

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA

**PROGRAMA DE POSTGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, DRA “ MARIA ISABEL RODRIGUEZ”



INFORME FINAL DE LA INVESTIGACION

**Aplicabilidad de criterios diagnósticos, identificación de factores
causales y evolución clínica de pacientes con diagnóstico de amenaza
de parto prematuro atendidas en la unidad de emergencia en pacientes
de 15-35 años en el Hospital Nacional de la Mujer de Enero a marzo
2015**

Investigador: Dra. María Alejandra Molina Gálvez

Para optar por el título de Ginecología y Obstetricia

Asesor: Dr. Giovanni Ríos.

SAN SALVADOR, DICIEMBRE 2016

CONTENIDO

∂ RESUMEN	3
∂ INTRODUCCION	4-5
∂ JUSTIFICACION	6-7
∂ OBJETIVOS	8
∂ METODOLOGIA	9-11
∂ PLAN DE OPERACIÓN DE VARIABLES	12-14
∂ RESULTADOS	15-22
∂ DISCUSION	23-24
∂ CONCLUSIONES	25
∂ RECOMENDACIONES	26
∂ BIBLIOGRAFIA	27-28
∂ ANEXOS	29-30

RESUMEN

En El Salvador la amenaza de parto prematuro se sitúa en entre los 5 principales motivos de consulta e ingreso materno en las distintas maternidades del país.

Durante la investigación se realizó la revisión de expedientes clínicos del Hospital Nacional de la Mujer, a través de un instrumento de recolección de datos permitiendo identificar elementos epidemiológicos representativos de las pacientes consultantes: pacientes jóvenes con baja escolaridad y estado civil de soltería y en unión libre fueron las principales características comunes identificadas.

A través del presente estudio se indagó sobre la aplicabilidad de los criterios establecidos para identificar causas de amenaza de parto prematuro, el 75% no cumplía con las características de dinámica, 62.5% no cumplían con las características del score de Bishop y un 14.2% no se describían los datos, se contaron únicamente con 13 pruebas objetivas de longitud cervical de todos los casos estudiados y mayoría de estos tenían longitud mayor de 3 cm evidenciando bajo riesgo de presentar un parto prematuro en los siguientes 7 días. Lo anterior nos permite evaluar que existe un sobre diagnóstico en la evaluación clínica de las pacientes que ingresan como amenaza de parto pre término.

Dentro de los factores de riesgos estudiados se identificó que las amenazas de parto prematuro en embarazos previos, historia de infección de vías urinarias durante el embarazo y cesárea actual fueron los principales identificados tal y como lo apoya la literatura.

El 46% de los casos llegaron al término, solo el 7% verificó parto prematuro, lo cual apoya que se está realizando un sobre diagnóstico de esta entidad, la que en un alto porcentaje de pacientes nunca se identificó la etiología de la amenaza de parto prematuro.

INTRODUCCION

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2005 se registraron 12,9 millones de partos pretérmino, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso. En América Latina y el Caribe se produjeron 0,9 millones de partos pretérmino. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%)(2)

En El Salvador, el 29% de mortalidad en menores de 5 años es causada por prematuridad. La inmadurez extrema (desarrollo incompleto del feto) es casi el 50% de toda la prematuridad.

Del total de consulta realizada en el Hospital nacional de Maternidad entre 2013 y 2014 el 23 al 25% de la consulta fue sobre amenaza de parto prematuro, para 2013 se reporta un total de 507 casos(x), de la cual El 80% de las consultas por amenaza de parto prematuro no terminaron en un parto prematuro. Dos tercios de las APP_(xi) no dieron a luz en las siguientes 48 horas y más de un tercio llegaron a término (de los subsecuentes que llegaron a atención del parto)

En el Hospital nacional de la Mujer hay muy poco escritos e investigación sobre amenaza de parto prematuro, según datos de la biblioteca del hospital, se cuenta con el proyecto de investigación “Progesterona micronizada vía oral como tocolítico coadyuvante en la amenaza de parto prematuro en el Hospital Nacional de Maternidad en el período de julio-agosto 2011” como único aporte relacionado al tema.

El presente trabajo recopiló información valiosa obtenida a través de un instrumento de recolección de datos en la revisión de expedientes clínicos de pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en los periodos de Enero a Marzo 2015, obteniendo el perfil epidemiológico de las pacientes consultantes, de esta manera establecer un perfil de riesgo en las pacientes que consultan en el

Hospital Nacional de la Mujer, como parte del abordaje integral de la paciente embarazada, además la investigación evaluó si se aplicaron al momento de realizar el diagnóstico y decidir conducta de ingreso los criterios mínimos establecidos por la literatura y guías de manejo en cuanto a evaluación de características toco dinámicas y cambios cervicales con puntaje de score de bishop o pruebas más objetivas como la medición de la longitud cervical, buscando de esta forma identificar presencia o no de sobre diagnóstico de esta entidad, lo anterior permitiría clasificar a las pacientes en dos grupos de abordaje, pacientes que se mantendrían en observación si al momento de la consulta no cumplen con los criterios mínimos de ingreso y el grupo de pacientes que si cumple con los criterios diagnósticos, el ingreso y cumplimiento de protocolo de atención .Se encontraron limitantes importantes como: falta de registro de características clínicas a la evaluación de toco dinamia y modificaciones cervicales así como una escasa realización de prueba objetiva como medición de longitud cervical.

Además se identificaron los principales factores de riesgo presentes en las madres consultantes para lograr inferir en aquellos factores prevenibles o clasificar a estas pacientes como de alto riesgo de amenaza de parto prematuro.

El mejor parámetro para identificar si las pacientes ingresadas eran verdaderas amenazas de parto prematuro era establecer su evolución, únicamente el 7% de los casos verificaron parto pre término, lo cual indican que eran verdaderas amenazas de parto prematuro al momento de la evaluación. Sin embargo se contó con la limitante de 12.5% de los casos en los que se desconoce la evolución.

JUSTIFICACION

La amenaza de parto pre término constituye un problema de salud pública a nivel mundial, manteniéndose a su vez como problemática para los obstetras y neonatólogos, tanto por los riesgos maternos y la morbilidad fetal, además constituye un problema institucional debido al alto gasto que esta problemática con lleva.

Dicho cuadro clínico representa en el Hospital Nacional de la Mujer un verdadero problema para la obstetricia moderna, que provoca elevación de los gastos en los sistemas de salud del todo el mundo, para cuidados médicos durante el período perinatal y posterior en la vida de estos niños, debido a las secuelas resultantes de las injurias de ese período de vida. Representa uno de los principales motivos de consulta y de ingreso hospitalario. Para 2013 se registra un promedio de consultas por APP de 507^(xi) casos, por ende la valoración en la unidad de emergencia y el cumplimiento de los criterios de ingreso forman un papel importante para la valoración oportuna del ingreso. Según el sistema informático de gestión de El Salvador^(xi), el valor promedio día de una cama de hospital puede rondar entre los \$75 y \$127 dólares diarios, siendo para estas pacientes un promedio de estadía de 72-90 horas sin reinicio de actividad uterina posterior a la tocólisis.

Además el ingreso de estas pacientes incluye los costos de tocólisis, maduración pulmonar si el embarazo es abajo de 34 semanas. El promedio de exámenes básicos indicados a una paciente que ingresa con diagnóstico de amenaza de parto prematuro es alrededor de \$27 incluyendo hemograma, examen general de orina , urocultivo , VDRL y cultivo de secreciones vaginales según lo establece la guía de atención del ministerio de salud, además una ultrasonografía obstétrica para determinar edad gestacional, índice de líquido amniótico y longitud cervical. Haciendo un promedio de costos de \$367- \$575 por paciente.

Dado que el diagnóstico de amenaza de parto pre término muchas veces se vuelve subjetiva y dependiente del examinador, es importante la evaluación de cada caso clínico, de la manera más estandarizada posible con el fin de disminuir la sobrevaloración de los síntomas manifestados y diferenciar un verdadero episodio de

amenaza de parto prematuro, contra falso trabajo de parto. Permitiendo clasificar a las pacientes con riesgo bajo y otro grupo de riesgo alto con base a los hallazgos clínicos, Esto permitirá proponer dos tipos de manejo. Al primer grupo; tratamiento basado en observación hidratación, reposo y reevaluación subsecuente. Al segundo grupo: Ingreso y cumplimiento de la guía clínica establecida por el ministerio de salud

El seguimiento de estos pacientes forma un pilar importante en la investigación ya que permite conocer si las medidas realizadas han sido oportunas y efectivas, además de identificar la etiología. Este podría ser un parámetro y un punto de partida para nuevas medidas de intervención y mejorar así esta problemática que aqueja a las pacientes de nuestro hospital y evitar el sobre diagnóstico de amenazas de parto prematuro que hagan incurrir en ingresos y medidas no justificadas.

OBJETIVOS:

Objetivo General

Determinar los parámetros clínicos utilizados para el diagnóstico e ingreso de las pacientes que consultan en la unidad de emergencia con amenaza de parto prematuro, el perfil epidemiológico materno, factores causales y etiológicos, así como el seguimiento y evolución clínica al egreso hospitalario en casos atendidas en el Hospital Nacional de Maternidad en pacientes de 15-35 años de enero a marzo 2015

Objetivos específicos

- Identificar el perfil epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro
- Determinar la aplicación de criterios y parámetros clínicos utilizados en el diagnóstico de amenaza de parto prematuro
- Conocer los factores de riesgo presente en las madres que consultan con amenaza de parto prematuro.
- Conocer la evolución clínica de las pacientes que fueron ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

DISEÑO METODOLOGICO

1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo transversal, observacional.

2. TIEMPO DE INVESTIGACION

Enero a Marzo 2015

3. UNIVERSO

Pacientes que consultaron en el Hospital Nacional de la mujer Dra “Maria Isabel Rodriguez” ingresadas por diagnóstico de amenaza de parto pre término

La muestra será tomada independientemente del horario y la persona que brinde la atención a pacientes tomada del censo diario del servicio de unidad de emergencia y partos como servicios donde inicialmente se maneja dicho cuadros clínicos.

Según datos de ESDOMED para las fechas estipulada se registran 138 casos, constituyendo así el universo de pacientes, se analizaran el 100% de los casos registrados.

4. MUESTRA

Según el registro de ESDEMED se reportan para las fechas establecidas 138 casos por lo que tomo para evaluación el 100 % de la muestra.

Criterio de inclusión:

- Paciente que ingrese con diagnóstico de amenaza de parto pre término.
- Casos evaluados en la unidad de emergencia del Hospital nacional de la Mujer.
- Paciente con embarazo mayor a las 22 y menor de las 36 6/7 sem
- Pacientes entre 15 y 35 años de edad.
- Pacientes que hayan cumplido tocólisis y luego hayan sido trasladadas al servicio de perinatología.

- Pacientes quienes en la evaluación clínica tengan descrita la información de las características cervicales.
- Cuadros y expediente que estén disponibles a revisión en el departamento de ESDOMED.

Criterios de exclusión.

- Pacientes en quienes se dejen evolucionar y se determinen que son embarazos de término.
- Paciente con trastorno hipertensivo agudo del embarazo.
- Pacientes que durante su ingreso presenten ruptura de membrana
- Amenaza de parto prematuro y asociación a placenta previa.

4. FUENTE DE INFORMACION

- Expediente clínico
- Censo diario de pacientes
- Información de datos de ESDOMED.
- Datos obtenidos de CLAP .

5.TECNICA DE OBTENCION DE INFORMACION

- Revisión de expediente clínico.

HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCION DE INFORMACION

- Instrumento de evaluación.
- Expediente clínico
- Exámenes reportados
- Ecografía.

MECANISMO DE RESGUARDO Y CONFIDENCIALIDAD

La información recopilada se realizara a través la revisión de expedientes obtenidos del sistema de archivos de este centro hospitalario, debido a que es una investigación de tipo retrospectiva. La información y datos obtenidos se maneja de forma anónima y confidencial, omitiendo nombre y datos personales de los pacientes evaluados, siendo estos de uso exclusivamente académicos para la generación del conocimiento.

La información obtenida será utilizados únicamente por el investigador , retomando los datos obtenidos en una base de datos con programas informáticos como Microsoft Word y Excel , representados en gráficas y tablas de tabulación con fin únicamente académico, y mantenidos en la biblioteca de Hospital Nacional de la Mujer “Dra Maria Isabel Rodriguez” con un periodo de resguardo de 5 años

PLAN DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Indicador	Valor	Variable conceptual	Variable Operacional
Determinar la aplicación de criterios y parámetros utilizados en el diagnóstico de amenaza de parto prematuro	<ul style="list-style-type: none"> Cambios cervicales descritos y score de bishop 	<ul style="list-style-type: none"> Dilatación Borramiento Estación Posición del cérvix Consistencia 	Dilatación de 2 a 3 cmts borramiento mayor del 80% O score de bishop mayor de 5 pts	<ul style="list-style-type: none"> Longitud de la apertura cervical en centímetros y valoración de acortamiento de la longitud del cérvix en porcentaje. Relación del cuello y variación en su posición y consistencia Debajo de 5 puntos falso trabajo de parto Arriba de 5 puntos APP. 	1.Cumple con los criterios de ingreso. Iniciar el protocolo de atención 2.No cumple con alguno de los criterios. Mantener en observación y completar estudios
	<ul style="list-style-type: none"> Longitud cervical. 	Longitud cervical en mm. (0-50mm)	<ul style="list-style-type: none"> Longitud cervical menor de 25 mm Longitud cervical 26-30 mm Longitud cervical mayor de 30 mm 		
	<ul style="list-style-type: none"> Características de contracciones 	<ul style="list-style-type: none"> Numero de Contracciones palpables o evidenciado en tocografía Regularidad de las contracciones Duración de las contracciones 	<ul style="list-style-type: none"> 4 Contracción en 20minutos (2 en 10 mins) Contracciones regulares o irregulares Contracciones de al menos 30 segundos. 	Caracterización de las contracciones uterinas en cuanto a número, frecuencia e intensidad medidas entre 10 y 20 minutos.	
Identificar el perfil epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro	<ul style="list-style-type: none"> Edad en años 	<ul style="list-style-type: none"> 10-18años 19-25años 25-35años 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente de riesgo alto Paciente de riesgo bajo 	<ul style="list-style-type: none"> Edad en años, clasificándolo en rangos de alto o bajo riesgo 	Perfil epidemiológico de resigio alto
	<ul style="list-style-type: none"> Escolaridad (grado escolar finalizado) 	<ul style="list-style-type: none"> Educación básica (1 a 9 grado) Educación media (bachillerato) Educación superior (universidad) 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente de riesgo alto Paciente de riesgo alto Paciente riesgo bajo. 	<ul style="list-style-type: none"> Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro educativo. Escolaridad baja representa riesgo 	Perfil epidemiológico ba
	<ul style="list-style-type: none"> Estado civil 	<ul style="list-style-type: none"> Soltera Casada Acompañada Divorciada. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente de riesgo alto Paciente de riesgo bajo Paciente de riesgo alto Paciente de riesgo alto 	<ul style="list-style-type: none"> Condición de una persona en el registro civil con respecto a una pareja. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Características de los controles prenatales 	<ul style="list-style-type: none"> Completos Incompletos Sin controles 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente de riesgo bajo Paciente de riesgo alto Paciente de riesgo alto 	<ul style="list-style-type: none"> Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos en embarazada durante la gestación. El numero depende del factor de 	

				riesgo y la edad gestacional .	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los factores de riesgo presente en las madres que consultan con amenaza de parto prematuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Adulto 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 18 años • Arriba de 18 años 	Factor de riesgo presente	<ul style="list-style-type: none"> • Edad en años, menor de edad debajo de 18 años o adulto si es mayor de 18 años. 	Factores de riesgo identificado.
	<ul style="list-style-type: none"> • Componente infeccioso 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección de vías urinarias a repetición • Infección de vías urinarias al momento de la evaluación • Otras enfermedades • Infecciosas durante embarazo • Corioamnionitis. 	Factor de riesgo presente.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factor infeccioso. 	Sin factores de riesgo.
	<ul style="list-style-type: none"> • Patología materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Hipertensión arterial crónica • Fibromatosis uterina • Patología tiroide • Otra enfermedad 	Factor de riesgo presente.	<ul style="list-style-type: none"> • Patología materna de base. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Parto pre término previo 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de las 25 semanas • Entre las 26 -32 semanas • Entre las 32 y 36 6/7 semanas 	Importante factor de riesgo para Amenaza de parto prematuro y para parto pre término	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de parto pre término previo. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la evolución clínica de las pacientes que fueron ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad uterina posterior a tocólisis • Reinicia actividad uterina • Evoluciono • Llego al término. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cede • Persiste • Si • No Verifico parto <ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Cesarea Si No Sin dato 	<ul style="list-style-type: none"> → Evolución satisfactoria → Evolución No satisfactorio → Evolución no satisfactoria → Evolución satisfactoria Verdadera APP → Evolución satisfactoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis general del cuadro estudiado. si se diagnostica una amenaza de parto prematuro y se cumple con el protocolo de atención y evolución. 	

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

La investigación parte del enriquecimiento teórico y la aplicación del instrumento de recolección de datos en los expedientes clínicos reportados con el diagnóstico de ingreso de amenaza de parto prematuro en el periodo de enero a marzo 2015 en la base de datos de ESDOMED del Hospital Nacional de la Mujer.

Una vez recopilada la información necesaria, se tabularon datos y agruparon de forma sistemática utilizando los programas de Microsoft office Professional Plus 2013 como Word y Excel, realizando además las gráficas correspondientes y la correlación de resultados.

Validación de los datos por metodología de doble entrada para garantizar la calidad del mismo en base Excel y Epi Info7. Las guías de recolección de la información están disponibles en una base de datos en Excel y en el paquete de Epi Info 7, para comprobar la validación de la información

LIMITANTES DEL ESTUDIO.

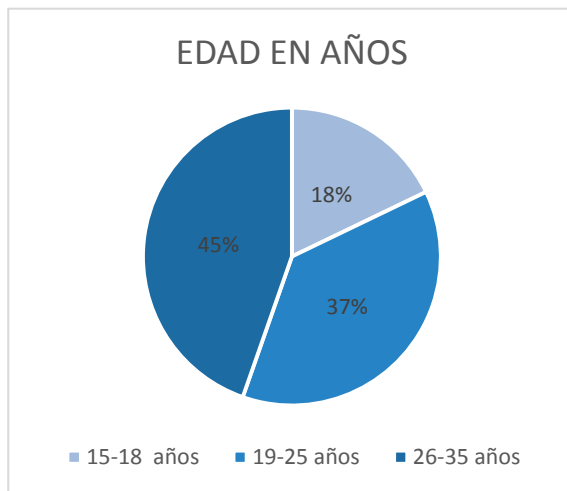
- Acceso a expedientes clínicos registrados con el diagnóstico correspondiente a la investigación y que al momento de buscarse en el departamento de ESDOMED estos se reporten como inexistentes, extraviados o no disponibles
- Extravió de exámenes de laboratorio o no reporte de los mismos en el expediente clínico.
- CLAP incompletos con información de importancia en la investigación.

RESULTADOS:

Perfil epidemiológico materno:

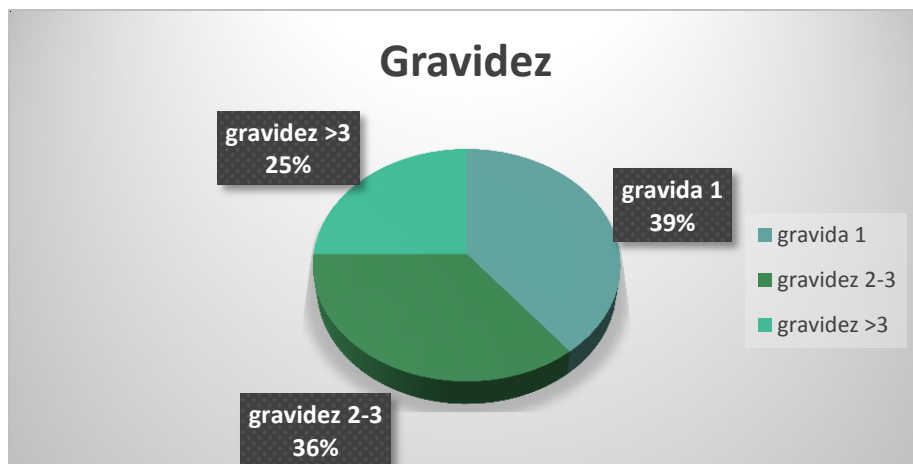
El estudio requirió de la revisión de los expedientes clínicos, se contó inicialmente con el dato de registro en ESDOMED 138 casos para la fechas de la investigación, sin embargo se realizó el análisis de un total de 100 expedientes de los cuales 56 cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

15



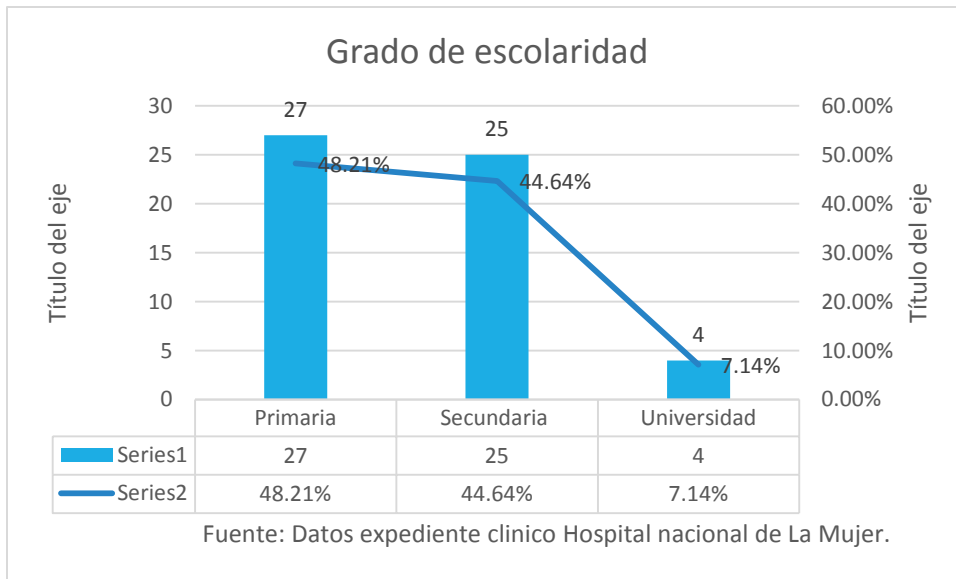
Del total de los casos estudiados se estable un patrón epidemiológico de la paciente con amenaza de parto prematuro el 82% pacientes son mayores de edad, el 18% es menor de edad y el 45% son adultos entre los 26- 35 años

Fuente: Información obtenidos expediente clínico clínico

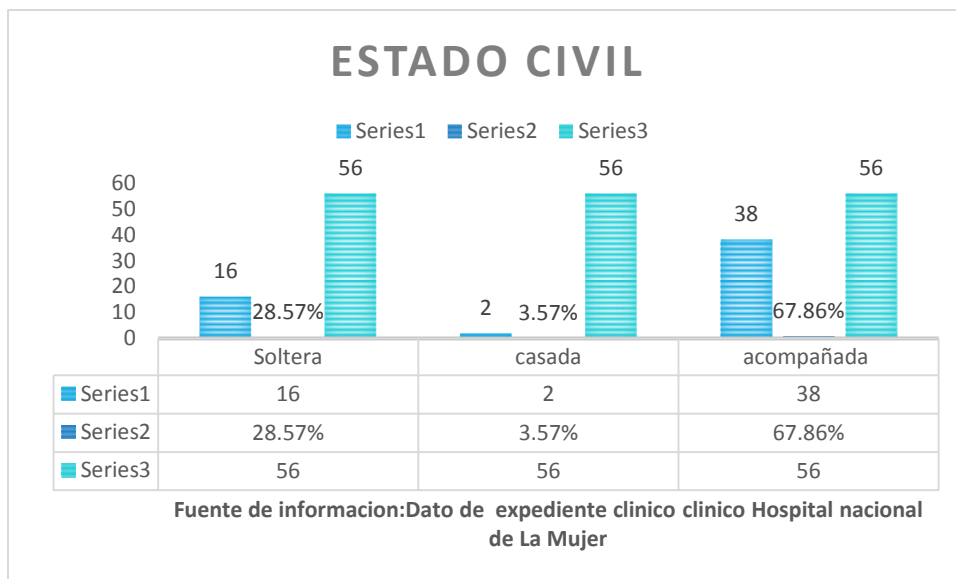


Fuente: Información obtenidos expediente clínico clínico

El 39% de ellas se encontraban en su primera gestación, el 36% entre el segundo y el tercer embarazo y el 25% eran pacientes multíparas con más de tres embarazos.

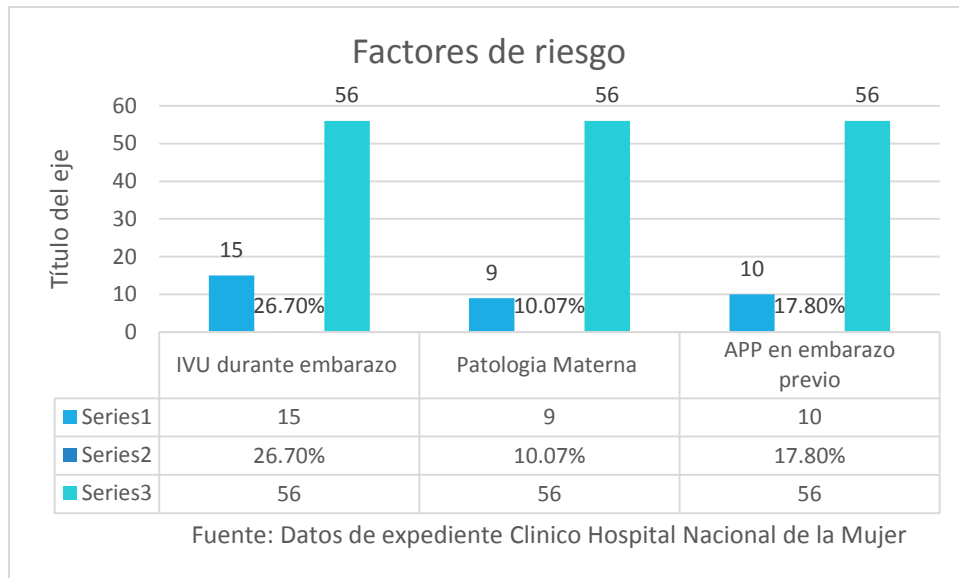


De estas pacientes se catalogan como embarazo de riesgo debido a sus características epidemiológicas: Como bajo nivel de escolaridad en el 92% quienes no superaban la secundaria y apenas el 7.14 % alcanzaban un nivel universitario.

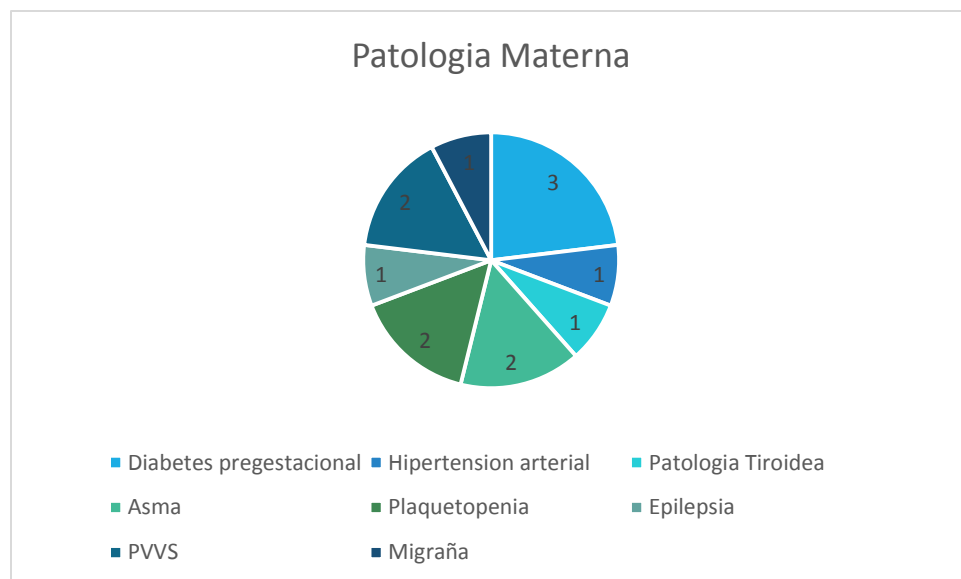


Inestabilidad familiar pues apenas el 3.5 % estaba casada, el resto mantenían un estado civil de unión libre o soltería

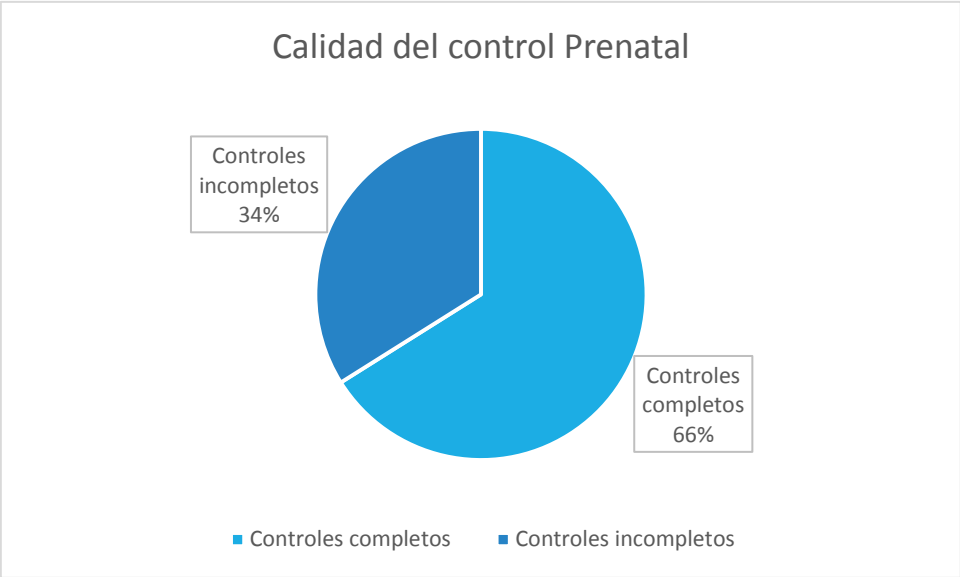
FACTORES DE RIESGO MATERNOS:



Los antecedentes de infecciones de vías urinarias están presentes en un 26% de las pacientes coincidiendo así con la literatura revisada que apoya fuertemente la asociación de infecciones del tracto urinario con amenaza de parto pre término, la historia de amenaza de parto pre término en un 17%, patologías maternas en un 10% , de las cuales las principales son :

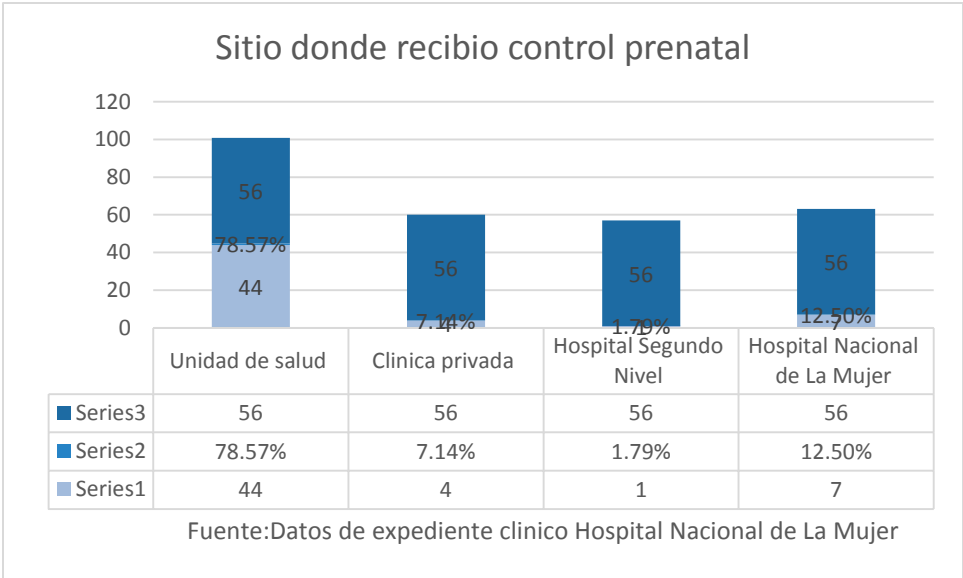


Los principales factores de riesgo identificados en las pacientes que consultaron, únicamente 9 casos es decir el 16% de las pacientes que consultaron tenían antecedente de enfermedad materna, el resto era paciente sana, de estas patologías identificadas: Diabetes, paciente viviendo con el virus del sida y plaquetopenia fueron las principales la lista aunque en proporciones bajas. Por otro lado se identificaron más, las causas de antecedentes infecciosos durante el embarazo; como era de esperarse, a la cabeza, las infecciones de vías urinarias durante el embarazo en un 26.7%, sin embargo se logra identificar fallos en los servicios de salud pues no logra establecerse las pautas y medidas de seguimiento de estos procesos infecciosos pues únicamente se contó con un caso en el cual se había dado seguimiento de urocultivo posterior a tratamiento. Otro factor de riesgo importante identificado en el estudio, fue el antecedente de parto prematuro previo en un 17.86%. y cesárea previa también en un 17.86% de los casos.



Fuente: Información obtenidos expediente clínico clínico

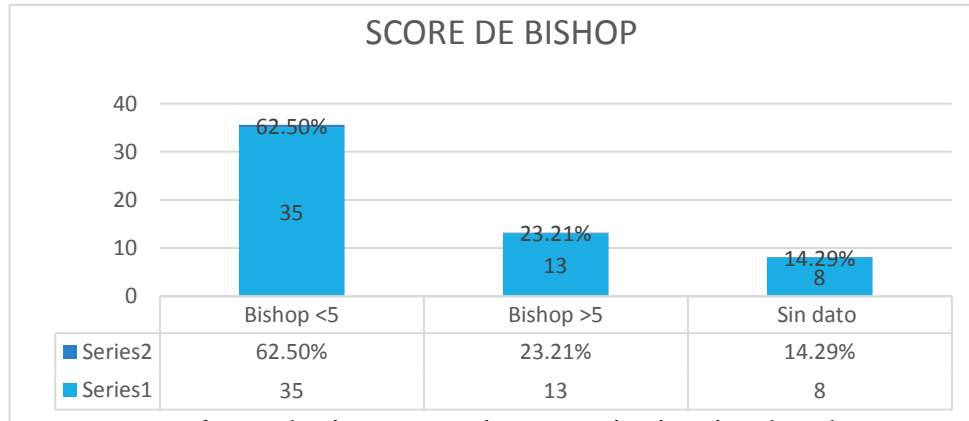
En cuanto al análisis en el control prenatal se estableció que el 66% llevo sus controles en unidad de salud y el sector privado estaba representado en el 7% de los casos de los cuales un alto porcentaje continua siendo incompleto en un 34%.



El 44% de las pacientes recibieron sus controles prenatales en unidad de salud.1% en hospital de segundo nivel , 12% en el Hospital nacional de la Mujer y apenas el 7% en clínica privada.

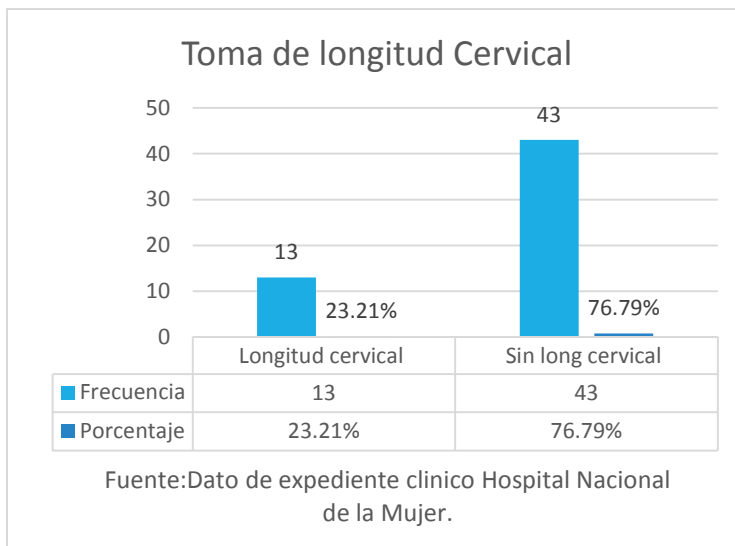
APLICABILIDAD DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Otro de los objetivos principales de la investigación era establecer la aplicabilidad de los criterios de ingreso, el estudio arrojó datos importantes pues el 75% de los casos no cumplían con las características tocodinámicas para considerarse amenaza de parto prematuro, el 62.5% tampoco cumplía con los parámetros de puntaje de BISHOP mayor de 5, necesarios para considerarse amenaza de parto prematuro.



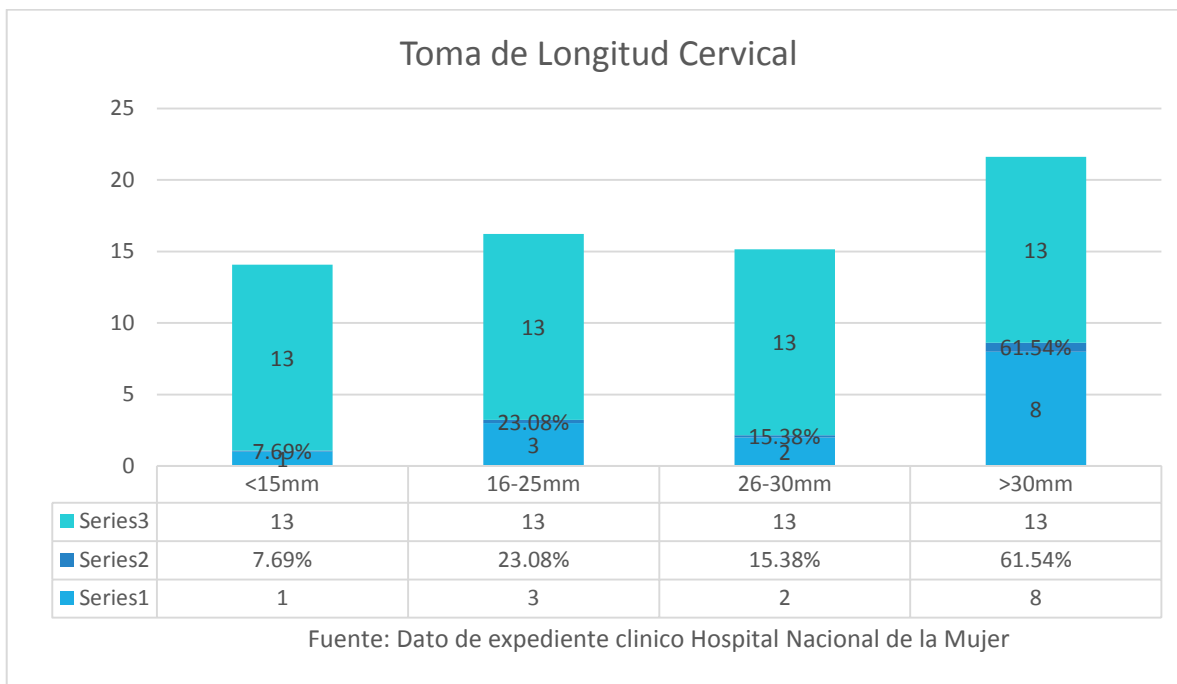
Fuente: Información obtenidos en instrumento de investigación, datos de expediente clínico clínico

En un 14.2% de casos no estaban descritas las características cervicales para establecer riesgo. Y del total de casos evaluados únicamente 10, es decir el 17% evolucionaron a parto prematuro. Sin embargo es posible el sesgo debido a que no se cuenta con el dato de la evolución en un 23% de los casos.



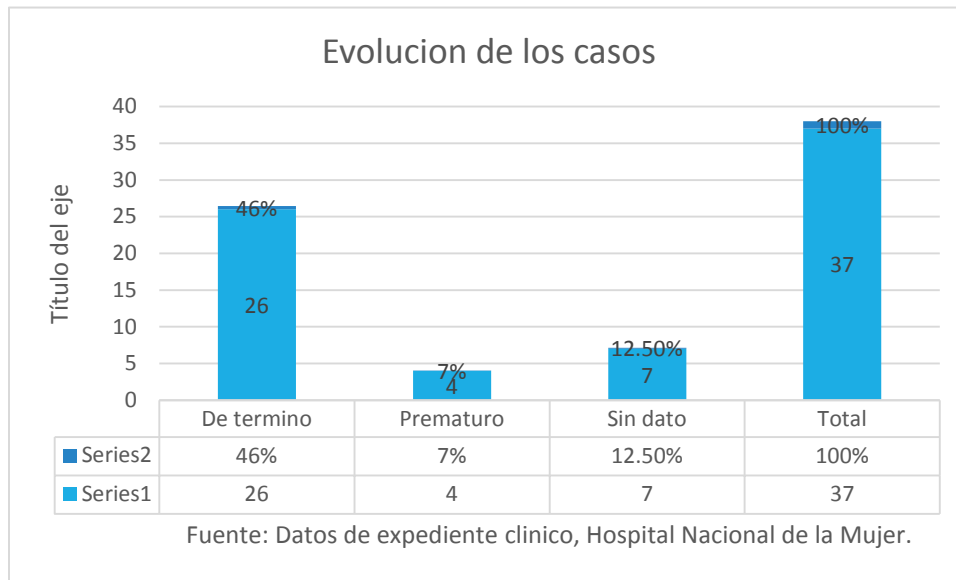
Se contó con un total de 23% de expediente en los que se realizó medición de longitud cervical, 76% tenían longitud cervical arriba de 30mm, es decir; poco probable para finalizar el embarazo de forma prematura, sin embargo únicamente de los casos en que se registró longitud cervical el 30 % de ellos se conoce que

llegaron al término, 20 % verifico un parto prematuro el 40% se desconoce la evolución.



Del total de casos estudiados únicamente se contó con 13 casos en los que se tomó longitud cervical, de los cuales el 61% tenían longitud cervical mayor de 30mm, el 15% entre los 26 y 30 mm, 23% entre los 16 y 25 mm y un 7% debajo de 15 mm. De los casos en que se cuenta con longitud cervical

EVOLUCION DE LOS CASOS:



Del total de datos el 46% llegó al término, se verificaron 4 partos pre término es decir el 7%. Y en 12.5% no se cuenta con dato de la evolución.

Cabe mencionar que en la investigación únicamente se logró establecer una probable etiología de la amenaza de parto prematuro en un 19% el resto fue dada de alta sin establecer factor etiológico. Entre los cuales podemos mencionar, Infecciones de vía urinaria e infección vaginal. El resto de los casos no se identificó probable origen etiológico únicamente factores de riesgo asociados.

DISCUSION

Se obtuvieron datos importantes de la investigación como el perfil epidemiológico de riesgo de las pacientes que consultan en la unidad de emergencia, pacientes jóvenes con baja escolaridad con hogares inestables, el 93 % con grados escolares no universitarios, únicamente el 3.5% casadas, el resto en unión libre o solteras, siendo jefes de familia, ninguna con un empleo formal sino más bien dedicándose a las labores domésticas, o el subempleo. Los casos estudiado vemos como hay factores importantes como la presencia de procesos infecciosos durante la gestación y el control inadecuados de los mismo, sea porque se no plasma el seguimiento de los mismos o porque no se indican adecuadamente según las normas establecidas por el MINSAL para el control de las infecciones de vías urinaria en la embarazada.

Factores como el bajo nivel escolar, partos prematuros previos (17%), e infecciones de vía urinaria durante embarazo (26%), se convierten en los principales factores de riesgo, existe muchos datos que podrían ser valiosos para investigaciones futuras y que no todos han sido contemplados en el trabajo, algunas de ellas porque no están plasmados en el cuadro clínico o porque no se conoce la evolución de dichos casos.

En cuanto a la aplicabilidad de los criterios de ingreso vemos como un alto porcentaje (62%) de los casos nunca cumplieron con los criterios mínimos para establecer diagnóstico de “*amenaza de parto prematuro*” y por ende establecer el protocolo de atención establecido por las normas, generando así probablemente ingresos innecesarios, esto puede ser respaldado por el hecho que de los casos estudiados únicamente 7% evoluciono a parto prematuro, lamentablemente existen 7 casos equivalentes al 12% en los que se desconoce la evolución; dato que podría ser importante para continuar estableciendo pautas de atención en pacientes bajo riesgo que solo ameriten observación y no así, ingreso, tocolisis y los distintos abordajes de un verdadero caso de amenaza de parto prematuro. Con mucha más razón cuando un alto porcentaje de estos pacientes que si llegaron al termino nunca se logró establecer un factor etiológico que desencadenara el episodio. Estos resultados son importantes pues puede verificarse que estamos ante un sobre diagnóstico de

muchos casos de amenaza de parto prematuro, incurriendo así en medidas medicas innecesarias que no son inocuas, además generando altos gastos innecesarios, utilización de recursos no justificados.

Esta investigación busca mejorar la calidad de atención a las pacientes, buscar la objetividad en los criterios de ingreso, estandarizar los criterios mínimos para establecer diagnóstico, la optimización de recursos como la longitud cervical a través de ultrasonografía y asegurar de esa forma el binomio madre- feto.

CONCLUSIONES:

- ✓ El perfil epidemiológico de las pacientes que consultaron y fueron ingresadas con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro, en el 82% de ellas, el rango de edad oscila entre los 25-35 años siendo más comunes entre embarazos en primigesta en el 39%. El 93 % con nivel educativo de primaria y secundaria.
- ✓ En base a los datos obtenidos en la investigación se puede apreciar un sobre diagnóstico de amenaza de parto prematuro, el 62.5% no cuentan con los criterios mínimos de ingreso. Además, de estos casos solamente 4 presentaron un parto pretérmino. Lo cual incurre en ingreso, estancia hospitalaria y uso de tocolisis de forma innecesaria. Por otro lado muy pocos casos fueron evaluados en los que se realizó medición de longitud cervical (13 casos) es decir 23% y en la mayoría de ellos se desconoce evolución, por lo que no es posible evaluar la sensibilidad y especificidad de dicho método en comparación con los criterios clínicos aplicados al ingreso para determinar el diagnóstico de APP.
- ✓ Se identificaron múltiples factores de riesgo entre los casos estudiados, a la cabeza embarazos pretérminos previos coincidiendo con la literatura revisada, cesárea previa y una importante relación de antecedente de infecciones de vía urinaria durante el embarazo. En 9 de los casos se identificó patología maternas de base, sin embargo y a pesar de la identificación de estos factores de riesgo, únicamente 10 casos finalizaron en un parto prematuro y solo 11 casos se logró determinar probable etiología que pudo condicionar la amenaza de parto prematuro.
- ✓ La mayor parte de los casos evaluados llegaron al término y buen porcentaje de la población estudiada no se brindó seguimiento por lo que se desconoce la evolución, únicamente 4 pacientes verificaron parto prematuro. Además dentro de los controles de seguimiento en los casos donde se identificó probable etiología, ninguno de los casos estudiados se reportaron evaluaciones subsecuentes, lo que significa un fallo en los servicios de atención.

RECOMENDACIONES

- ✓ Generar capacitaciones entre los evaluadores de la unidad de emergencia para la aplicabilidad de los criterios mínimos para el diagnóstico de amenaza de parto prematuro, catalogando así a los pacientes en alto riesgo de parto pretérmino y aquellos de bajo riesgo según los hallazgos clínicos, así; a pacientes con alto riesgo, se recomienda continuar con el protocolo de atención y aplicar todas las medidas como: tocolisis, maduración pulmonar si lo amerita, exámenes y pruebas materno fetales según cada caso.
- ✓ Estimular en uso de medidas objetivas de evaluación como la medición de longitud cervical y su correlación con la predicción de parto prematuro para disminuir el sobre diagnóstico de dicho motivo de ingreso.
- ✓ Por otro lado pacientes con pocos criterios clínicos de APP, tales como dinámica uterina irregular, o menor de 4/contracciones/20 minutos , actividad uterina menor de 30 segundos o score de bishop menor de 5 puntos, puede plantearse la vigilancia y observación, reposo, hidratación y reevaluación según evolución y exámenes según el caso.
- ✓ Reforzar los controles prenatales según cada nivel de atención para identificar factores de riesgo y inferir en aquellos en los que sea posible a fin de disminuir la incidencia o recurrencia de casos.
- ✓ Fortalecer los sistemas de seguimiento institucionales, estableciendo redes de atención con segundo y primer nivel para dar continuidad a las pacientes en los que se identifique etiología como parte de los estándares de calidad de los servicios prestados a las pacientes,

BIBLIOGRAFIA:

1. Iams JD. Preterm birth. En: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*. 4th ed. Philadelphia: Churchill and Livingstone, 2002: 755-826.
2. Iams JD. Prediction and early detection of preterm labor. *ObstetGynecol* 2003; 101: 402-412.
3. Iams JD, Newman RB, Thom EA, Goldenberg RL, Mueller-Heubach E, Moawad A et al. Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery. *N Engl J Med* 2002; 346: 250-55.
4. Hueston WJ. Preterm contractions in community settings: II. Predicting preterm birth in women with preterm contractions. *ObstetGynecol* 1998; 92: 43-46
5. ACOG Practise Bulletin. Cervical insufficiency. *ObstetGynecol* 2003; 102: 1091-1099.
6. S. Manzanares, M^a Setefilla López, P. Aranzazu Garrote, Fr. Molina, M^a Carrillo,
7. J. A. Usandizaga, P. de la Fuente. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, McGraw Hill, 2^o edición, 2004, 365- 375.
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Protocolos asistenciales en*
 - a. *Obstetricia. Amenaza de Parto Pretérmino* (junio 2012)
9. T. Cobo, S. Ferrero, M. Palacio, *Protocolos de medicina fetal in Perinatal Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de déu- Universitat de Barcelona* 2015.
10. J. Andrés Poblete L, Jorge A. Carvajal C. "Síndrome de parto prematuro" Departamento de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Medicina Materno Fetal.
 - a. *Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.*
11. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humanos (CLAP-OPS-OMS), *Tecnologías Perinatales*. Edición de 1990. Montevideo, Uruguay; 1990. (Publicación Científica No 1202)

GUIAS CLINICAS

- I. Guía de prácticas clínicas amenaza de parto prematuro, Laterra y cols División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2003
- II. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia del Ministerio De Salud de El Salvador.
- III. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro • Laterra y col. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2003 Pags 26-38
 - a. LIBROS.
- IV. Essentials of obstetric and gynecology, Neville F. Hacker, J. George Moore 1986, cap 22 pagina 205-214
- V. Protocolos de medicina materno-fetal (perinatología) 4ta ed. Li Cabero i. Roura, M.A Sanchez Duran. catedra de obstetricia y ginecología Hospital universitario Materno-infantil Vall d' Hebron, Barcelona 2014
- VI. Ginecología y obstetricia de Danforth 10 ed. Ronal S Gibbs, Bethy. Karlan, Arthur f. Haney, Ingrid E. Nygaard. Capitulo 11 paginas. 165-183
- VII. Fundamentos de obstetricia (SEGO) Bajo Arenas, Melchor Marcos JC, Merce Lt. Cap III PAGI 425-435
- VIII. Obstetricia de William 23ed Cunninhan, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong, sección 7, cap 36 pags 804-832
- IX. Ginecologia y obstetricia John, Hopkins. Brandon J, Bankowski, Amy E. Hearne, Nicolas C. Lambrow, Harold E. Fox, cap. 9 pags 121-128.
- X. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, recopilación de artículos Volumen 88, Enero 2010
- XI. Presentación de logros gestión 2009-2013 Hospital Nacional de Maternidad. Dr Arguello Escolán



Anexos

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE CRITERIOS DE INGRESO DE PACIENTES QUE CONSULTAN EN UNIDAD DE EMERGENCIA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

- Registro
- Edad:_____
- Formula Obstétrica G___ P___P___A___V___
- FUR_____ FPP_____ Amenorrea _____
- Edad Gestacional por usg temprana <20 semanas (si la tiene) _____
- ¿Es un embarazo único o múltiple?-_____
- Estado civil._____
- Escolaridad _____
- Profesión u oficio_____
- Lugar de referencia._____
- Donde ha llevado los controles prenatales.?
- Controles prenatales completos (mayor de 5) si _____ no_____
- ¿Padece de enfermedad crónico degenerativa?_____
- ¿Uso de fármacos durante el embarazo?_____
- ¿Tiene algún antecedente familiar contributorio?_____
- Presento amenaza de aborto antes de las 20 semanas de gestación? _____
- Tiene antecedente de infección de vías urinarias durante embarazo?
- Si la respuesta es si, cuando recibió el ultimo tratamiento.? _____
- Se realizó la toma de cultivo posterior a tratamiento?_____
- Se tomó cultivo de secreción vaginal a su ingreso?_____
- si la respuesta es si, resultado_____
- Antecedente de proceso infeccioso en el embarazo, si_____ no_____,Cual_____
- En la última semana previo a consulta hay historia de fiebre?_____

- Tiene en este embarazo episodios previos de app? Si___ no___
- Si tiene gestaciones previas, tiene antecedente de partos pre término o APP?

Si la respuesta a es si, a qué edad gestacional_____

- Factores de riesgo identificados en Hoja de evaluación
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____

A la evaluación del examen físico.

- Actividad uterina _____
- Tacto vaginal_____
- Score de bishop_____
- Se realizo ultrasonografía obstétrica y longitud cervical?_____
- Si el resultado es si, longitud cervical _____
- ¿Cuántas horas de tocolisis recibió? _____
- ¿Que tocolítico se utilizo?_____
- ¿Uso de analgesia?
- ¿A su ingreso amerita maduración pulmonar?_____
- ¿Cumplió maduración pulmonar completa?_____
- Leucograma de ingreso_____
- Leucograma control_____
- ¿Se identificó causa de la amenaza de parto prematuro?_____
- Se tiene dato si embarazo llevo a termino_____
- Verifico parto prematuro?-_____
- Se desconoce_____

