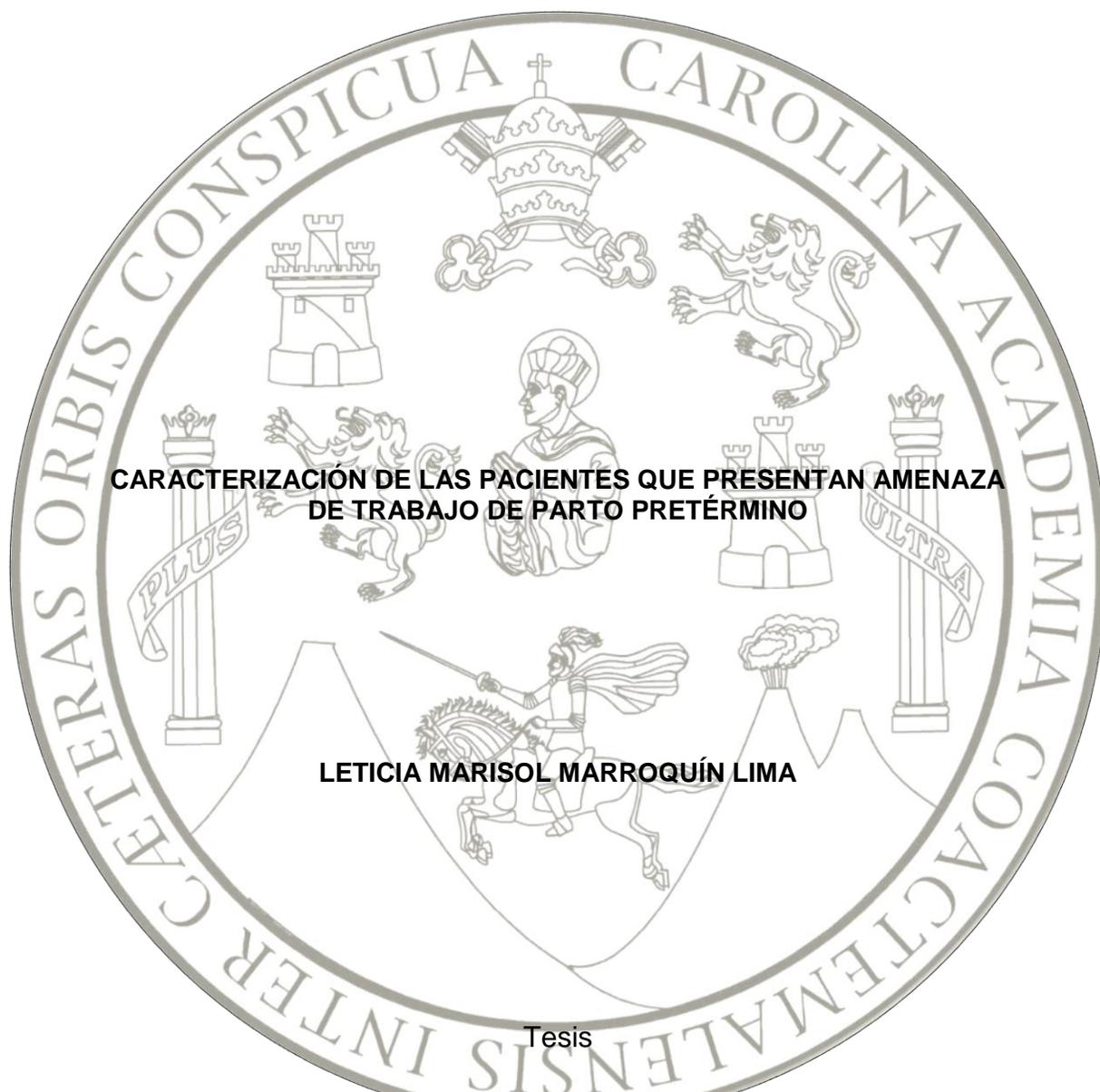


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE PRESENTAN AMENAZA
DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO**

LETICIA MARISOL MARROQUÍN LIMA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Junio 2021



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.275.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Leticia Marisol Marroquín Lima

Registro Académico No.: 200842102

No. de CUI: 2064603760101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE PRESENTAN AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO**.

Que fue asesorado por: Dr. Wagner Eliub Solórzano Hernández.

Y revisado por: Dr. César Augusto Reyes Martínez, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Junio 2021**

Guatemala, 05 de mayo de 2021.


MAYO 5, 2021
Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. José Arnoldo Saenz Morales, M.A.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/dlr

Guatemala, 18 de Julio de 2020

Doctor
Héctor Ricardo Fong Véliz, MSc.
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Escuela de Estudios de Postgrado
Hospital General San Juan de Dios

Respetable Dr. Fong:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **Leticia Marisol Marroquín Lima**, Carné No. 200842102 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula: **“Caracterización de las pacientes que presentan amenaza de trabajo de parto pretérmino”**.

Luego de la asesoría, hago constar que la doctora **Marroquín Lima** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Wagner Elijub Solórzano Hernández
Asesor de Tesis

Dr. Wagner Elijub Solórzano
Médico y Cirujano
Colegiado 11589

Guatemala, 18 de Julio de 2020

Doctor
Héctor Ricardo Fong Véliz, MSc.
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Escuela de Estudios de Postgrado
Hospital General San Juan de Dios

Respetable Dr. Fong:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **Leticia Marisol Marroquín Lima**, Carné No. 200842102 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula: "**Caracterización de las pacientes que presentan amenaza de trabajo de parto pretérmino**".

Luego de la revisión, hago constar que la doctora **Marroquín Lima** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. César A. Reyes M.
JEFE DEPTO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS



Dr. César Augusto Reyes Martínez, MSc.
Revisor de Tesis





ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UIT.EEP.319-2020

15 de octubre de 2020

Doctor

Héctor Ricardo Fong Veliz, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital General San Juan de Dios

Doctor Fong Veliz:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el Informe final de la médica residente:

Leticia Marisol Marroquín Lima

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 200842102. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

"Caracterización de las pacientes que presentan amenaza de trabajo de parto pretérmino"

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/luar

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: uit.eep14@gmail.com

INDICE DE CONTENIDO:

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
2.1 Generalidades.....	2
2.2 Definiciones:.....	2
2.3 Factores de Riesgo:	3
2.3.1 Factores identificados: (7, 8)	3
2.3.1 Factores Desencadenantes: (7, 8,9)	4
2.3.1.1 Maternos	4
2.3.1.2 Fetales	4
2.4 Epidemiología:.....	5
2.5 Fisiopatología:.....	6
2.6 Etiología:	7
2.7 Presentación Clínica:	7
2.7.1 Diagnóstico:	7
2.7.1.1 Exploración obstétrica: (14).....	8
2.8 Tratamiento:.....	9
2.8.1 Corticoides: Maduración Pulmonar:	10
2.8.2 Tratamiento Tocolítico:.....	10
2.8.2.1 Contraindicaciones para el tratamiento farmacológico.....	12
2.8.2.1.1 Absolutas: (20).....	12
2.8.2.1.2 Relativas: (20)	12
2.8.2.1.3 Exclusivas para los betamiméticos: (20)	13
2.8.2.1.4 Exclusivas para los antiprostaglandinas: (20)	13
2.8.2.1.5 Exclusiva para los calcioantagonistas: (20).....	13
2.8.2.2 Prevención:	13
2.8.3 Tratamiento Antibiótico:	14
2.8.4 Finalización de la Gestación:	14
2.8.5 Tratamiento al Egreso:.....	14
2.8.6 Tratamiento de Mantenimiento:.....	14

2.8.7 Neuroprotección Fetal:.....	15
2.8.8 Indicación de Cerclaje:.....	15
2.8.9 Utilización de Progesterona:.....	15
2.8.10 Profilaxis:.....	15
III. OBJETIVOS:.....	16
3.1. General.....	16
3.2 Específicos:.....	16
IV. MATERIALES MÉTODOS.....	17
4.1 Tipo y Diseño de Estudio.....	17
4.2 Población:.....	17
4.3 Muestra:.....	17
4.4 Unidad de Análisis:.....	17
4.5 Criterios de Selección.....	17
4.5.1 Criterios de Inclusión:.....	17
4.5.2 Criterios de Exclusión:.....	17
4.6 Operacionalización de Variables:.....	18
4.7 Instrumentos utilizados para la recolección de información.....	22
4.7.1 Técnica de recolección de datos.....	22
4.7.2 Instrumento de recolección de datos.....	22
4.8 Procedimiento para la recolección de información.....	22
4.8.1 Solicitud de autorización.....	22
4.8.2 Recolección de datos.....	22
4.8.3 Distribución del equipo de investigación.....	22
4.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación.....	22
4.9.1 Categoría de riesgo.....	22
4.9.2 Procedimiento.....	22
4.9.3 Consentimiento informado.....	23
4.10 Análisis de información.....	23
4.10.1 Análisis de datos.....	23
4.11 Limites de la investigación.....	24
4.11.1 Obstáculos.....	24
4.11.2 Alcances.....	24

V. RESULTADOS.....	25
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
6.1 Discusión:	29
6.2 Conclusiones:.....	31
6.3 Recomendaciones.....	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	33
VIII. ANEXOS	38
8.1 Instrumento de Recolección de Datos:	38

INDICE DE TABLAS

Tabla No.1	25
Edad materna más frecuente en la que se presentó amenaza de parto pretérmino.....	25
Tabla No.2	26
Estado civil más frecuente de las pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino	26
Tabla No.3	26
Paridad más frecuente que presentaban las pacientes con amenaza de parto pretérmino.....	26
Tabla No.4	27
Citas de control prenatal a las que asistieron las pacientes con amenaza de parto pretérmino.	27
Tabla No.5	27
Antecedente médico más frecuente que presentaron las pacientes con amenaza de parto pretérmino.	27
Tabla No.6	27
Antecedente ginecológico más frecuente que presentaron las pacientes con amenaza de parto pretérmino.	27
Tabla No.7	28
Edad gestacional más frecuente en la que se presento amenaza de parto pretérmino.....	28

RESUMEN

Introducción: La amenaza de trabajo de parto pretérmino según la OMS, es la que ocurre después de la semana 20 y antes de las 36 semanas 6 días, acompañada de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en 10 minutos, de 30 segundos de duración, con borramiento del cuello uterino del 50% y una dilatación igual o menor a 3 cms. En los EE. UU. y América Latina la incidencia es del 11%, mientras que en Europa varía entre el 5 y el 7%. **Objetivo:** Determinar las Características de las pacientes que ingresaron con amenaza de trabajo de parto pretérmino. **Metodología:** Se realizó un estudio Descriptivo – Transversal, utilizando una boleta de recolección de datos en base a los expedientes revisados, los cuales fueron 323 pacientes, cumpliendo los criterios establecidos, evaluadas en la Emergencia y Consulta Externa de Gineco- Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, ingresadas con diagnóstico de amenaza de trabajo de parto pretérmino al servicio de Complicaciones prenatales y Alto Riesgo Obstétrico. **Resultados:** Se determinó que la mayoría de las pacientes estudiadas, se encuentran entre las edades de 18 a 23 años, tenían unión libre, consultando a las 34 semanas de gestación, con un promedio de 5 citas durante el control prenatal, siendo las primigestas la paridad más frecuente. En cuanto a los antecedentes médicos y ginecológicos más frecuentes, se observó que las pacientes con HTA Crónica y las que presentaban infecciones del tracto urinario, son las que tenían mayor riesgo de amenaza de trabajo de parto pretérmino. **Conclusiones:** Se evaluó las características de las pacientes estudiadas, las cuales coinciden con estudios realizados en otros departamentos del país e internacionalmente, siendo estas pacientes jóvenes adultas, con unión libre, y así mismo con promedio bajo de control prenatal y edad gestacional de 34 semanas. Por otro lado, se identificó que los antecedentes médicos y ginecológicos, se correlacionan como causa directa de dicha patología.

Palabras Clave: *Incidencia, Amenaza de trabajo de parto pretérmino, Control Prenatal, HTA Crónica, Infección de tracto urinario, Unión libre.*

I. INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino según la OMS, es el que ocurre después de la semana 20 y antes de las 36 semanas 6 días, acompañada de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en 10 minutos, de 30 segundos de duración, con borramiento del cuello del 50% y una dilatación igual o menor a 3 cms. En los EEUU la incidencia es del 11%, en Europa varía entre el 5 y el 7%, y en América Latina varía en Costa Rica 13,6%, El Salvador 12,8%, ubicando a Honduras 12,2% seguido de Belice con 10,4%. A pesar de los avances en el cuidado obstétrico esta incidencia no ha disminuido en los últimos años, y al contrario en algunos países la tendencia es a aumentar, siendo la causa de muerte en un 60-80% de los recién nacidos sin malformaciones. (1)

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. La tasa de partos pretérminos ha aumentado un 20% desde 1990, fundamentalmente a expensas de pretérminos tardíos (34-37 semanas). Además existen variaciones entre los diferentes grupos socioeconómicos y las diferentes razas. (2)

Son múltiples factores los que pueden desencadenar la amenaza de trabajo de parto pretérmino. En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios.) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo (pielonefritis, apendicitis). Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente desencadenante del cuadro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto pretérmino, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos. (2)

En Guatemala se ha realizado estudios los cuales indican qué, del total de neonatos ingresados a las salas de intensivo neonatal el 45% son producto de un Parto Pretérmino, no es de despreciar el impacto que esto tiene en la sobrevivencia neonatal ya que de estos casi el 80% cursa en algún momento de su estancia hospitalaria con complicaciones, siendo la más frecuente infecciones tipo neumonía. Dentro de las consecuencias de estos nacimientos pretérmino, se sabe que aproximadamente el 15% puede llegar a fallecer a consecuencia de fallas multisistémicas secundarias a la inmadurez del recién nacido (2).

II. ANTECEDENTES

2.1 Generalidades

La prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. En España por ejemplo, la tasa de prematuridad es del 9,5% del total de nacimientos. El parto pretérmino se define como aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales. (3)

En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20- 30%). Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos. Entre estos métodos podemos destacar la ecografía transvaginal y métodos bioquímicos como la fibronectina o la detección de IGFBP-1. (3)

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo (pielonefritis, apendicitis...). Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente desencadenante del cuadro. (4)

Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto pretérmino, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos. (4)

2.2 Definiciones:

La amenaza de parto pretérmino se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el que ocurre entre las 20 y 37 semanas o menos de 259 días de gestación, contados a partir de la última y, en términos globales, supone el 6-10% de todos los partos. Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm. (5)

El trabajo de parto pretérmino se define como dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto pretérmino, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 3 cm o más. (5)

Los síntomas de amenaza de parto pretérmino son el resultado de una serie de fenómenos fisiopatológicos diferentes que tienen como efecto final el desencadenamiento de contracciones uterinas y eventualmente el parto. Los fenómenos primarios, en gran parte de origen desconocido, pueden ser infecciosos, isquémicos, mecánicos, alérgicos, inmunes. (6)

Son tres factores los principales responsables de este aumento en la frecuencia: 1) dramático incremento en los embarazos múltiples, como consecuencia de las técnicas de fertilización asistida, 2) cambios en la conducta obstétrica entre las 34 y 36 Semanas (inducción del parto en la ruptura prematura de membranas) y 3) aumento en las intervenciones obstétricas a edades tempranas de la gestación. (6)

2.3 Factores de Riesgo:

La identificación de factores de riesgo para nacimientos pretérmino, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, idealmente conduciría a intervenciones que podrían ayudar a prevenir esta complicación. Sin embargo, esta meta ha sido difícil de conseguir, por varias razones: (7)

- a) Un número importante de nacimientos pretérmino ocurre en mujeres sin ningún factor de riesgo.
- b) Algunas complicaciones obstétricas que terminan en parto pretérmino requieren de cofactores para ejercer sus efectos, haciendo que la cadena de causalidad sea difícil de documentar.
- c) No existe un adecuado modelo animal para estudiar el parto pretérmino.

2.3.1 Factores identificados: (7, 8)

- Antecedente de parto pretérmino en otras gestaciones.
- Edad materna: Se ha observado una mayor prevalencia de prematuridad entre las madres menores de 20 años y aquellas mayores de 34 años. El embarazo en madres adolescentes de países desarrollados puede suponer una situación estresante, falta de apoyo, un bajo nivel de ingresos, un seguimiento incompleto del embarazo. La mayor prevalencia de prematuridad entre las madres mayores de 34 años puede ser una mayor utilización de las técnicas de estimulación hormonal y de reproducción humana asistida. (7)
- Historia materna de uno o más abortos.
- Bajo peso Pregestacional.
- Nivel socioeconómico bajo: Una situación social desfavorecida puede suponer unos factores estresantes crónicos, que unidos a unos factores psicológicos adversos, pueden provocar respuestas hormonales y comportamientos poco saludables, así como un mal cuidado del embarazo.
- Raza negra

- Conductas y hábitos maternos como: gestantes sin control prenatal, consumo de cigarrillo, alcohol, farmacodependencia. El principal tóxico es el tabaco, que multiplica por dos el riesgo relativo de partos prematuros. Este riesgo está en relación directa con el número de cigarrillos consumidos durante la gestación y no tanto con el tabaquismo anterior.
- Condiciones de trabajo: Los trabajos que requieren esfuerzo físico, turnos nocturnos, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes.
- Altos niveles de catecolaminas en orina durante la gestación.

2.3.1 Factores Desencadenantes: (7, 8,9)

2.3.1.1 Maternos

- Embarazo Múltiple
- Polihidramnios
- Hemorragias del 3er Trimestre
- Hipertensión
- Incompetencia istmicocervical
- Infección Pélvica
- Infección urinaria
- Rotura Prematura de Membranas
- Infecciones Transplacentarias
- Placenta Previa
- Hipertiroidismo
- Malformaciones Uterinas
- Miomas Uterinos
- Insuficiencia del cuello Uterino
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatías Congénitas
- Seropositivas
- Trombofilias
- Otras Infecciones

2.3.1.2 Fetales

- Anomalías congénitas
- Restricción de Crecimiento Fetal Intrauterino
- Sufrimiento Fetal
- Sexo del feto: Algunos autores han señalado una mayor prevalencia de varones entre los prematuros.

2.4 Epidemiología:

En los Estados Unidos y Gran Bretaña, las mujeres clasificadas como negra, afroamericana y afrocaribeña son consistentemente consideradas con un riesgo más alto para PP. Las tasas de parto pretérmino están en el rango de 16%-18% y se han reportado en comparación con 5-9% de las mujeres blancas. Las mujeres negras también tres o cuatro veces más probabilidades de tener un PP muy temprano que las mujeres de otras razas o grupos étnicos, al menos parte de esta discrepancia se explica por las mayores tasas de infecciones vaginales e intrauterina. Además, la distribución de los PP tempranos en negras de áreas metropolitanas no se superpone con las de las mujeres blancas o hispanas. Parte de la discrepancia en las tasas de parto pretérmino entre los Estados Unidos y otros países es probablemente explicado por la alta tasa de parto pretérmino en la población negra de los Estados Unidos. Con el tiempo, la disparidad en el PP entre las mujeres blancas y negras se ha mantenido prácticamente sin cambios y sin explicación. (9)

Las mujeres de Asia Oriental e hispanas suelen tener menores tasas de parto pretérmino. Las mujeres de Asia meridional incluyendo el subcontinente indio tienen tasas muy altas de bajo peso al nacer sobre todo debido a la disminución del crecimiento fetal, pero no está claro si el PP es sustancialmente aumentado. Las mujeres menores de 17 años o más de 35 años también corren un mayor riesgo de parto pretérmino. La baja educación, estado civil soltero y nivel socioeconómico más bajo son también factores de riesgo, aunque probablemente no son independientes unos de otros. (9)

Si las diferencias en los riesgos demográficos, sociales o económicas explican las altas tasas de parto pretérmino en los Estados Unidos en relación con otros países desarrollados o si la frecuente falta de seguro médico y la ausencia de una fuerte red de apoyo de seguridad económica y social contribuyen a esta disparidad es desconocida. Tampoco está claro si los puntos de corte inferior de edad gestacional para definir PP usados en los Estados Unidos explicar parte de la diferencia. Lo que sí parece bastante claro, sin embargo, es que muchos grupos de inmigrantes en los Estados Unidos, a mayor tiempo de vivir en los Estados Unidos, mayor la tasa de parto pretérmino (efecto de aculturación). (9)

Concluyendo que la incidencia mundial del parto prematuro es de 9,6% del total de partos, mientras que en algunos países en vías de desarrollo oscila entre 10% a 40%, destacándose que es responsable del 75% de la mortalidad de los neonatos, así como de morbilidad relacionada con trastornos del aprendizaje y discapacidades neurológicas. (10)

Es un problema de salud pública a nivel mundial, se calcula que nacen en el mundo anualmente 13 millones de niños antes del término. Las tasas más elevadas se producen en África 11,9%, América del Norte 10,6% y Europa 6,2% siendo la tasa más baja. (10)

En América Latina para el año 2010 se encontraron tasas similares de parto prematuro, siendo las más altas en Costa Rica 13,6%, El Salvador 12,8%, ubicando a Honduras en tercer lugar con 12,2% seguido de Belice con 10,4%. (10)

2.5 Fisiopatología:

La amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino parecen ser el resultado de un grupo heterogéneo de variables. Existen 4 causas claramente reconocidas a saber: la infección sistémica e intrauterina, stress materno fetal, hemorragia coriódécidual y sobre distensión uterina. (10, 11)

En el caso de infección, particularmente de vías urinarias, es mayor la evidencia de que la microflora cérvico-vaginal y/o la respuesta inflamatoria que ella produce, genera factores que predisponen al parto pretérmino y/o a la ruptura prematura de membranas. (10, 11)

Estos microorganismos cérvico-vaginales, producen entre otras: (10, 11)

1. Proteasas IgA neurominidasa, mucinasa que facilitan el pasaje de estos mismos gérmenes a través de la barrera del moco cervical hasta las membranas ovulares.
2. Fosfolipasas A-2 y C, las cuales localmente estimulan la producción de eicosanoides importantes para el borramiento del cérvix y la génesis de las contracciones uterinas.
3. Colagenasas y elastasas cuales degradan las fibras de colágeno tipo III facilitando la ruptura de las membranas.
4. Factor activador plaquetario (PAF) producido principalmente por el feto. El PAF activa mecanismos bioquímicos amniocoriales y deciduales que estimulan la síntesis de ácido araquidónico, prostaglandinas E₂ y F₂α y finalmente el trabajo de parto. El PAF, además del feto (ha sido encontrado en grandes cantidades en la primera micción neonatal y en los pulmones fetales), puede ser sintetizado en múltiples células incluyendo amnios, plaquetas, neutrófilos y macrófagos. Su aplicación directa sobre el miometrio estimula la contractilidad uterina. Basado en esto, algunos investigadores sugieren que el aumento de la secreción del PAF es la señal primaria con la cual el feto indicaría el inicio del parto.
5. Linfokinas (interleukinas, particularmente las interleukinas 1 y 6 de las células endoteliales y factor alfa de necrosis tumoral de los macrófagos) las cuales estimulan la cascada de producción de prostaglandinas conduciendo al final al borramiento y dilatación del cérvix. Pueden también iniciar o potenciar los mecanismos inductores del trabajo de parto.

2.6 Etiología:

Experiencias clínicas y experimentales ligan a la mayoría de los partos pretérmino a cuatro procesos patológicos distintos: (11, 12)

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal materno o fetal.
- b) Inflamación decidual y amniocoriónica.
- c) Hemorragia decidual.
- d) Distensión uterina patológica (embarazos múltiples y polihidramnios).

Aunque estos procesos ocurren a menudo, simultáneamente cada uno tiene una característica única bioquímica y biofísica con manifestaciones variables temporales y distintos perfiles epidemiológicos. Sin considerar el evento disparador, estos procesos convergen en una vía biológica final común caracterizada por la degradación de la membrana de la matriz extracelular cervical y fetal; la activación miometrial, originando contracciones uterinas que aumentarán en intensidad y frecuencia ocasionando cambios cervicales con o sin RPM. (11, 12)

2.7 Presentación Clínica:

En función de la forma de presentación clínica, se pueden identificar distintas categorías dentro del parto pretérmino: (12,13)

1. Parto pretérmino espontáneo o idiopático, cuando el parto comienza sin causa aparente, antes de la rotura de membranas; esto sucede alrededor del 50% de las veces (intervalo, 23,2-64,1%).
2. Parto pretérmino asociado con rotura prematura de membranas (RPM); ocurre aproximadamente en el 25% (intervalo, 7,1-51,2%) de todos los partos pretérmino.
3. Parto pretérmino electivo, iatrogénico o por intervención obstétrica, ya sea por indicación materna o fetal (preeclampsia, diabetes, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta [DPPNI], corioamnionitis, retraso del crecimiento uterino [CIR], anomalías fetales...). Su frecuencia oscila entre el 8,7 y el 35,2%.

2.7.1 Diagnóstico:

Para realizar el diagnóstico de la APP es preciso constatar la aparición de los siguientes parámetros, e independientemente de la integridad o no de las membranas: (14)

-Contracciones uterinas: debe tenerse en cuenta la posibilidad de parto pretérmino en todas las mujeres que presenten síntomas de hiperactividad uterina, al menos cuatro contracciones en 20 minutos, u ocho en 60 minutos, antes de la semana 37^a, las cuales se pueden manifestar como contracciones dolorosas o indoloras, presión

pélvica, dolor lumbar, sangrado vaginal, entre otras. Sin embargo, los signos y síntomas son poco específicos, ya que es normal que las gestantes presenten contracciones durante su embarazo y estas, al ser indoloras, pueden confundirse con las de Braxton Hicks, diferenciándose únicamente por su persistencia.

-Modificación cervical: se ha asociado con el parto prematuro la existencia de una dilatación cervical > 2 cm y/o un borramiento > 80%. La exploración clínica del cérvix es subjetiva e inexacta, por lo cual tiene una reproducibilidad limitada entre los examinadores. Por este motivo se recomienda no utilizar el examen clínico del cérvix de manera rutinaria para evaluar pacientes con riesgo de amenaza de parto pretérmino.

Frente a una paciente que nos consulta por sintomatología compatible con dinámica uterina y en la que se objetiva dinámica uterina regular, se deben realizar sistemáticamente y de manera ordenada:

- Anamnesis dirigida
- Exploración física (descartar otro posible foco que dé origen al dolor, fiebre, peritonismo, puño percusión...)

2.7.1.1 Exploración obstétrica: (14)

1. Comprobar frecuencia cardiaca fetal positiva.
2. Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina...).
3. Especulum: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias...).
4. Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal.
 - Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina) para SGB.
 - Frotis endocervical.
 - Extensión de frotis vaginal en porta para Gram (sin fijar).
 - Sedimento y urinocultivo
5. TV: valoración cervical mediante el Índice de Bishop.
6. Ecografía transvaginal: medición de la longitud cervical (con vejiga vacía, sin presionar excesivamente con el transductor, con contracción o presión fúndica y escoger la menor de 3 mediciones).
7. RCTG: confirmar la presencia de dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.
8. Analítica (Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR).
9. Amniocentesis: se informará a la paciente de la conveniencia de la prueba para descartar la infección/inflamación intraamniótica y de los riesgos de la prueba (< 1% de RPM).

Previo consentimiento informado y evaluando el estado serológico materno, se realizará con aguja de 22G una amniocentesis de la que se extraerán 20cc para determinar: (14)

- a) Glucosa
- b) Leucocitos
- c) tinción de Gram
- d) cultivo de líquido amniótico aerobios y anaerobios
- e) cultivo de micoplasmas
- f) cariotipo (valorar según edad gestacional)

Se deben descartar siempre otras patologías que contraindiquen la tocolísis: Desprendimiento Placenta Normo-Inserta, corioamnionitis

2.8 Tratamiento:

A partir de la semana 35.0 se optará por una conducta poco agresiva. Se suspenderá el tratamiento tocolítico endovenoso y se indicará reposo. (15)

De forma opcional, si precisa, se administrará tocolísis vía oral respetando el reposo nocturno. (15)

A partir de la semana 36.0 se suspenderá todo tipo de tratamiento tocolítico. (15)

- Si existe dinámica uterina: En pacientes de bajo riesgo de parto pretérmino: reposo y observación 2-3 horas en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales. Estas pacientes NO son tributarias *a priori* de amniocentesis (dado que el riesgo real de parto prematuro es muy bajo).
 - a. Considerar la necesidad de administrar una dosis única de 20 mg de nifedipina.
 - b. Si cede la dinámica uterina y no existen modificaciones cervicales, podrá valorarse el alta domiciliaria con reposo relativo 24 horas.
 - c. Si no cede la dinámica uterina, pero no hay modificaciones cervicales, se puede valorar el ingreso u observación durante 12-24 horas.
 - d. Inicialmente, NO se administrará tratamiento tocolítico ni corticoides. Sólo se utilizarán los tocolíticos como tratamiento sintomático y con una pauta corta de 12-24 horas. Alta precoz cuando ceda el cuadro sintomático.

- Si existe dinámica uterina en pacientes de alto riesgo de parto pretérmino.
- a) Ingreso
 - b) Reposo absoluto 24 horas (permitiendo higiene personal si el cuadro clínico lo permite)
 - c) control materno-fetal (RCTG/8-12 horas).

2.8.1 Corticoides: Maduración Pulmonar:

Si la inmadurez pulmonar está entre las 24.0 y 33.6 semanas: 12 mg Betametasona según pauta de una dosis diaria durante dos días, y proseguir según protocolo específico si persiste el riesgo. (16)

Por debajo de las 32 semanas, iniciar la administración de corticoides sin esperar el resultado del FLM, dada la baja probabilidad de presentar madurez pulmonar suficiente. Si el feto es maduro, no administrar la segunda dosis a las 24 h. (16)

2.8.2 Tratamiento Tocolítico:

- ✓ Ritodrine endovenoso. (beta-miméticos): Utilizar siempre que no haya contraindicaciones: patología cardiovascular (incluye hipertensión), pulmonar o tiroidea materna, diabetes pregestacional o gestacional, migrañas de repetición o gestación múltiple. (17)

Adaptar la dosis de ritodrine (2 ampollas de 5 ml) en 500 cc de Solución Glucosada al 5% (10 mg/ml) hasta eliminar las contracciones con la mínima dosis efectiva: (18)

75 ml/h _____	250 mcg/min
60 ml/h _____	200 mcg/min
45 ml/h _____	150 mcg/min
30 ml/h _____	100 mcg/min

En el caso de requerir elevadas dosis de beta-miméticos endovenoso de manera persistente, realizar:

- Control ECG.
- Peso diario para corroborar un correcto balance hídrico.
- Controles glicémicos periódicos sólo si O' Sullivan desconocido o intolerancia.
- (O' Sullivan patológico y curva normal).

El objetivo será la inhibición de la dinámica uterina. Una vez logrado este objetivo, disminuir dosis a la mitad a las 6-12 horas y suprimir, y pasar a pauta oral a las 24-48 horas. Cambiar de fármaco si: taquicardia > 140 latidos/minuto (paciente sana) y/o sensación de ahogo y/o opresión torácica y/o cualquier otra sintomatología atribuible a posibles efectos secundarios de los beta-miméticos. (18)

Pauta oral: 10 mg/4-6 horas respetando el reposo nocturno.

- ✓ Nifedipina (Inhibidor del canal del calcio): Tocolítico efectivo de administración oral. (18)

Requiere peticiones de medicación de uso compasivo si se da de manera pautada. (18)

Contraindicado en pacientes con disfunción renal, hepática o cardíaca, uso concurrente de medicación antihipertensiva o nitroglicerina transdérmica (GTN), beta-miméticos, alergia a la nifedipina o hipotensión clínica en circunstancias basales. (18)

Pauta: 20mg vía oral de entrada seguido de pauta de 20 mg/6 horas durante 48-72 horas. Si no existe respuesta al tratamiento inicial: 20 mg vía oral de dosis de rescate a los 30 minutos de la primera dosis y 20 mg vía oral más a los 30 minutos si no hay respuesta. Si después de esta segunda dosis de rescate no hay respuesta, está indicado cambiar de tocolítico. (18)

La pauta convencional será de 20 mg/6 horas pero existe un margen de 20 mg/3-8 horas, sin sobrepasar una dosis máxima de 160 mg/ día. (18)

Después de 72 h, si requiere terapia de mantenimiento, se puede cambiar a Adalat Oros vía oral 30-60 mg/día (existen comprimidos de 30 y de 60 mg). Control de constantes: Control de pulso y Tensión Arterial cada 30 minutos la primera hora o mientras se utilice terapia intensiva. Después, control horario. Si se estabiliza el cuadro, control de constantes cada 6-8 horas. (18)

- ✓ Atosiban endovenoso. (Antagonista de la oxitocina): Fármaco de elección en gestaciones múltiples y cardiópatas, en pacientes diabéticas pregestacionales o gestacionales. Se administra en ciclos de 48 horas, siendo posible repetir hasta un total de 3 ciclos. Si existe una muy buena respuesta al tratamiento, y el riesgo de parto pretérmino no es muy elevado, considerar hacer ciclos cortos de 24 horas en vez de 48 horas). (18, 19)

Pauta:

- Bolos en 1 minuto de 0,9 ml de solución de 7,5mg/ml (dosis total 6,75 mg atosiban)
- Infusión de 2 viales de 5 ml (de 7,5 mg/ml) diluidos en 100ml a pasar en 3 horas: velocidad de infusión de 24 ml/hora = 300mcg/min (o 18 mg/hora durante 3 horas = 54 mg atosiban).
- Infusión de 2 viales de 5 ml (de 7,5 mg/ml) diluidos en 100 ml a pasar en 45 horas: velocidad de infusión de 8 ml/hora = 100mcg/min (o 6 mg/hora durante 45 horas = 270 mg atosiban).

- ✓ Indometacina (Inhibidor de la síntesis de prostaglandinas): Útil sobretodo en Amenaza de Parto Pretérmino precoces (<26sg). Dosis: 50 mg/6 horas vía oral. (Alternativas: vía vaginal o rectal; 150-200 mg como dosis de entrada y 100mg/12h de mantenimiento). De uso restringido por encima de las 32 semanas de gestación. (19)
- ✓ Terapia combinada: Si a pesar del tratamiento con monoterapia, la paciente presenta dinámica uterina persistente, se valorará la posibilidad de terapia combinada (preferentemente nifedipina + atosiban), considerando la edad gestacional y las modificaciones cervicales. No asociar nifedipina + beta-miméticos de manera pautada. (19)

NO SERÁN TRIBUTARIAS DE TRATAMIENTO TOCOLÍTICO pacientes:
(19)

- a) 34 semanas: si glucosa < 5 mg/ml o tinción de Gram con gérmenes.
- b) < 34 semanas: si glucosa < 5 mg/ml y 50 leucocitos y tinción de Gram con gérmenes.
- c) Con cultivo positivo en líquido amniótico en la amniocentesis de este ingreso.
- d) En el resto de casos, se realizará tratamiento tocolítico (y tratamiento antibiótico si es necesario) a la espera de los resultados del cultivo de líquido amniótico.

2.8.2.1 Contraindicaciones para el tratamiento farmacológico

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 restringen o contraindican el uso de betamiméticos, antiprostaglandinas y calcioantagonistas. (19)

2.8.2.1.1 Absolutas: (20)

- Ruptura prematura de membranas (RPM) con sospecha o evidencia de infección.
- Abruption placentae.
- Placenta previa con hemorragia abundante.
- Malformaciones congénitas fetales graves.
- Nefropatía crónica en evolución.

2.8.2.1.2 Relativas: (20)

- Enfermedad hipertensiva del embarazo en su forma severa o eclámptica.
- Eritroblastosis fetal.
- Restricción de crecimiento intrauterino.
- Insuficiencia útero-placentaria crónica.
- Trabajo de parto con dilatación cervical mayor de 4 cm.

2.8.2.1.3 Exclusivas para los betamiméticos: (20)

- Enfermedad cardíaca orgánica no compensada.
- Ritmos cardíacos patológicos maternos.
- Hipertiroidismo.
- Hipertensión arterial crónica.
- Diabetes mellitus descompensada o con vasculopatía grave.
- Síndrome febril de origen desconocido.

2.8.2.1.4 Exclusivas para los antiprostaglandinas: (20)

- Patología del tracto gastrointestinal.
- Epilepsia.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Placenta previa con hemorragia leve.

2.8.2.1.5 Exclusiva para los calcioantagonistas: (20)

- Patología cardiovascular materna (especialmente bloqueo auriculo-ventricular).
- Hipotensión arterial.
- Taquicardia materna.

2.8.2.2 Prevención:

Aunque el uso de fármacos útero-inhíbidores ha disminuido un poco la incidencia de nacimientos pretérminos, ésta continúa siendo bastante alta. Sin embargo, si se hace un manejo más agresivo, tendiente a prevenir el trabajo de parto pretérmino, se puede disminuir dramáticamente la incidencia de recién nacidos pretérminos. (20, 21)

Es de vital importancia en la prevención, factores como: (20, 21)

- ✓ Vaginosis bacteriana: Se asocia con un riesgo relativo de 1,5 a 3 para parto pretérmino, así como también a una mayor incidencia de infecciones del tracto genital inferior antes y durante la gestación.
- ✓ Acortamiento del cérvix (<25mm): Este signo es más frecuente en embarazadas con parto pretérmino previo espontáneo y en los embarazos gemelares. Cuando se encuentra en cérvix corto se aumenta en ocho veces las posibilidades de parto pretérmino.
- ✓ Parto pretérmino previo: Constituye el factor de riesgo demográfico más importante. Cuando existe este antecedente, el riesgo de parto pretérmino 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.

2.8.3 Tratamiento Antibiótico:

Serán tributarias de tratamiento antibiótico: (20, 21)

- Paciente con exposición de la bolsa amniótica en vagina (bolsa visible a través del OCE con espéculo o en vagina “en reloj de arena”).
- Pacientes que presenten como hallazgos en la amniocentesis: Tinción de Gram con gérmenes o glucosa < 5 mg/dl o cultivo positivo de líquido amniótico.

Inicialmente se utilizarán antibióticos con una cobertura amplia: ampicilina 1g/6 horas endovenoso + gentamicina 80 mg/ 8 h endovenoso. Si la paciente se mantiene clínicamente estable, el tratamiento será corregido, suspendido o mantenido según el antibiograma del CULTIVO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: si el cultivo es negativo, se finalizarán 5 días de tratamiento profiláctico. Si se identifica un germen, se completarán 7 días de tratamiento antibiótico. (20, 21)

2.8.4 Finalización de la Gestación:

Será criterio de finalización: (20, 21)

- Corioamnionitis clínica o
- 34.0 semanas, madurez comprobada y algún signo de infección intraamniótica (glucosa < 5 mg/dl, tinción de Gram con gérmenes o cultivo positivo en el líquido amniótico).

2.8.5 Tratamiento al Egreso:

Previamente al alta se permitirá la paciente deambular por la sala y movilizarse para su higiene personal durante 24-48 horas según el riesgo, la edad gestacional y las condiciones cervicales. (20, 21)

Si no reinicia el cuadro clínico, será alta domiciliaria y se mantendrá tratamiento tocolítico oral (si ya llevaba en el momento del alta) durante 48 horas (máximo una semana). (20, 21)

Se remitirá a la paciente a un control en 1-2 semanas en la Unidad de Prematuridad para reevaluación del riesgo y con indicaciones de volver a urgencias si reaparición de la sintomatología. (20, 21)

2.8.6 Tratamiento de Mantenimiento:

Dado que no está demostrado el beneficio del tratamiento de mantenimiento (de larga duración), se suspenderá todo tratamiento tocolítico después de un máximo de una semana de tratamiento endovenoso u oral. En caso de reinicio persistente de dinámica uterina con riesgo muy elevado de parto pretérmino por debajo de las 32 semanas o de dinámica muy sintomática, se considerará prolongar el tratamiento oral (Nifedipina oral), o reiniciar más ciclos, o iniciar una pauta de mantenimiento endovenoso.

2.8.7 Neuroprotección Fetal:

Los recién nacidos pretérmino tienen un riesgo aumentado de sufrir daño neurológico como parálisis cerebral o discapacidades físicas y sensoriales. Son varios los Meta-análisis y revisiones sistemáticas que han demostrado que el sulfato de magnesio administrado antes del parto puede reducir el daño cerebral en los grandes pretérminos que sobreviven. El número necesario de casos a tratar para evitar una parálisis cerebral es de 63. (20, 21)

2.8.8 Indicación de Cerclaje:

En caso de estabilización del cuadro clínico por debajo de las 26 semanas, valorar la realización de un cerclaje. (20, 21)

2.8.9 Utilización de Progesterona:

Actualmente se ha demostrado la utilidad de la progesterona como tratamiento profiláctico (es decir, antes de la presentación de sintomatología) en pacientes de riesgo (pretérmino anterior o con cérvix muy corto (inferior a 15 mm). Fuera de esta indicación, su uso debe ser bien justificado hasta que se disponga de más evidencia científica. Dosis recomendada: progesterona 200 mg/día vía vaginal. (20,21)

2.8.10 Profilaxis:

El tratamiento sistemático con antibióticos en pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino y bolsa íntegra no es eficaz para prolongar la gestación. Por ello, los antibióticos no deben emplearse de forma rutinaria, salvo que la Amenaza de Parto Pretérmino se acompañe de una rotura prematura de membranas o exista una patología asociada que requiera tratamiento específico. Sin embargo, sí que debe realizarse profilaxis del estreptococo grupo B en los casos indicados.

En los casos de Amenaza de Parto Pretérmino con bolsa íntegra, el tratamiento profiláctico se iniciará cuando se prevea que el parto es inminente, mientras que en los casos de rotura prematura de membranas, la profilaxis se iniciará ya desde el momento del ingreso. La antibioterapia profiláctica del EGB debe suspenderse si se determina que la paciente no presenta un verdadero trabajo de parto o si el resultado del cultivo es negativo. Si el resultado del cultivo fuera positivo, se instaurará de nuevo la profilaxis cuando el parto se reinicie. (20, 21)

III. OBJETIVOS:

3.1. General

3.1.1 Determinar las Características de las pacientes que ingresaron con amenaza de parto pretérmino en el servicio de Complicaciones Prenatales y Alto Riesgo Obstétrico del departamento de Gineco-Obstetricia del hospital General San Juan de Dios durante el mes de enero-Diciembre 2017.

3.2 Específicos:

- 3.2.1 Identificar la edad materna más frecuente en la que se presentó amenaza de parto pretérmino.
- 3.2.2 Identificar la edad gestacional más frecuente en la que se presentó la amenaza de parto pretérmino.
- 3.2.3 Determinar el antecedente Ginecológico más frecuente en la que se presentó la amenaza de parto pretérmino.
- 3.2.4 Establecer el antecedente Médico más frecuente en la que se presentó la amenaza de parto pretérmino.

IV. MATERIALES MÉTODOS

4.1 Tipo y Diseño de Estudio

Descriptivo- Transversal

4.2 Población:

Pacientes evaluadas en la Emergencia y Consulta Externa de Gineco- Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios y que serán ingresadas con diagnóstico de amenaza de trabajo de parto pretérmino o trabajo de parto pretérmino, al servicio de Complicaciones prenatales y Alto Riesgo Obstétrico.

4.3 Muestra:

El total de pacientes con Amenaza de parto pretérmino ingresadas al servicio de Alto riesgo Obstétrico y Complicaciones Prenatales.

4.4 Unidad de Análisis:

Pacientes con diagnóstico de Amenaza de Trabajo de Parto o Parto pretérmino ingresadas al Servicio de Complicaciones Prenatales y Alto riesgo Obstétrico.

4.5 Criterios de Selección

4.5.1 Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes con diagnóstico de amenaza de trabajo de parto pretérmino o Trabajo de Parto Pretérmino
- ✓ Pacientes que acepten colaborar con la investigación

4.5.2 Criterios de Exclusión:

- ✓ Pacientes que no acepten colaborar con la investigación.
- ✓ Pacientes con embarazo a término.
- ✓ Pacientes con embarazo Prologado o Post termino.
- ✓ Pacientes que presentan Falso Trabajo de parto.

4.6 Operacionalización de Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Descripción de variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Edad en años referida por la paciente al momento de la entrevista.	Nominal	Edad referida por el paciente
Ocupación	Hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo	Empleo, oficio u Actividades diarias	Nominal.	Ama de casa Trabajadora Estudiante
Edad Gestacional	Determina el tiempo de embarazo según el primer día del último periodo menstrual hasta la fecha actual	Edad gestacional referida por ultima regla confiable o por primer ultrasonido anotado en el expediente	Nominal	Semanas de embarazo al momento de su resolución
Gestas	Se define como el número de embarazos que la paciente ha tenido durante su edad reproductiva	Número de embarazos sin importar la resolución según el expediente clínico	Ordinal	Primigesta Secundigesta Trigesta

				Multigesta
Control prenatal	Todas las acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos para la prevención diagnóstico y tratamiento de patologías durante el embarazo y como mínimo en 4 ocasiones.	Número de visitas realizadas a entidades públicas como privadas para el seguimiento del embarazo en al menos 4 ocasiones.	Nominal	Si No
Ant. Gineco-Obstétricos. Amenaza de Trabajo pretérmino en Embarazos previos	Se define según la OMS como el que ocurre entre las 20 y 37 semanas, se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.	Diagnóstico realizado en embarazos anteriores.	Nominal	Si No

Abortos a repetición	Es la pérdida de tres o más gestaciones consecutivas antes de la semana 20 de gestación, siendo el peso fetal ≤ 500 g.	Presencia de diagnóstico en expediente clínico, o por referencia de la misma.	Nominal	Si No
Infecciones urinarias	Consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario.	Presencia de diagnóstico en expediente clínico o en el examen físico de la paciente	Nominal	Si No
Infecciones Vaginales		Presencia de diagnóstico en expediente clínico o en el examen físico de la paciente	Nominal	Si No
Antecedentes Médicos	Elevación persistente de la presión arterial sobre límites normales, que por convención se ha definido en PAS ≥ 140 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg.	Presencia de diagnóstico en expediente clínico, al examen físico de ingreso, o por referencia de la misma.	Nominal	Si No
Hipertensión Arterial Crónica				
Diabetes Mellitus	Desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el	Presencia de diagnóstico en expediente clínico, al examen físico de ingreso, o por referencia de la misma.	Nominal	Si No

	metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.			
Cardiopatías Congénitas	Anomalía estructural del corazón o de los grandes vasos intratorácicos que real o potencialmente tiene significado funcional y que se origina durante el desarrollo embrionario cardiovascular	Presencia de diagnóstico en expediente clínico, o por referencia de la misma.	Nominal	Si No
Hipertiroidismo	Cuadro clínico que es consecuencia del aumento en los niveles plasmáticos y tisulares de hormonas tiroideas.	Presencia de diagnóstico en expediente clínico, o por referencia de la misma.	Nominal	Si No
Trombofilias	Desorden del mecanismo hemostático donde se demuestra una predisposición anormal a la trombosis.	Presencia de diagnóstico en expediente clínico, o por referencia de la misma.	Nominal	Si No

4.7 Instrumentos utilizados para la recolección de información

4.7.1 Técnica de recolección de datos

Se obtuvo la información por medio de la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, utilizando el cuestionario de preguntas cerradas.

4.7.2 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó una Boleta de recolección de datos, con datos generales de la paciente, antecedente tanto médicos como ginecológicos, estos con 5 incisos de diferentes patologías las cuales eran las más frecuentes y así mismo se llenaron datos sobre el examen físico de ingreso que presentaban las pacientes.

4.8 Procedimiento para la recolección de información

4.8.1 Solicitud de autorización

Previo a realizar el estudio se autorizó el mismo por el comité de investigación del Hospital General San Juan de Dios y por el jefe del departamento de la ginecología y obstetricia.

4.8.2 Recolección de datos

Se revisaron los expedientes de las pacientes que cumplieron con los requisitos establecidos, tomando en cuenta únicamente a las pacientes ingresadas durante el año 2017.

4.8.3 Distribución del equipo de investigación

El estudio fue realizado por la investigadora por medio de la recolección de la información de los expedientes de las pacientes que cumplieron con los requisitos en los servicios de Emergencia, Complicaciones Prenatales y Alto Riesgo Obstétrico.

4.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

4.9.1 Categoría de riesgo

Categoría 1.

No hubo intervención en los sujetos de estudio que pudiera afectar su autonomía.

4.9.2 Procedimiento

Se tomaron los datos por medio de los expedientes clínicos de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión determinados para el estudio. Estos se obtuvieron mediante la búsqueda del registro de las pacientes en el servicio de Complicaciones Prenatales y Alto Riesgo Obstétrico.

Por medio de la boleta de recolección de datos se obtuvieron los datos requeridos, sin tomar en cuenta los expedientes incompletos, dado que no se pidieron datos personales, no hubo necesidad de solicitar consentimiento informado.

Se inició por anotar las siglas del nombre de la paciente, el número de historia clínica, edad y fecha en la que se realizó la evaluación. Se le asignó a cada expediente un correlativo, según la fecha de ingreso.

Posteriormente se evaluó la edad gestacional en semanas, si la paciente tuvo control prenatal marcando el inciso SI o el inciso NO, posteriormente se anotaron las gestas de la paciente marcando con una 'X' el inciso correspondiente según esta fue primigesta, secundigesta, trigesta o multigesta, finalmente el tipo de resolución que se marcó como PES (parto eutócico simple) o CSTP (cesárea segmentaria transperitoneal).

Se evaluaron los antecedentes respondiendo el inciso SI o NO en cada uno de los antecedentes a evaluar los cuales fueron: Abortos a repetición, Amenaza de trabajo de parto previo, Infecciones vaginales y urinarias durante la gestación.

Se evaluaron signos vitales, peso y talla, y la evaluación de tacto vaginal, que permitió evaluar la efectividad del tratamiento establecido en servicio.

4.9.3 Consentimiento informado

Dado que en este estudio se realizó únicamente la recolección de información sin afectar a la paciente directamente, por lo que no se incluyó un consentimiento informado.

4.10 Análisis de información

Los datos obtenidos se tabularon utilizando el programa Excel, colocando en la primera tabla la distribución la edad materna, con el porcentaje del mismo.

La segunda tabla determinó edad gestacional promedio a la cual se presentaron las pacientes con amenaza de trabajo de parto pretérmino.

Seguido a esto se procedió a describir la distribución de la presencia de control prenatal y la relación a antecedente ginecológico más frecuente que presentaron dichas pacientes.

Así mismo la edad gestacional más común en la que consultaron a emergencia por dicha patología, con esto se procedió a analizar los mismos datos para poder dar la conclusión adecuada.

4.10.1 Análisis de datos

Se procedió a tomar las variables establecidas y por medio de los resultados de estas se determinó las características que presentaban las pacientes que consultaron, así mismo la frecuencia de cada una de las variables y se pudo establecer en base a los porcentajes, los antecedentes tanto médicos como ginecológico más frecuente.

4.11 Límites de la investigación

4.11.1 Obstáculos

El principal obstáculo encontrado fue el encontrar expedientes de pacientes incompletos que no cumplían con la información requerida, además al solicitar expedientes la cantidad que podía solicitarse era limitada, por lo que se debía hacer solicitudes seriadas para poder revisar los mismos continuamente.

4.11.2 Alcances

Con los resultados obtenidos podemos prever los riesgos de nuestras pacientes en base a sus características antropológicas, esto nos permite tomar directrices anticipadamente y de esta forma reducir las complicaciones materno fetales y garantizar la disminución de las morbilidades asociadas.

Siendo la mortalidad materna y neonatal un marcador de desarrollo poblacional este tema se torna relevante para poder implementar normas que involucren a la población en riesgo.

V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del estudio realizado, para esto se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas que se llenaron teniendo a la vista el expediente clínico de las pacientes del Hospital General San Juan de Dios en el departamento de ginecología y obstetricia durante el año 2017. Se tomaron en cuenta 825 pacientes con amenaza de Trabajo Parto Pretérmino, sin embargo, de estas únicamente 323 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se presentan los resultados obtenidos del estudio.

Tabla No.1

EDAD MATERNA MÁS FRECUENTE EN LA QUE SE PRESENTÓ AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

<i>Edad</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
13	1	0.31%
16	14	4.33%
18	51	15.79%
21	56	17.34%
23	71	21.98%
26	34	10.53%
29	35	10.84%
31	21	6.50%
34	14	4.33%
36	9	2.79%
39	10	3.10%
41	4	1.24%
44	0	0.00%
47	1	0.31%
49	0	0.00%
	323	100%

TABLA NO.2

ESTADO CIVIL MÁS FRECUENTE DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Estado Civil	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	f	%
Casada	1				3		3	2	8	9	15	5	17	7	2	72	22%
Soltera				2	2	1	2	1	5	4	4	12	22	8	1	64	20%
Unida		2	2	4	2	3	6	5	8	9	36	31	48	25	6	187	58%
Total general	1	2	2	6	7	4	11	8	21	22	55	48	87	40	9	323	100%

TABLA NO.3

PARIDAD MÁS FRECUENTE QUE PRESENTABAN LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

Semanas de Gestación	Multigesta	Primigesta	Secundigesta	Trigesta	f	%
22				1	1	0.31%
23		1	1		2	0.62%
24			1	1	2	0.62%
25		4	1	1	6	1.86%
26	3	1	3		7	2.17%
27		2	1	1	4	1.24%
28	3	5	3		11	3.41%
29	2	3	2	1	8	2.48%
30	3	9	8	1	21	6.50%
31	2	8	9	3	22	6.81%
32	10	18	19	8	55	17.03%
33	3	16	22	7	48	14.86%
34	6	35	31	15	87	26.93%
35	6	15	13	6	40	12.38%
36	1	3	3	2	9	2.79%
Total	39	120	117	47	323	
%	12.07%	37.15%	36.22%	14.55%		100%

TABLA NO.4
CITAS DE CONTROL PRENATAL A LAS QUE ASISTIERON LAS PACIENTES
CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

Semanas de Gestación	0 citas	%	1 cita	%	2 citas	%	3 citas	%	4 citas	%	5 citas	%	6 citas	%	7 citas	%	8 citas	%	Total	%
22							1	0.31%											1	0.31%
23					1	0.31%	1	0.31%											2	0.62%
24					1	0.31%			1	0.31%									2	0.62%
25			1	0.31%	1	0.31%	2	0.62%	2	0.62%									6	1.86%
26					2	0.62%	3	0.93%			2	0.62%							7	2.17%
27									3	0.93%	1	0.31%							4	1.24%
28					1	0.31%	3	0.93%	3	0.93%	2	0.62%	2	0.62%					11	3.41%
29			1	0.31%			1	0.31%	1	0.31%	2	0.62%	3	0.93%					8	2.48%
30							2	0.62%	3	0.93%	7	2.17%	7	2.17%	2	0.62%			21	6.50%
31					1	0.31%	2	0.62%	7	2.17%	7	2.17%	4	1.24%	1	0.31%			22	6.81%
32			2	0.62%	4	1.24%	8	2.48%	12	3.72%	16	4.95%	9	2.79%	4	1.24%			55	17.03%
33	1	0.31%			2	0.62%	4	1.24%	11	3.41%	13	4.02%	12	3.72%	5	1.55%			48	14.86%
34					1	0.31%	8	2.48%	10	3.10%	26	8.05%	28	8.67%	11	3.41%	3	0.93%	87	26.93%
35									2	0.62%	8	2.48%	13	4.02%	11	3.41%	6	1.86%	40	12.38%
36											1	0.31%	3	0.93%	3	0.93%	2	0.62%	9	2.79%
Total	1	0.31%	4	1.24%	14	4.33%	35	10.84%	55	17.03%	85	26.32%	81	25.08%	37	11.46%	11	3.41%	323	100.00%

TABLA NO.5
ANTECEDENTE MÉDICO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTARON LAS
PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

Condición	HTA Crónica	%	DM	%	Cardiopatías Congénitas	%	Hipertiroidismo	%	Trombofilia	%
Si	40	12.38%	31	9.60%	0		0		0	
No	283	87.62%	292	90.40%	323	100.00%	323	100.00%	323	100.00%
Total	323		323		323		323		323	

TABLA NO.6
ANTECEDENTE GINECOLÓGICO MÁS FRECUENTE QUE PRESENTARON
LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

Condición	Ant. Abortos a Repetición	%	Trabajo de parto	%	Infecciones Urinarias	%	Vaginosis	%	Bajo peso Pregestacional	%
Si	12	3.72%	65	20.12%	208	64.40%	175	54.18%	10	3.10%
No	311	96.28%	258	79.88%	115	35.60%	148	45.82%	313	96.90%
Total	323		323		323		323		323	

TABLA NO.7
EDAD GESTACIONAL MÁS FRECUENTE EN LA QUE SE PRESENTO
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

<i>Edad Gestacional</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
22	1	0.21%
23	2	0.44%
24	2	0.46%
25	6	1.44%
26	7	1.74%
27	4	1.04%
28	11	2.95%
29	8	2.22%
30	21	6.04%
31	22	6.54%
32	55	16.87%
33	48	15.18%
34	87	28.35%
35	40	13.42%
36	9	3.11%
Total General	323	100.00%

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 Discusión:

El parto pre-término representa no sólo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal, además que es una causa importante de morbilidad a largo plazo, incluyendo parálisis cerebral, retraso en el desarrollo neurológico y enfermedad pulmonar crónica, que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad.

El siguiente estudio observacional determino la caracterización de las pacientes que ingresaron con amenaza de parto pretérmino en el servicio de Complicaciones Prenatales y Alto Riesgo Obstétrico del departamento de Gineco- Obstetricia del hospital General San Juan de Dios durante el año 2017. Este estudio se realizó considerando el total de pacientes que ingresaron con dicho diagnóstico, siendo 825 pacientes de las cuales únicamente 323 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Según los datos observados, se determinó que el 55.1% de las pacientes (178 casos) que presentaron amenaza de trabajo de parto pretérmino, se encuentran entre los 18 a 23 años de edad, en congruencia con un estudio realizado en Cuenca, Ecuador, donde se evidencio que el 24.1% de las pacientes que consultaron eran menores de 20 años, este se correlaciona al estudio realizado en el 2014 en el Hospital Nacional de Escuintla, donde la incidencia fue de 31.6% en pacientes de 15-19 años, seguida de 26.6% para las edades de 25-29 años, esto se asocia a factores demográfico, socioeconómicos que pueden determinar la presentación de un embarazo temprano.

Respecto al estado civil, el 58% (187 casos) de las pacientes tenían unión Libre, al igual que en el estudio realizado en Cuenca, Ecuador el 41.6%, consultando a las 34 semanas (48 casos), esto puede ser consecuencia el no presentar un estatus económico estable, por ende no poseen los medios necesario, y se ve afectado el control prenatal, siendo en las pacientes estudiadas, un promedio de 5 citas que corresponde al 26.32% (85 casos), en correlación con el estudio realizado en el Hospital Nacional de Escuintla donde solo el 15% contaba con esos control y el 53.35% no habían llevado control prenatal, siendo lo ideal según la literatura un promedio de 13 citas.

Se reportó que la Edad Gestacional más frecuente en la que consultaban las pacientes fue a las 34 semanas con un 28.5% (87 casos), la cual fue similar con el estudio de Cuenca, Ecuador donde se presentó entre las 34 a 36.6 semanas, el

30,1 %, y en el Hospital Nacional de Escuintla 88.3% entre las 28-36.6 semanas de gestación.

Se pudo observar, que respecto a la paridad las primigestas corresponden al 37.15% (120 casos), secundigestas 36.22% (117 casos), trigestas 14.55% (47 casos), mientras las multigestas representan 12.07% (39 casos), siendo la menor cantidad de pacientes que presentan amenaza de trabajo de parto pretérmino.

En cuanto al antecedente médico más frecuente se pudo determinar que el 12.38% (40 casos) presentaron HTA Crónica en contraste con el 24 % de las pacientes en el estudio de Cuenca, Ecuador, y respecto a la Diabetes Mellitus el 9.60% (31 casos). Así mismo se evidenció que el antecedente Ginecológico más frecuente fueron las infecciones urinarias con el 64.4% (208 casos) correlacionando con el estudio del Hospital Nacional de Escuintla, donde fue el 55% del total de pacientes, y las infecciones vaginales en nuestro estudio el 54.1% (175 casos), en contraste con el 75% de pacientes del Hospital Nacional de Escuintla.

6.2 Conclusiones:

- 6.2.1 El 55.1% de las pacientes que presentaron amenaza de trabajo de parto pretérmino, se encuentra entre las edades de 18 a 23 años, y respecto al estado civil, el 58% de las pacientes tenían unión libre, consultando a las 34 semanas de gestación, esto puede ser consecuencia de no presentar un estatus económico estable, afectando el control prenatal, siendo en las pacientes estudiadas, un promedio de 5 citas que corresponde al 26.32%.
- 6.2.2 La edad gestacional más frecuente en la que las pacientes presentaron amenaza de trabajo de parto pretérmino fue a las 34 semanas de gestación con un 28.5%.
- 6.2.3 Respecto a la paridad, las primigestas corresponden al 37.15%, secundigestas 36.22%, trigestas 14.55%, mientras las multigestas representan 12.07%.
- 6.2.4 En cuanto al antecedente médico más frecuente se pudo determinar que el 12.38% presentaron HTA Crónica.
- 6.2.5 Se determinó que el antecedente ginecológico más frecuente fueron las infecciones urinarias con el 64.4%, por ende se correlaciona con ser causa directa de amenaza de trabajo de parto pretérmino.

6.3 Recomendaciones

- 6.3.1 Se recomienda ampliar la cobertura en salud y crear modelos de prevención enfocados en control prenatal y con ello evitar complicaciones durante el desarrollo de la gestación.
- 6.3.2 Estimular a la población en general para poder llevar su control prenatal en forma correcta y ordenada con el personal calificado de ser posible en su lugar de origen o de lo contrario acudir al lugar idóneo según recomiende su prestadora de servicios de salud.
- 6.3.3 Informar continuamente sobre métodos de planificación familiar y con ello evitar embarazos no deseados y complicaciones obstétricas.
- 6.3.4 La infección de vías urinarias son un factor predominante en las pacientes, enfatizando el diagnóstico realizando uro análisis trimestrales ya que se observó infecciones asintomáticas en las pacientes por lo que se recomienda realizar dicho examen para ofrecer un tratamiento oportuno así mismo evitar que desencadene amenaza de parto pretérmino y con esto evitar el riesgo de sepsis en los recién nacidos.
- 6.3.5 Elevar la calidad del control prenatal, cumpliendo los cuatro requisitos básicos: precoz, periódico, completo y extenso.
- 6.3.6 Se debe ofrecer un plan educacional a las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de trabajo de parto pretérmino y así poder realizar un diagnóstico temprano y ofrecer tratamiento oportuno.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de parto pretérmino. Rev. clín. esc. med. UCR-HSJD [en línea]. 2016 [citado 30 nov 2017]; 1 (1): 75-80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
2. Escalante G, Delcid A, Barcan M, González C, Guevara I, Lagos S, et al. Caracterización del nacimiento pretérmino en embarazadas atendidas en el Hospital Materno Infantil. Arch Med [en línea]. 2017 [citado 30 nov 2017]; 13 (1:7): 1-6. DOI: 10.3823/1340.
3. Hernández N, Mejía E. 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 [trabajo de posgrado de especialidad médica en ginecología y obstetricia en línea]. El Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria de Occidente; 2017 [citado 30 nov 2017]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/16629/1/principales%20causas%20que%20desencadenan%20amenaza%20de%20parto%20prematuro%20en%20obstetricia.pdf>
4. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Subgerencia de Prestaciones en Salud, Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. GPC-BE 48 “Manejo del parto pretérmino” [en línea]. Guatemala: IGSS; 2013 [citado 01 dic 2017]. Disponible en: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%2048%20TPP.pdf>
5. Irigorri V, Rodríguez A, Perdomo D. Guía de manejo de trabajo de parto pretérmino [en línea]. Colombia: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.; s. f. [citado 01 dic 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%205.%20%20MANEJO%20TRABAJO%20DE%20PARTO%20PRETERMINO.pdf>
6. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. (Itauguá) [en línea]. 2012, dic [citado 01 dic 2017]; 4 (2): 8-14. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
7. Geneva Foundation for Medical Education and Research [en línea]. Suiza: GFMER; [citado 01 dic 2017]. Guías de obstetricia y ginecología [aprox. 4

- pant.]. Disponible en: https://www.gfmer.ch/Guidelines/Parto_postparto_es/Parto_pretermino.htm
8. Losa EM, González E, González G. Factores de riesgo del parto pretérmino. Prog. obstet. Ginecol. [en línea]. 2006, feb [citado 01 dic 2017]; 49(2): 57-65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-factores-riesgo-del-parto-pretermino-13084343>
 9. Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. Epidemiol Rev [en línea]. 1993 [citado 02 dic 2017]; 15 (2): 414-443. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8174665>
 10. Peacock JL, Bland JM, Anderson HR. Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine. BMJ [en línea]. 1995, ago [02 dic 2017]; 26 (311): 531-535. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7663207>
 11. Astolfi P, Zonta LA. Risks of preterm delivery and association with maternal age, birth order, and fetal gender. Hum Reprod [en línea]. 1999, nov [citado 03 dic 2017]; 14 (11): 2891-2894. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548643>
 12. Mercer BM, Goldenberg RL, Das A, Moawad AH, Iams JD, Meis PJ, et al. The preterm prediction study: a clinical risk assessment system [en línea]. 1996, jun [citado 03 dic 2017]; 174 (6): 1893-1895. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8678155>
 13. Portillo M, Espinal-Rodríguez J. Parto prematuro, características clínicas y demográficas en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, Honduras de mayo de 1998 a septiembre del año 2000. Rev Med Post UNAH [en línea]. 2001, sept-dic [citado 03 dic 2017]; 6 (3): 254-257. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-3-2001-9.pdf>
 14. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Consenso parto pretérmino [en línea]. Argentina: FASGO; 2014 [citado 04 dic 2017]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Parto_Pretermino.pdf
 15. Obando R, Zamora J. Factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes embarazadas que acuden a las unidades de salud del municipio del Tuma-La Dalia, Matagalpa, durante el 2010 [tesis de doctor en medicina

- y cirugía en línea]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas-León; 2011 [citado 05 dic 2017]. Disponible en:
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3616/1/220092.pdf>
16. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Guía de práctica clínica parto prematuro [en línea]. Chile: Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse; 2017 [citado 05 dic 2017]. Disponible en:
<http://200.72.129.100/calidad/archivo1/GPC%20PARTO%20PREMATURO v.4.pdf>
 17. García A, Rosales S, Jiménez G. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino [en línea]. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2010 [citado 06 dic 2017]. Disponible en:
http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/5-Diagnostico%20y%20manejo%20del%20parto%20pretermino.pdf
 18. Martínez-Cancino G, Díaz-Zagoya J, Romero-Vásquez A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Salud Tab. [en línea]. 2017 [citado 06 dic 2017]; 23 (1-2): 13-18. Disponible en:
<https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/13.pdf>
 19. Unitat de Prematuritat, Servei de Medicina Maternofetal, Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Protocolo: amenaza de parto pretérmino [en línea]. España: Clínic Barcelona. Hospital Universitari; s. f. [citado 07 dic 2017]. Disponible en:
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/amenaza-parto-pretermino.html>
 20. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Parto pretérmino. En: Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetricia. Madrid: Marban; 2007: 2, p.757-761.
 21. De la Luna y Olsen E, Carranza-Sánchez B, Vences-Avilés M. Parto pretérmino: eficacia y seguridad con tres esquemas de tratamiento. Ginecol Obstetr Mex [en línea]. 2016, jul [citado 09 dic 2017]; 84 (7): 440-448. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/parto-pretermino-eficacia-y-seguridad-con-tres-esquemas-de-tratamiento/>
 22. Abad T, Macharé MI, Mena K, Martínez A. Nifedipino como útero inhibidor y sus efectos colaterales en amenaza de parto pretérmino. Estudio de casos en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús desde el 01 de junio del

2010 hasta 01 de febrero del 2011 [en línea]. Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2011 [citado 09 dic 2017]. Disponible en: <http://192.188.52.94/bitstream/3317/633/1/T-UCSG-PRE-MED-51.pdf>

23. González A, Donado J, Agudelo D, Mejía H, Peñaranda C. Asociación entre la cervicometría y el parto prematuro en pacientes con sospecha de trabajo de parto pretérmino inicial. Rev Colomb Obstet Ginecol [en línea]. 2005, abr [citado 10 dic 2017]; 56 (2): 127-133. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/download/544/591>
24. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas en el marco del plan esencial de aseguramiento universal [en línea]. Perú: Ministerio de Salud; 2010 [citado 11 dic 2017]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
25. Portillo M, Espinal-Rodríguez J. Parto prematuro, características clínicas y demográficas en el hospital materno infantil de Tegucigalpa, Honduras de mayo de 1998 a septiembre del año 2000. Rev Med Post UNAH [en línea]. 2001, sep [citado 11 dic 2017]. Disponible en: <http://65.182.2.242/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-3-2001-9.pdf>
26. Nasajpg.com [en línea]. 20 feb 2017 [citado 11 dic 2017]. Manejo de la amenaza de parto pretérmino con enfoque desde la perinatología [aprox. 12 pant.]. Disponible en: <https://www.nasajpg.com/2017/02/20/amenaza-de-parto-pret%C3%A9rmino-perinatologia/>
27. Pérez Rúa Y. Embarazo de alto riesgo. México: Instituto de Salud del Estado de México, Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz; [citado 12 dic 2017]. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/documentos/guias/EMBARAZO%20DE%20ALTO%20RIESGO.PDF
28. Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca. División de Ginecología y Obstetricia. Guía clínica de manejo: amenaza de parto pretérmino y manejo de parto pretérmino [en línea]. México: Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca; 2005 [citado 13 dic 2017]. Disponible en: http://187.174.170.2:3604/PAGs/Sec_Transparencia/PDFs_Transparencia/4_H_GC_T_15.pdf
29. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. XXXV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología, contribuciones [en línea]. Chile: Sociedad Chilena

de Obstetricia y Ginecología; 2015 [citado 15 dic 2017]. Disponible en:
http://sochog.cl/wp-content/uploads/libros_de_contribuciones/2015.pdf

30. El médico interactivo [en línea]. España: Grupo Saned; 25 ago 2011 [citado 15 dic 2017]. Atosiban se confirma como una de las principales alternativas para la amenaza de parto prematuro [aprox. 2 pant.]. Disponible en:
<https://elmedicointeractivo.com/atosiban-confirma-principales-alternativas-amenaza-parto-prematuro-20110825010954037276/>

VIII. ANEXOS

8.1 Instrumento de Recolección de Datos:

	Boleta de Recolección de Datos Caracterización de las Pacientes que presentan Amenaza de Parto Pretérmino ingresadas al servicio de CPN y ARO. HGSJDD	

No.	
Fecha:	

Nombre		Hx. :	
Edad:			
Estado Civil:			
Ocupación:			

Datos Generales			
Ant. Médicos	Hipertensión Crónica	Si	NO
	Diabetes Mellitus	Si	NO
	Cardiopatías Congénitas	Si	NO
	Hipertiroidismo	Si	NO
	Trombofilias	Si	NO

Antecedentes Gineco-Obstétricos				
Gestas:	Primigesta ()	Secundigesta ()	Trigesta ()	Multigesta ()
Control Prenatal	SI		NO	
Ant. Abortos a Repetición	SI		NO	
Ant. Amenaza de Parto Pretérmino	SI		NO	
Inf. Urinarias Durante la Gestación	SI		NO	
Inf. Vaginales Durante la Gestación	SI		NO	
Bajo peso Pregestacional	SI		NO	

Examen Físico			
Presión Arterial:		FC:	
FR:		Temperatura:	
Peso:		Talla:	
Altura Uterina:		FCF:	

Tacto Vaginal:	
Alitud:	
Borramiento:	
Consistencia:	
Dilatación:	
Membranas Ovulares	

Semanas de Gestación	
---------------------------------	--

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE PRESENTAN AMENAZA DETRABAJO DE PARTO PRETERMINO”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.