo, sin embargo, solo un caso se encontraba con medidas preventivas y medidas de longitud cervical seriada. Incluso al 90% de las pacientes no se le realizó longitud cervical como un criterio diagnóstico, solo el 4% presentó una longitud cervical inferior a 30 mm.

Cabe mencionar en cuanto a las condiciones del ingreso el rango de edad gestacional en la cual se encontraban los embarazos fue entre las 32 semanas y 34 semanas, sin embargo, la edad gestacional a la cual verificaron parto dichas pacientes fue arriba de las 37 semanas en un 90%, a diferencia de lo descrito en la literatura la atención de parto en una paciente con trabajo de parto prematuro se verifica antes de alcanzar la semana posterior a su ingreso, por lo cual podemos evidenciar que tomar solo un criterio clínico como lo es la presencia de actividad uterina sin que esta provoque cambios cervicales, como sucedió en la mayoría de los casos que fueron ingresado con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro, ya que el 76% de estos no presentó cambios cervicales, tomando como único criterio para el ingreso la presencia de actividad uterina mayor de tres contracciones en 10 minutos. Llevando así a la necesidad de realizar medidas como la administración de maduración pulmonar en un 48% y el uso de tocolisis, que durante ese periodo el utilizado era el fenoterol el cual según la literatura no es tocolítico efectivo y fue retirado del cuadro base de medicamentos.

Para finalizar el 95% de estos partos fueron vía vaginal, y el 5% restante vía abdominal con indicaciones obstétricas como: inducción fallida, falla en descenso y dilatación, prolongación del segundo periodo y deterioro fetal.

Dentro de las complicaciones neonatales 133 casos no presentaron ninguna complicación, sin embargo, de los 15 que si presentaron alguna complicación el síndrome de distrés respiratorio fue el que se diagnosticó con más frecuencia, aun tomando en cuenta que dichas pacientes ya habían recibido la maduración pulmonar o se encontraban en edades gestacionales a las cuales ya no se aplica.

Ninguna de nuestras pacientes verifico parto en la semana posterior al diagnóstico, el índice de parto prematuro de nuestro centro se ve en incremento por pacientes que presentan ruptura de membranas o con comorbilidades que resultan en iatrogenia.

CONCLUSIONES

- La mayoría de las pacientes en nuestro estudio no cumple con los criterios diagnósticos, así como los criterios de manejo para Amenaza de Parto Prematuro.
- Los hallazgos encontrados en la revisión de expedientes nos hace concluir que el 90% de los ingresos por diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro solo se realizan por la presencia de actividad uterina más no por el progreso de los cambios cervicales que dicha actividad pueda producir.
- Debido a lo cual se realizaron medidas innecesarias como el ingreso, la administración de maduración pulmonar pues la mayoría de las pacientes no verificaron parto a corto plazo además de la utilización de tocolíticos, lo cual se corrobora con la edad a la cual estas pacientes verificaron parto, fue mayor a las semana que esta descrita en la literatura.
- El índice de parto prematuro de nuestro centro se ve en incremento por pacientes que presentan ruptura de membranas o con comorbilidades que resultan en iatrogenia.

RECOMENDACIONES

- Realizar un adecuado fechado del embarazo, ya sea por fecha de última regla o por ultrasonografía temprana.
- Que al momento de la evaluación inicial y sospecha de amenaza de parto prematuro se realice longitud cervical y se acompañe de criterios clínicos, si la paciente es hospitalizada y no cuenta con longitud cervical realizarla lo más pronto posible.
- Si una paciente presenta actividad uterina sin cambios cervicales contar con un área de observación para poder evaluarla posteriormente y percatarse si la actividad uterina es verdadera y está provocando trabajo de parto prematuro para iniciar el manejo adecuado, caso contrario la paciente puede ser dada de alta con recomendaciones sobre cuando volver a consultar.
- Capacitar al personal para la evaluación de correlación clínica con manejo actualizado.
- Verificar el cumplimiento de criterios diagnósticos con la revisión de expedientes clínicos mediante auditorías internas.
- Supervisar la correcta administración de maduración pulmonar.
- Realizar de manera adecuada la técnica de medición de longitud cervical.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *ObstetGynecol* 2012; 119:1308.
2. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Nacimientos: datos preliminares para 2009. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 59 (3): 1-19. Disponible en [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_03 .pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_03.pdf) . Obtenido el 28 de junio de 2011. (Nivel II-3)
3. Mathews TJ, MacDorman MF. Las estadísticas de mortalidad infantil del período 2006 vincularon el conjunto de datos sobre el nacimiento y la mortalidad infantil. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 58 (17): 1-31. (Nivel II-3)
4. Sistema morbimortalidad más estadísticas vitales. SiMMOW.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *ObstetGynecol* 2012; 119:1308.
6. Clausson B, Genetic influence on birth weight and gestational length determined by studies in offspring of twins. *BJOG*. 2000. 107-375.
7. American college of obstetricians and gynecologists, committee on practice bulletins- obstetrics. ACOG practice bulletin no. 127: management of preterm labor. *ObsteteGynecol* 2012, 119: 130
8. American College of Obtetricans and Gynecologist, Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 130: Prediction and Prevention of Preterm Birth, October 2012; 1-1.
9. Julian M Robinson MD.Priterm birth: Risk factors and interventions for risk reduction. April 2016, 1-13
10. Lykke Ja, Paidas MJ. Recurrin complications in second pregnancy *Obstet-Gynecol* 2009, 113.
11. Lykke Ja, Paidas MJ. Recurrin complications in second pregnancy *Obstet-Gynecol* 2009, 113.
12. Charles J Lockwood, MD, MHCM. Pathogenesis of spontaneous preterm birth. June 2016, 1-10.

13. Charles. J Lockwood MD, MHCM, Pathogenesis of spontaneous preterm birth, June 2016, 1-10.
14. Charles J Lockwood, MD, MHCM. Diagnosis of preterm labor and Overview of preterm birth. February, 1.
15. Charles J Lockwood, MD, MHCM, Diagnosis of Preterm labor and overview of preterm birth, February 2016, 5-8

ANEXOS

Título de investigación: EVOLUCION CLINICA DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, EN EL HOSPITAL PRIMERO DE MAYO, DE ENERO A DICIEMBRE DE 2015.

1. Edad: _____
2. Escolaridad:
a) Analfabeta. b) Básica. c) Bachillerato. d) Universitario.
3. Profesión u oficio: _____
4. Lugar de residencia: a) Rural. b) Urbana.
5. Paridad:
a) Nulípara. b) Multipara
6. Tiene antecedentes de parto prematuro
a) Si b) No
7. Edad gestacional al ingreso: _____
8. Longitud cervical al ingreso:
a) Menos de 20mm. b) más de 25mm. c) No se realizo
9. Dilatación al ingreso:
a) Nada Dilatado b) menor de 2cm. c) mayor de 2cm.
10. Borramiento al ingreso:
a) Nada Borrado. b) 10-20%. c) 30-40%. d) 50-60%. e) 70-80%.
11. Actividad uterina al ingreso:
a) menos de 3 contracciones en 10 min. b) más de 3 contracciones en 10 min.

12. Cumplimiento de maduración pulmonar:
a) No se aplicó. b) Incompleto. c) Completo.
13. Recibió tocolisis la paciente
a) Si b) No
14. Progreso clínico de la amenaza de parto prematuro:
a) verifico parto en ese ingreso trabajo de parto. b) sin progreso en la dilatación al momento del alta
15. Días de estancia intrahospitalaria:
a) 1-3 días. b) 4-6 días. c) más de 6 días.
16. Edad gestacional a la que verifico parto:
a) debajo 34 sem. b) entre 34 1/7 y 37 sem. c) arriba de las 37 sem.
17. Tipo de parto:
a) Parto vía abdominal b) Parto vía vaginal.
18. APGAR de recién nacido:
a) 1-3. b) 4-7. c) 8-10.
19. Complicaciones del neonato:
a) SDR. b) Hemorragia intracerebral. c) enterocolitis necrotizante.
d) Sepsis.
20. Días de estancia intrahospitalaria del neonato:
1-3. b) 4-10. c) más de dos semanas