

Universidad Internacional  
para el Desarrollo Sostenible



**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO  
SOSTENIBLE**

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA**

**«CARACTERIZACIÓN DE LA AMENAZA DE  
PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES  
INGRESADAS EN CLÍNICA SANTA FE,  
MATAGALPA, 2022»**

**TUTOR: Dra. Karla María Blandón García**

**Médico y cirujano, especialista en ginecología y  
obstetricia.**

**ALUMNOS: Br. Rossana Guadalupe Castro Rivas**

**Matagalpa, Nicaragua**

**08 de Agosto, 2024**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>TABLA DE CONTENIDO</b> .....	i
<b>ÍNDICE DE ANEXO</b> .....	iv
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	4
<b>III. ANTECEDENTES</b> .....	8
<b>IV. JUSTIFICACIÓN</b> .....	13
<b>V. OBJETIVOS</b> .....	15
<b>VI. MARCO TEÓRICO</b> .....	16
1. Definición .....	16
2. Epidemiología.....	16
3. Clasificación.....	17
4. Etiopatogenia.....	19
5. Factores de Riesgo.....	22
5.1. Características sociodemográficas.....	22
5.2. Antecedentes ginecoobstétricos.....	23
5.3. Factores maternos.....	26
<b>VII. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	31
<b>VIII. RESULTADOS</b> .....	38
<b>IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS</b> .....	52
<b>X. CONCLUSIONES</b> .....	55
<b>XI. RECOMENDACIONES</b> .....	56
<b>XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	57

**XIII. ANEXOS..... 65**

## DEDICATORIA

A mi ma y mi pa, por siempre estar y no soltar mi mano cuando he sentido que no puedo más.

A mis amigas, que me demostraron que el amor es tan grande, que no cabe en una sola forma.

Al Dr. Roberto Pao, que me enseñó con paciencia y amor la virtud de servir y a ver la adversidad como una oportunidad.

A la Dra. Karla Blandón, porque en ella encontré a una amiga y maestra, que hizo más agradables mis últimos días como interna.

## EPÍGRAFE

“Siempre quejándote de todo y a la vez fingiendo no darle importancia a nada, vives de esperanzas, pero no sabes ni que esperar...”

Julio Cortázar

## ÍNDICE DE ANEXO

<b>Anexo 1.</b> Operacionalización de variables.....	65
<b>Anexo 2.</b> Ficha de recolección de datos.....	66
<b>Anexo 3.</b> Gráfico 12. Distribución de la semana de gestación al momento del parto de las pacientes con embarazo único ingresadas en clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.....	67

## RESÚMEN

**Introducción:** la amenaza de parto pretérmino, es una afección que en los últimos años evidencia una mayor incidencia a nivel global.

**Objetivo:** caracterizar la amenaza de parto pretérmino en gestantes ingresadas en Clínica Santa Fe, durante el año 2022.

**Metodología:** estudio de diseño epidemiológico, nivel descriptivo, de tipo observacional, de corte transversal, retrospectivo, de campo, sin manipulación de variables. Se recolectaron datos de 36 expedientes, aplicando un cuestionario dividido en 3 acápite. Posterior se construyó una base de datos sistematizada en el programa Excel, permitiendo así la generación de tablas y gráficos.

**Resultados:** mujeres entre los 19-41 años, procedencia urbana 61,1 %, nivel académico superior 83, 3%, estado civil conviviente el 55, 5 %; con múltiples embarazos anteriores en un 38,8 %, con antecedente de 1 o más abortos 33 %. Además, con sobrepeso o algún grado de obesidad 33,3 % y con una infección vaginal como causa infecciosa asociada en un 69,4 %.

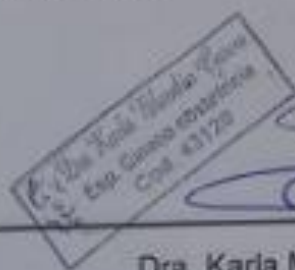
**Conclusión:** las pacientes ingresadas por amenaza de parto pretérmino se caracteriza por encontrarse entre los 19-41 años, procedencia urbana, nivel académico superior, estado civil conviviente; con múltiples embarazos anteriores y con antecedente de abortos. Además, con sobrepeso o algún grado de obesidad y con una infección vaginal como causa infecciosa asociada.

**Palabras clave:** amenaza de parto pretérmino; prematuros; características asociadas.

## OPINIÓN DEL TUTOR

Como tutora de esta tesis, para optar al título de médico y cirujano general cuyo título es "Caracterización de las pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes con embarazo único ingresadas en el Clínica Santa Fe, durante el año 2022". Opino que es un tema de relevancia ya que como país en vías de desarrollo, Nicaragua ha venido implementando estrategias eficaces, reproducibles y con accesibilidad, gracias a la descentralización de los sistemas de salud; sin embargo pese a dichos esfuerzos, continúa siendo una causa frecuente de ingresos y esto repercute en la calidad de vida de las familias y de la comunidad ya que implica un aumento en los gastos asociados al manejo de las complicaciones que se desencadenan con los nacimientos de bebés prematuros, y a largo plazo la morbilidad secundaria impide el establecimiento de una sociedad sana y con mayores oportunidades de desarrollo. Por tanto, considero este tema pertinente y oportuno para sentar precedentes de dicha problemática en esta institución. Considero que esta tesis reúne los estándares científicos y metodológicos para su presentación.

Me despido cordialmente:



Dra. Karla María Blandón García.

Especialista Ginecología y Obstetricia.

Código MINSA: 43120



## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo es el periodo destinado al desarrollo fetal dentro del útero. Todos los embarazos suponen un riesgo en mayor o menor medida en dependencia de la salud materna, se agrava por la presencia de comorbilidades como: hipertensión arterial, alteraciones del metabolismo, enfermedades autoinmunes, trastornos endocrinos, síndrome de ovario poliquístico, entre otras. Repercutiendo directamente a nivel fetal, ya que la salud materna y fetal están estrechamente relacionadas. Existen otras complicaciones propias del embarazo como: la amenaza de parto pretérmino, trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes mellitus del embarazo, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, etc.

La amenaza de parto pretérmino, es una afección relacionada con ginecología y obstetricia. La presencia de contracciones uterina persistentes, en las que no se encuentra dilatación cervical y en embarazadas que se encuentran entre la semana 22 a la 36 de gestación, son su característica. Esta situación se acompaña de complicaciones a corto, mediano y largo plazo, eso sin mencionar, las implicaciones sociales y económicas.

En los últimos años se evidencia una mayor incidencia a nivel global. En ello se consideran dos elementos: el primero manifiesta que el acceso limitado a las instituciones de salud es determinante para su incidencia, por el limitado uso de la atención prenatal, y en este es reducida la prevención de factores de riesgo; el segundo elemento es la modernización de la medicina, entre ellos: el auge de la reproducción asistida, el inadecuado uso de métodos anticonceptivos o terapias hormonales y la normalización de las cesáreas, quienes favorecen su perpetuación.

Independientemente de los elementos anteriormente mencionados, el riesgo de un parto pretérmino tiene un gran peso social, porque a nivel mundial es una de las principales causas de morbilidad no solo en neonatos, sino durante los primeros 5 años de vida. Además, acarrea diversas complicaciones como la hemorragia interventricular, la asfixia, edema cerebral, entre otros, que no se van a limitar al periodo neonatal, si no que va a repercutir en el desarrollo del infante e integración a la sociedad con el pasar del tiempo. El antecedente de parto pretérmino constituye un factor importante en la concurrencia de este en embarazos futuros.

La limitada información estadística en cuanto a esta entidad y los factores que la conducen también se presenta en Nicaragua; ello conlleva a la necesidad de generar datos e información que beneficie a las instituciones, personal sanitario y usuarios de salud.

Estos datos describen las características recopiladas, que se presentan en la amenaza de parto pretérmino en pacientes con embarazo actual único e ingresadas en Clínica Santa Fe, Matagalpa.

Para ello se realizó un estudio descriptivo, observacional de los expedientes clínicos con los datos de mujeres embarazadas e ingresadas en dicha clínica con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

El contenido de este documento tiene la siguiente estructura: en la primera parte se describe el primer momento metodológico en el cual se plantea el problema a investigar con su pregunta de investigación y delimitaciones, antecedentes, justificación, objetivos y marco teórico de la investigación y en este se conocen las diversas definiciones y conceptos del tema y sus variables de investigación que son

necesarios para el correcto entendimiento del documento; en la segunda parte, el momento metódico se describen: el diseño o estrategia metodológica con sus diferentes componentes aplicados a la investigación que se desarrolló. En la tercera parte o segundo momento metodológico se exponen los resultados, análisis y discusión, conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas, concluyendo con los anexos de la investigación.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ciclo vital de la mujer se divide en diferentes etapas que experimentan a lo largo de su vida. La segunda etapa es la reproductiva, que se caracteriza por la capacidad de concebir. Aunque el embarazo es parte de la fisiología humana, en algunas mujeres se presentan complicaciones propias de la gestación.

La amenaza de parto pretérmino es una complicación con un incremento durante los últimos años, que se presenta en mujeres con embarazo tanto de alto y bajo riesgo.

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros. La tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5 % y el 18 % de los recién nacidos. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, son la principal causa de defunción en los niños menores de cinco años. Provocando en 2018 aproximadamente un millón de muertes. (1)

El Instituto de Medicina de Estados Unidos informó que el costo asociado al parto pretérmino alcanza los \$26, 200 millones por año, destinados a la atención del parto, costos médicos y atención del recién nacido, programas de intervención temprana y educación diferencial. (2)

En Nicaragua, en 2020, el parto pretérmino representó la quinta causa de egresos maternos según el Ministerio de Salud (MINSa). Durante el año 2021 hubo un aumento de 1 808 casos en comparación con el año anterior, posicionándose en el cuarto lugar. En el primer semestre del año 2022, se han reportado un total de 5 143 casos, continuando en el cuarto lugar de la lista y estos datos no brindan un panorama esperanzador en cuanto a las cifras al culminar el año. (3)

Si no se aplican las medidas necesarias para detener la progresión de la amenaza de parto pretérmino, se conduce a un alto riesgo de mortalidad sobre todo en países en vías de desarrollo debido a la carencia de medidas de atención viables y los altos costos para tratar infecciones concomitantes o complicaciones propias del recién nacido pretérmino. Contribuye a la vulnerabilidad del recién nacido, ya que presentan dificultad respiratoria, dificultad para la alimentación, mala regulación de la temperatura y alto riesgo de infecciones asociadas a la estancia intrahospitalaria.

Además, tiene repercusiones que no se limitan al periodo neonatal, posterior a los 5 años pueden presentar problemas cognitivos en diferentes grados, afectando el aprendizaje, la memoria y las habilidades sociales. Aunado a esto, el contexto familiar es importante en la rehabilitación de los niños prematuros; el nivel económico, el número de hijos, el nivel académico de los padres, la accesibilidad al empleo y a redes de apoyo juegan un papel primordial. También la sociedad, en cuanto a servicios escolares que no son inclusivos con las necesidades especiales que presentan, lo que conlleva a grandes retos para la inserción social y en un futuro al mundo laboral, teniendo efectos financieros a largo plazo.

La organización mundial de la salud (OMS), sugiere que la amenaza de parto pretérmino se puede disminuir al brindar una atención de calidad a las mujeres embarazadas por medio de intervenciones esenciales para su prevención, además de brindar asesoramiento para identificar y tratar factores de riesgo.

Se considera de importancia en la actualidad debido a que a pesar de las estrategias que se han venido implementado en pro de la atención prenatal y prevención del parto pretérmino continúan presentándose complicaciones asociadas a dicha condición, lo que repercute en la aparición de complicaciones neonatales e infantiles

a mediano y largo plazo lo que repercute negativamente en la calidad de vida de los niños, las familias y su entorno social y de esta manera se perpetúa el círculo de la pobreza y el subdesarrollo.

Es por lo anteriormente descrito, que se hace necesario disponer de información actual y localizada acerca de lo que está sucediendo o las características que presentan las mujeres que han sido atendidas en clínica Santa Fe debido a amenaza de parto pretérmino. Por lo tanto, surge la pregunta principal de la investigación:

¿Cuáles son las características que acompañan a la amenaza de parto pretérmino en las gestantes que fueron ingresadas en clínica Santa Fe durante el año 2022?

Preguntas secundarias:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas que estas mujeres presentan?
- ¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétricos de estas embarazadas?
- ¿Qué otros factores presentan al momento de su ingreso que se relaciona a la amenaza de parto pretérmino?

Delimitación de contenido: la intención cognoscitiva de esta investigación es la descripción de los diversos elementos o aspectos que acompañan a la amenaza de parto pretérmino.

Delimitación poblacional: son todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Delimitación temporal: se recolectó información en el periodo de enero a diciembre del año 2022.

Delimitación espacial: se realizó en el centro médico quirúrgico Santa Fe, sede central en Matagalpa.

### **III. ANTECEDENTES**

A nivel internacional se encuentra información con respecto al parto pretérmino, sin embargo, no siempre esa información es actualizada o está muy limitada a ciertas regiones. A nivel nacional se encontraron pocos estudios y la mayoría desfasados.

#### **Internacionales**

Cortez, Liliana (2021) Perú. En su tesis para obtener el título de especialista en enfermería en cuidados críticos, cuyo objeto fue determinar los factores maternos asociados a parto prematuro en el Hospital de Apoyo Bagua – Enero a diciembre 2020. Fue un estudio descriptivo-correlacional, con una muestra de 41 historias clínicas de pacientes que tuvieron un parto pretérmino. Se recolectaron datos por medio de observación y la guía análisis documentaria, resultando que los factores asociados más frecuentes eran: alteraciones hematológicas, hipertensión arterial; infección urinaria en el embarazo y más de 4 controles prenatales. Por tanto, concluyen que la edad materna adolescente, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria, procedencia rural, anemia, ruptura prematura de membrana y el control prenatal inadecuado son factores maternos asociados al parto pretérmino. Este estudio permitió comparar sus resultados con los obtenidos por la investigadora de este estudio. (4)

Mejía (2020) Lima, Perú. En su tesis para obtener el título de segunda especialidad en: emergencias y alto riesgo obstétrico, con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos en la amenaza de parto pretérmino, en las gestantes atendidas en el Hospital II-1 Rioja 2016. Ella realizó estudio observacional analítico denominado Casos y Controles con una muestra de 75 casos (con amenaza de



parto pretérmino) y 150 controles (sin amenaza de parto pretérmino). Se recolectaron datos por medio de una ficha, aplicada a la historia clínica, resultando que existe asociación estadística significativa entre la paridad, la infección urinaria y el antecedente de parto pretérmino y la amenaza de parto pretérmino. Concluyó que los factores de riesgo ginecológicos en la amenaza de parto pretérmino en las gestantes fueron la paridad multigesta/ gran multigesta, infección urinaria y antecedentes de aborto o parto prematuro. Este estudio contribuyó a comparar sus resultados con los obtenidos por la investigadora del presente estudio. (5)

Rosales (2017) Guatemala. En su tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias Médicas, con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, cuyo objeto fue describir los factores de riesgo encontrados en paciente que cursaron con amenaza de parto pretérmino. Se realizó un estudio longitudinal descriptivo y prospectivo, con una muestra de 60 casos de pacientes con embarazo entre 22 y antes de las 36,6 semanas con amenaza de parto pre término, que acudieron al servicio de emergencia de ginecología del Hospital Nacional de Escuintla. Se recolectaron datos por medio de una ficha aplicada a la historia clínica e interrogatorio, resultando que 33 pacientes presentaron infección del tracto urinario y según la edad, 19 pacientes tenían 15 a 19 años, y según la labor que realizan predominaron las amas de casa; entre otros factores de riesgo el antecedente previo de amenaza de parto pretérmino es predominante y la mitad no tuvo control prenatal. Por tanto, concluye que el factor de riesgo más frecuente fue la infección del tracto urinario, según la edad gestacional predominaron los embarazos entre 28 a 36 semanas, pacientes jóvenes, del área rural y que no llevaron controles prenatales. Este estudio fue útil

al comparar sus resultados con los obtenidos por la investigadora del presente estudio. (6)

## **Nacionales**

Leiva, Diaz (2021), Managua. En su tesis para obtener el título de Médico y Cirujano General, tuvo por objeto determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el centro de salud Camilo Díaz, Río San Juan, durante abril 2020 a marzo 2021. Se realizó un estudio de casos y controles entre abril 2020 a marzo 2021, lo que resultó en 25 casos y 50 controles. Resultados: De los factores sociodemográficos, la edad menor de 20 años aumentó significativamente el riesgo de APP, los factores preconceptionales, el insuficiente número de controles prenatales, aumentó significativamente 5 veces el riesgo de APP. El riesgo de APP asociado significativamente a los factores del embarazo actual fueron: la edad gestacional menor 30 semanas; la RPM; y polihidramnios. Conclusiones: En este estudio, la edad, el APN insuficiente, la edad gestacional, la RPM y el volumen anormal de líquido amniótico son los factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino. Este estudio fue útil ya que permitió comparar sus resultados con los obtenidos en la presente investigación. (7)

Vargas, Tijerino (2015), Managua. En su tesis para obtener el título de Médico y Cirujano General, tuvo por objeto, determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en mujeres atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gaspar, Rivas en el período Julio-diciembre del año 2014; se realizó un estudio analítico observacional de corte transversal retrospectivo, de casos y controles. La muestra corresponde a 82 pacientes que presentaron

amenaza de parto prematuro; se concluyó que las características de pacientes más predispuestas a sufrir amenaza de parto prematuro fueron las amas de casa y el hecho de no tener cónyuge, así como aquellas que se realizaron menos de cuatro atenciones prenatales, pacientes que presentaron antecedente de amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, o con patologías asociadas presentaron mayor riesgo siendo en orden de importancia las infecciones vaginales, las infecciones de vías urinarias y por último la anemia, inclusive la alteración del índice de masa corporal es un factor de riesgo evidente en la población estudiada. Este estudio permitió comparar sus resultados con los obtenidos en la presente investigación. (8)

## **Locales**

Zamora, Obando (2011), Matagalpa. En su tesis para optar al título de médico y cirujano general, se tuvo por objeto los factores de riesgo asociados a amenaza de parto en pacientes embarazadas que acuden a las unidades de salud del municipio del Tuma-La Dalia, Matagalpa, durante el año 2010. Se realizó un estudio de tipo caso control, con una muestra de 65 casos y 65 controles. Se obtuvo como resultado que las edades se encontraban en un rango de 15-35 años, estado civil soltera y dentro de las infecciones asociadas, las más frecuentes fueron las vaginales y sepsis urinaria y enfermedades medicas como asma bronquial, diabetes mellitus y afecciones psicológicas como depresión. En conclusión, los factores de riesgo atribuibles a la amenaza de parto pretermino, fueron: edad menor de 20 años, estado civil soltera, antecedente de amenaza de aborto e infecciones vaginales asociadas. Este estudio es de utilidad ya que aborda los objetivos planteados en esta tesis. (9)

Méndez (2017), Matagalpa. En su trabajo monográfico para obtener el título de médico y cirujano general. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con una muestra de 35 pacientes. Con el objetivo de conocer el comportamiento de las embarazadas con amenaza de parto pretermino ingresadas en el servicio de ginecología de clínica Santa Fe durante el año 2017. Se obtuvieron los siguientes resultados: la edad materna se encuentra en un rango de 18-36 años, profesionales, del área urbana, casadas; en cuanto a enfermedades durante el embarazo presentaron toxoplasmosis, hipertensión arterial crónica y obesidad. En cuanto a infecciones, se asociaron a vaginosis e infección de vías urinarias. Concluyendo que: la paciente con amenaza de parto pretérmino se encontraba en el rango de edad de 26-35 años, del área urbana, con más de una gesta, con al menos 4 controles prenatales. Las infecciones más frecuentes fueron la cervicovaginitis y la infección de vías urinarias. Es de relevancia para este estudio, ya que se relaciona con los objetivos planeados. (10)

## IV. JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino es una entidad con una alta prevalencia alrededor del mundo que varía entre regiones. Es un problema con gran interés social y económico, a parte de su relevancia para los sistemas de salud, ya que sus repercusiones tienen costos significativos para las familias, sociedad y gobiernos, con un impacto a corto, mediano y largo plazo.

Contribuye significativamente a la morbilidad perinatal en los países en vías desarrollo, dos terceras partes de la mortalidad perinatal y la mitad de las secuelas neurológicas, ya que aproximadamente uno de cada diez embarazos finaliza en nacimiento pretérmino. (11) La mayoría de los factores de riesgo son prevenibles con la implementación de medidas sencillas, accesibles y económicas. (12)

Nicaragua no cuenta con una base de datos donde se especifique la causa de ingreso asociada a la amenaza de parto pretérmino por tanto, con esta investigación se busca reafirmar el conocimiento sobre los diversos elementos asociados a amenaza de parto pretérmino con el fin de que el personal sanitario pueda detectar cualquier manifestación de perturbación en el estado de salud de las gestantes, para lograr la disminución de esta eventualidad y por consiguiente lograr un parto a término con la reducción de complicaciones neonatales y disminuir la morbimortalidad infantil.

Siguiendo los lineamientos propuestos por la OMS, se busca promover la educación hacia las pacientes para que puedan identificar de forma temprana factores que puedan conllevar a complicaciones tanto maternas como fetales.

Se busca formar una base de datos con las principales características que presentó este grupo poblacional, para abordar a las pacientes de manera eficiente y personalizada. Además de que los resultados de este trabajo fungirán como material para futuras investigaciones en instituciones educativas.

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

Caracterizar la amenaza de parto pretérmino en gestantes con embarazo actual único ingresadas en clínica Santa fe, Matagalpa, 2022.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar las características sociodemográficas en la población a estudio.
- Detallar antecedentes gineco obstétricos en la población a estudio.
- Describir los diversos factores que acompañan a la amenaza de parto pretérmino en la población a estudio.

## **VI. MARCO TEÓRICO**

### **1. Definición**

La amenaza de parto pretérmino (APP), es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical, o cuando es menor a 3 cm, entre las 22 y las 36 semanas y 6 días de gestación. (11)

Para el American College of Obstetrics and Gynecology, el nacimiento pretérmino, es aquel que se da, entre las 20 semanas con 0 días y 36 semanas con seis días de edad gestacional. (13)

### **2. Epidemiología**

El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las APP no parirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término.

El parto pretérmino (PP) es el mayor factor de riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, no solo en el periodo neonatal inmediato, sino también en la infancia. Puede afectar la salud física, las dimensiones cognitivas y de competencias, lo que convierte en uno de los desafíos más importantes para la salud pública actual.

La OMS estima que al año nacen 15 millones de niños prematuros. Alrededor del mundo las tasas de prematuridad oscilan entre 8 % y 15 % de los recién nacidos, observando mayor prevalencia en Asia y África, seguido por Latinoamérica y el Caribe, concluyendo con regiones con mayor poder adquisitivo como América del Norte y Europa. (14)



De 184 países alrededor del mundo, solo 65 países cuentan con datos fiables sobre las alzas que se han reportado en los últimos 20 años. Estos países cuentan con un alto alcance económico, con fondos destinados a la investigación y formulación de medidas de promoción y prevención en salud. (14) Además de que son países que cuentan con un mayor ingreso per cápita y por ende con mejor calidad de vida, mayor acceso a los servicios de salud y un nivel de educación mayor.

En países de primer mundo como Estados Unidos, sigue siendo objeto de estudio ya que aproximadamente 1 de cada 10 nacidos, son prematuros y tres cuartos de estos son parte de las estadísticas de mortalidad neonatal. Un cuarto restantes sobreviven, pero representan grandes costos económicos para la sociedad. (15) A pesar de los grandes esfuerzos de la ciencia, la APP continúa representando uno de los retos más importantes para la rama de obstetricia y la perinatología.

En Nicaragua, pese a contar con medidas específicas para la prevención y el manejo de esta entidad, en los últimos años se ha mostrado una tendencia al aumento en el número de casos según lo documentado por el mapa de salud del MINSA. Los datos reportados en el primer semestre del año 2022 no brindan un panorama alentador. (16) Aunado a esto, Nicaragua es parte de los países que no cuentan con una base de datos actualizada que hagan una descripción precisa del parto pretérmino y sus características.

### **3. Clasificación.**

Amenaza de Parto Pretérmino: Presencia de contracciones uterinas dolorosas y modificaciones cervicales, sin constituir el trabajo de parto, en un embarazo de pretérmino. (11)

Es importante hacer esta aclaración ya que la amenaza de parto pretérmino no tiende a evolucionar. Aproximadamente el riesgo real de desencadenarse es un 20 a 30 %. (17) Esto permite poner en marcha medidas para retrasar el nacimiento y prevenir las complicaciones neonatales asociadas a prematurez.

Trabajo de Parto Pretérmino: Conjunto de fenómenos activos y pasivos del complejo útero- ovular que determinan el nacimiento de un recién nacido entre las 22 semanas y las 36 semanas y 6 días de embarazo. (11)

El trabajo de parto pretérmino tiene dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto pretérmino más modificaciones del cérvix, ésta última depende de la paridad de la mujer:

Para nulíparas, con borramiento del 100 % y dilatación del cérvix igual o mayor de 4 centímetros.

Para multíparas, con borramiento del 50 % y dilatación igual o mayor a 3 centímetros. (11)

Aproximadamente el 30 % del trabajo de parto prematuro se resuelve espontáneamente y el 50 % de las pacientes hospitalizadas por trabajo de parto prematuro en realidad dan a luz a término. (18)

También se debe tener en cuenta la existencia de las contracciones de Braxton-Hicks, que son contracciones de baja frecuencia e intensidad que aumentan conforme avanza el embarazo y con mayor incidencia en mujeres nulíparas puede asociarse a una falsa alarma.

#### **4. Etiopatogenia.**

En general, la mitad de los partos prematuros siguen a un trabajo de parto prematuro espontáneo, aproximadamente una cuarta parte sigue a una ruptura de membranas antes del trabajo de parto prematuro y el cuarto restante de los partos prematuros son intencionales, médicamente indicados por complicaciones maternas o fetales. (19)

**Parto pretérmino espontáneo con membranas íntegras:** las contracciones uterinas son de inicio espontáneo y prevalece la integridad de las membranas ovulares. (11) Entre los hallazgos asociados más comunes están el embarazo múltiple, la infección intrauterina, sangrado, infartos placentarios, dilatación prematura del cuello del útero, insuficiencia del cuello del útero, hidramnios, anomalías del fondo del útero y anomalías fetales. Las enfermedades maternas graves como las infecciones, las enfermedades autoinmunes y la hipertensión gestacional también elevan los riesgos de trabajo de parto pretérmino. (20)

**Parto pretérmino asociado a rotura prematura de membranas:** inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas. (11) Esto se debe a diversas causas como: infección intrauterina, daño al ADN por estrés oxidativo y senectud celular prematura. (20)

**Parto pretérmino por indicación obstétrica:** resulta de la finalización médica del embarazo por causa materna y/o fetal. (11) Generalmente en casos donde hay un riesgo inminente de la vida de una o ambas partes. Por ejemplo, en caso de

preeclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa sangrante, polihidramnios severo.

El parto pretérmino, tiene causas multifactoriales. Diversos autores coinciden, en que el PP es el punto de convergencia de diversos factores que conllevan a una cascada de procesos fisiopatológicos.

Las principales vías patogénicas que permiten explicar el parto pretérmino comprenden:

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal materno o fetal.

Este mecanismo puede representar hasta un tercio de nacimientos prematuros. Existe la liberación de hormona liberadora de corticotropinas inicialmente localizada en el hipotálamo, pero también se encuentra en distintas células de la placenta, el corión, el amnios y la decidua uterina. La concentración plasmática materna de hormona liberadora de corticotropina aumenta durante la segunda mitad del embarazo y alcanza picos máximos durante el trabajo de parto. Esta hormona se encarga de la producción de prostaglandinas por las células del amnios, el corión y la decidua. Las prostaglandinas actúan directamente estimulando las contracciones uterinas y propiciando la maduración cervical. Las prostaglandinas también producirán la liberación de hormona liberadora de corticotropina en la placenta, las membranas fetales y la decidua, probando un ciclo de retroalimentación paracrino positiva, que conduce al parto pretérmino. (21)

- b) Inflamación decidual y amniocoriónica.

La infección ascendente se considera la ruta de entrada más común. Los microorganismos que ascienden colonizan el cuello del útero, la decidua, y posiblemente las membranas, de donde ellos pueden entrar al saco amniótico.

Esta infección representa el 50 % de los partos antes de las 30 semanas de gestación. Ocurren en el 33 % de las mujeres con trabajo de parto pretérmino con membranas intactas, en el 40 % de las que tienen RPM y contracciones en el momento de la internación y en el 75 % de las que entran en trabajo de parto después de la internación por rotura prematura de membranas. (22)

Las respuestas inflamatorias promueven la patogénesis del trabajo de parto inducido por infección. Los lipopolisacáridos u otras toxinas elaboradas por las bacterias son reconocidas por receptores reconocedores de patrones como receptores de peaje. La activación de los receptores de peaje induce una cascada de señales que activa la producción de quimiocinas en muchos tejidos, incluyendo miometrio, decidua y amnios como la interleucina 8 y citocinas como la IL-1 $\beta$ . La IL-1 $\beta$  promueve la formación de prostaglandina que induce la maduración cervical y la pérdida de inactividad miométrica. (23)

- Distensión uterina patológica.

La distensión uterina temprana actúa probablemente induciendo la expresión de proteínas asociadas a las contracciones en el miometrio. Los genes CAP que están influenciados por la extensión incluyen los que codifican para las proteínas de unión gap como la conexina, para los receptores de oxitocina y para la sintasa prostaglandina. (20) La excesiva extensión uterina resulta en la activación temprana de la cascada endocrina fetal y placentaria.

El incremento temprano resultado de la hormona liberadora de corticotropina y niveles de estrógenos pueden ampliar mucho más la expresión de genes CAP miométricos y finalmente la distensión incrementada prematuramente y la actividad endocrina logran iniciar eventos que cambian el momento de la activación uterina, incluyendo la maduración cervical prematura. (21)

Los procesos mencionados generalmente ocurren simultáneamente; sin embargo, cada uno tiene una característica única bioquímica. (24)

## **5. Factores de Riesgo.**

Son múltiples las causas, en ocasiones concomitan los antecedentes y los factores que contribuyen a su instauración.

### **5.1. Características sociodemográficas.**

La edad materna de riesgo, como en otras condiciones, son los extremos que en este caso se limita a <20 años o >35 años. (25) Se evidenció un aumento en la prevalencia de anemia e hipertensión inducida por el embarazo, bajo peso al nacer, prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino y mortalidad neonatal. (26) Por tanto, la importancia de un abordaje adecuado en gestantes sobre todo si son de alto riesgo.

El embarazo en madres adolescentes en países en vías de desarrollo, puede suponer una situación estresante, resultando en la falta de apoyo, un bajo nivel de ingresos, y por tanto un seguimiento impreciso del embarazo.

La mayor prevalencia de prematuridad entre las madres mayores de 34 años puede ser debido a una mayor utilización de técnicas de estimulación hormonal y de reproducción humana asistida. (27)

## **5.2. Antecedentes ginecoobstétricos.**

- Antecedente de parto pretérmino:

Es necesario destacar que el número de nacimientos pretérmino anteriores y la edad gestacional al momento del parto anterior afectan significativamente el riesgo de recurrencia de parto pretérmino. El cual representa un 15% después de uno y 30% si fueron dos partos pretérmino. (28)

El riesgo antes de las 32 semanas de 0,5 %, entre 32 a 36 semanas de 6,8 % y a término temprano de 37,7 % (29) . Por tanto, es importante realizar una historia clínica exhaustiva de cada mujer al momento de la captación de su embarazo.

- Cirugía cervical:

Los antecedentes de cirugía cervical, incluida la biopsia de conización cervical o los procedimientos de escisión electroquirúrgica con asa, secundarios a trastornos cervicales premalignos, también pueden ser un factor de riesgo de parto pretérmino espontáneo debido a una lesión cervical asociada. (17)

- Antecedente de rotura prematura de membranas:

Esta entidad se presenta con una frecuencia de 40 %, es la causa obstétrica más común que se identifica con el parto prematuro. Un 18% del total de mujeres que ingresan por APP tendrán una infección-inflamación intraamniótica. Se presenta

como la separación de las membranas de origen fetal sin tener las características de trabajo de parto. (30)

La rotura prematura de membranas también se va a ver relacionada con la corioamnionitis, la cual es una infección que se produce en el contenido líquido del saco amniótico y abarca a las membranas que lo circundan, se puede complicar provocando una rotura de membranas de manera precoz o la totalidad del saco amniótico. Esta enfermedad está asociada a una alta mortalidad materna y fetal. (31)

- Malformaciones uterinas:

El motivo principal de las pérdidas de una gestación asociado a malformaciones se asoció inicialmente como simple defecto de distensión uterina, que su alteración morfológica y estructural implican. La relevancia clínica de estas anomalías es que repercute principalmente sobre la capacidad de reproducción de la mujer, pudiendo causar esterilidad, abortos a repetición, parto pretérmino o presentación fetal anómala.

Las malformaciones uterinas congénitas y adquiridas tienen relación con partos pretérminos: Congénitas: dependerá de su magnitud, pero se ha notado mayor riesgo en mujeres con útero subseptado, septado, unicornado, bicorneo y didelfo y en cuanto a las adquiridas: los miomas submucosos producen alto riesgo, también lo producen los miomas de 5 cm o más y los miomas múltiples. (32)



- Insuficiencia cervical:

Una longitud del cuello uterino menor a 25 mm medida por ultrasonografía endovaginal entre las 16 y 24 semanas de gestación demuestra un mayor riesgo de parto prematuro. (33)

La medición de la longitud cervical es un buen método para evaluar el riesgo de nacimiento pretérmino en pacientes asintomáticas con amenaza de parto pretérmino de bajo y alto riesgo ya que el 85 % de estos se presenta en mujeres sin factores de riesgo asociados. (11) Se consideran pacientes de alto riesgo cuando coexisten los siguientes criterios sonográficos:

Longitud cervical menor de 25 mm ( $\leq$  28.0 semanas)

Longitud cervical menor de 20 mm (28.0-31.6 semanas)

Longitud cervical menor de 15 mm ( $\geq$  32.0 semanas). (17)

- Paridad

El antecedente de aborto durante el segundo trimestre ( $>$  16 semanas) constituye otro importante factor de riesgo de parto pretérmino. (34)

En gestantes con un parto pretérmino gemelar previo, el riesgo de recurrencia en una gestación única posterior varía según la edad gestacional del parto gemelar, con un riesgo de recurrencia del 40 % cuando el parto fue antes de las 30 semanas de gestación. (34)

- Periodo intergenésico:

Un intervalo entre embarazos de menos de 18 meses aumenta el riesgo de parto prematuro y complicaciones del embarazo. (33) El periodo intergenésico corto menor a 6 meses triplica el riesgo de parto pretérmino temprano (menos de 34 semanas). (32) Ya que no hay una adecuada recuperación tanto física y mental de la madre, donde puede incurrir desde el cansancio físico, el estrés por el cuidado de otros hijos y la capacidad de atención, como una pobre recuperación física de la madre.

### **5.3. Factores maternos.**

- Condiciones médicas.

El 12 % de las mujeres en edad reproductiva en Estados Unidos padece de alguna enfermedad crónica. (35) Patologías crónicas maternas como la diabetes, hipertensión arterial, hipertiroidismo e hipotiroidismo, insuficiencia renal, etcétera, son factores de riesgo de parto pretérmino ya que, al complicarse podrían ser indicativo de terminar la gestación. (19) En base a esto, es de suma importancia que las mujeres tengan una preparación preconcepción, con los suplementos adecuados para ayudar al desarrollo del embrión, además de descartar padecimiento de enfermedades o tener un diagnóstico y manejo oportuno con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales durante la gestación.

El sobrepeso materno es un factor de riesgo de muchas complicaciones en el embarazo, como las hipertensivas, diabetes gestacional, hemorragia postparto, óbitos y malformaciones congénitas. (17)

El Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) constituye una de las complicaciones médicas más frecuente en el embarazo afectando al 5 %-15 % de las embarazadas y está asociado con un incremento significativo de la morbi-mortalidad materna y perinatal. En el embarazo se puede encontrar hipertensión en mujeres previamente normotensas o agravarse en mujeres que ya son hipertensas. (36) Por lo cual, en mujeres embarazadas, se debe dar un seguimiento más exhaustivo de sus patologías de base ya existentes y en pacientes sanas, hacer énfasis en la prevención con el fin de aminorar complicaciones.

Pese a la gran importancia de este trastorno, su etiopatogenia no ha sido aclarada, su evolución es impredecible y su tratamiento farmacológico no ha tenido un resultado muy efectivo. La finalización del embarazo sigue siendo la única intervención capaz de detener el proceso fisiopatológico de la enfermedad.

La diabetes mellitus gestacional es la tercera gran categoría clínica en la clasificación actual de la diabetes. Esta enfermedad representa un factor de riesgo para la mujer embarazada y un problema de salud para el producto. Es cada vez más frecuente debido a las altas cifras de sobrepeso y obesidad en el mundo. Esta epidemia afecta tanto a los países en vías de desarrollo como a los desarrollados y se predice un mayor incremento para el año 2025. (37)

El parto pretérmino es una de las complicaciones perinatales con mayor incidencia, tanto en la diabetes gestacional como en la pregestacional. La adherencia estricta al tratamiento se debe realizar con el fin de promover el bienestar materno y fetal, para lograr un parto a término, con una adaptación al medio externo del recién nacido exitosa.

- Infecciones asociadas:

Las bacterias pueden ganar acceso a los tejidos intrauterinos a través de:

- 1) Transferencia transplacentaria de infección sistémica materna.
- 2) Flujo en retroceso de infección en la cavidad peritoneal vía las trompas de Falopio.
- 3) Infección ascendente con bacterias de la vagina y del cuello del útero. (19)

Al menos un 40 % de los partos pretérmino se asocia con una infección intrauterina, según algunos estudios que implica inflamación sistémica y elevación de la interleucina-6 en plasma fetal. (38)

Vaginosis bacteriana:

La vaginosis bacteriana se asocia con un riesgo dos veces mayor de parto prematuro espontáneo, especialmente si se presenta al principio del embarazo. (33)

La probable etiología se debería a infección por los estreptococos del grupo B, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Trichomonas vaginalis*, especies de *Ureaplasma* y *Haemophilus influenzae* no encapsulada. (39)

Los gérmenes más prevalentes son *Ureaplasma urealyticum* y *Gardnerella vaginalis*, los cuales se han aislados en el 49 y 23 % respectivamente en vagina de embarazadas con amenaza de parto pretérmino. Cuando existe en vagina en el segundo trimestre *Ureaplasma urealyticum* el riesgo de ruptura prematura de membranas es tres veces mayor. (27)

### Enfermedad periodontal:

Las mujeres con enfermedad periodontal tienen mayor riesgo de parto pretérmino que las no afectadas por el cuidado periodontal. (17) La enfermedad periodontal, en especial la periodontitis apical crónica, se ha encontrado asociada al parto prematuro de muy bajo peso. (25)

### Infección de vías urinarias:

Originadas por proliferación de organismos patógenos a través del cuello uterino, microorganismos a nivel placentario o membranoso, generan manifestación de citosinas, prostaglandinas y tienen efecto oxitócico. Tiene una fuerte relación con la bacteriuria con ausencia de síntomas y manifestaciones más complejas de infección urinaria como son la pielonefritis aguda.

La pielonefritis es habitual en el embarazo y tiene el primer lugar como causa de origen no obstétrico de hospitalización, es causa principal de shock séptico, está asociada a parto prematuro y aplazamiento del crecimiento intrauterino. (30)

#### - Periodo intergenésico:

Un intervalo entre embarazos de menos de 18 meses aumenta el riesgo de parto prematuro y complicaciones del embarazo. (33) El periodo intergenésico corto menor a 6 meses triplica el riesgo de parto pretérmino temprano (menos de 34 semanas). (32) Ya que no hay una adecuada recuperación tanto física y mental de la madre, donde puede incurrir desde el cansancio físico, el estrés por el cuidado de

otros hijos y la capacidad de atención, como una pobre recuperación física de la madre.

- Control prenatal:

El control prenatal no óptimo (de inicio tardío e insuficiente) o el no tener controles prenatales en su establecimiento de salud juega un papel muy importante. Se ha identificado como medida protectora contra el parto prematuro. La atención prenatal es el principal factor de riesgo independiente asociado al parto prematuro.

Se describe que factores como la adolescencia, escolaridad <11 años, carencia de marido o compañero estable y gravidez  $\geq 2$  fueron los determinantes asociados a una mala adherencia al CPN. (24)

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

Para la realización de esta investigación, se desarrolló la siguiente estrategia metodológica.

### **7.1. Diseño de estudio**

El diseño del presente estudio fue Epidemiológico ya que se origina en las ciencias de la salud.

### **7.2 Nivel de estudio**

El nivel de estudio de la presente investigación es del tipo descriptivo, ya que la investigadora solo se limita a la descripción del fenómeno clínico en una circunstancia temporal y geográfica determinada.

### **7.3 Tipo de estudio**

En lo referente al tipo de estudio realizado es el siguiente: al no intervenir la investigadora en el estudio, es de tipo observacional ya que no manipuló ninguna variable y se limitó a observar y describir el fenómeno. La investigadora no controló la medición de las variables de estudio y de caracterización ya que fueron medidas por otras personas y en otros momentos en el pasado, por lo cual es de tipo retrospectivo. La investigadora solo realizó una medida de las variables de interés y de caracterización durante todo el estudio por lo cual es de tipo transversal. Y según el número de variables de interés que este estudio abordó es de tipo descriptivo al ser univariado.

## **7.4 Unidad de análisis**

En este estudio, la unidad es de información, es decir, fueron los expedientes clínicos en los cuales se localizaron los datos e información de la unidad de análisis que son las pacientes con embarazo único e ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en clínica Santa Fe de enero-diciembre del año 2022.

## **7.5 Área del estudio**

Se realizó el estudio en Clínica Santa Fe, filial Matagalpa. Es un centro médico quirúrgico, que forma parte del subsistema de Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud privadas que brindan servicios de salud a la población asegurada adscrita al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Dicha clínica está ubicada en el municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, en el barrio Fanor Jaenz con la siguiente dirección: de los semáforos de Salomón López 2 ½ cuadras al este. A dicha clínica se puede acceder en unidades de taxi local o en unidades urbanas o denominadas rutas.

## **7.6 Población**

La población considerada para el estudio fue la totalidad de gestantes que fueron atendidas en la clínica santa fe durante el año 2022, con un total de 2 951.

## **7.7 Muestra**

Del total de población se reportó que 89 pacientes aseguradas fueron atendidas por estar embarazadas con producto único y con amenaza de parto pretérmino, pero de ellas se revisó un total de 36 expedientes que se encontraban disponibles y completos en el área de archivo al momento de aplicar la ficha de recolección de



datos. Respecto a los no estudiados fue debido a: en el año en curso que se realizó la recolección de datos, algunos se perdieron por el deterioro, otros no se encontraban completos o no se encontraron con el número de INSS determinado o no contaban con dirección para su ubicación.

## **7.8 Muestreo**

Debido a las condiciones ya descritas para la obtención de la muestra, este estudio es no probabilístico, a conveniencia. Sus resultados solo aplican a las embarazadas participantes.

## **7.9 Criterios de inclusión**

- Mujer embarazada.
- Embarazo único
- Embarazada entre las 22 a las 36.6 semanas de gestación.
- Haber estado ingresada en clínica santa fe.
- Ingresada con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Asegurada.

## **7.10 Criterios de exclusión**

- Embarazo múltiple.
- Embarazada de < 21.6 o >37 semanas de gestación.
- No ingresada con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Haber estado ingresada en otros centros médicos.
- Cónyuge.

## **7.11 Variables según los objetivos de estudio**

### **Objetivo No 1.**

**Identificar las características sociodemográficas en gestantes con amenaza de parto pretermino ingresadas en Clínica Santa Fe.**

- Edad.
- Estado civil.
- Nivel académico.
- Procedencia.

### **Objetivo No 2.**

**Detallar antecedentes gineco-obstétricos en la población a estudio.**

- Paridad.
- Periodo intergenésico.
- Antecedente de amenaza de parto pretérmino.
- Antecedente de rotura prematura de membranas.
- Malformaciones uterinas.
- Insuficiencia cervical.
- Antecedente de cirugía cervical.

### **Objetivo No 3.**

**Describir los diversos factores que acompañan a la amenaza de parto pretérmino en la población a estudio.**

- Edad gestacional.
- Control prenatal.

- Morbilidades asociadas.
- Infecciones asociadas.

## **7.12 Fuente de información**

La obtención de los datos e información se realizó a partir de fuente secundaria, los expedientes clínicos de cada una de las pacientes embarazadas atendidas.

## **7.13 Obtención de la información**

Para obtener los datos e información de cada uno de los expedientes, primero se explicó a las autoridades de la clínica el propósito y resultados a lograr con ello. Como parte de dicha explicación se presentó el instrumento para describir en él, los datos según las variables definidas. Lo anterior fue para que la investigadora obtuviera la autorización pertinente y acceder al área de archivo. Ya en el área de archivos se explicó a los responsables de dicha área lo que se necesitaba y así lograr disponer de los expedientes clínicos de las unidades de información. Posteriormente se extrajo la información por medio de una ficha de recolección de datos, la cual se puede revisar en el capítulo de anexos, en ella se hace énfasis en las características sociodemográficas, los antecedentes obstétricos y elementos asociados de las pacientes ingresadas.

## **7.14 Técnicas e instrumentos**

Se elaboró un instrumento que ya ha sido aplicado, probado y validado en otro estudio similar y por lo tanto es de utilidad para el actual. El cuestionario se dividió en 3 acápites donde se engloban los 3 objetivos específicos propuestos. Siguiendo el orden estos se extrajo información procedente de la historia clínica y las notas de

ingreso, se obtuvo información sobre edad, estado civil, procedencia y nivel académico. Posteriormente se indagaron antecedentes ginecoobstetricos como paridad, antecedente de parto pretermino, ruptura prematura de membranas, antecedente de malformaciones cervicales y cirugías, y el antecedente de insuficiencia cervical. Dentro de las condiciones asociadas al ingreso, se tomaron en cuenta las comorbilidades, infecciones asociadas y complicaciones propias del embarazo que estas presentaban.

### **7.15 Procesamiento y análisis**

Posterior al proceso de recolección de los datos, se procedió a construir una base de datos sistematizada en el programa Excel, al ser pocos los datos, estos se procesaron de forma manual, permitiendo así la generación de tablas y gráficos para su debida presentación.

### **7.16 Pilotaje**

Previo a la recolección definitiva de datos, se realizó una prueba con la ficha de recolección de datos en una cantidad de 5 expedientes de pacientes ingresadas con amenaza de parto pretérmino, pero esto se desarrolló con expedientes del año 2020. para proceder a realizar correcciones, eliminar errores y valorar el sentido de las preguntas.

### **7.17 Consideraciones éticas**

Los siguientes son aspectos que se tomaron en cuenta para aplicar y respetar los principios éticos en la investigación.

A las autoridades de la clínica la Fe, se les explico los objetivos y fines de la investigación, el contenido del cuestionario, e información a tomar en cada expediente del paciente con amenaza de parto prematuro situación.

Se explicó que el instrumento no incluye el nombre del paciente ni datos que permitan su identificación y así mantener el secreto y respeto a los mismos.

Los resultados, análisis y conclusiones del estudio no serán divulgados más allá de las autoridades de la clínica, y de la UNIDES. Y de darse esto, será con previa autorización de las autoridades correspondientes.

Este estudio se realizó con fines de contribuir a la mejora social de las pacientes embarazadas y de todos los que en dicho centro participan de su atención. Es decir, aplicando los principios de Beneficencia y la No maleficencia.

Este estudio no conlleva riesgos a las pacientes participantes ni a sus documentos o registros legales.

Se realizó un manejo responsable de la información obtenida y plasmada en los instrumentos.

Se hizo resguardo del cuestionario llenado por la investigadora.

Se realizó la recolección de datos por medio de fuentes secundarias, por tanto, no fue necesario el llenado de un consentimiento informado.

Además, no existen conflictos de interés por parte de la investigadora y el objetivo es proporcionar información de interés para la institución prestadora de servicios y población general.

## VIII. RESULTADOS

Se realizó la revisión de un total de 36 expedientes disponibles en el área de archivo los días que se procedió a la recolección de datos. Obteniendo los siguientes resultados:

**Objetivo 1. Identificar características sociodemográficas en gestantes con amenaza de parto pretérmino ingresadas en Clínica Santa Fe.**

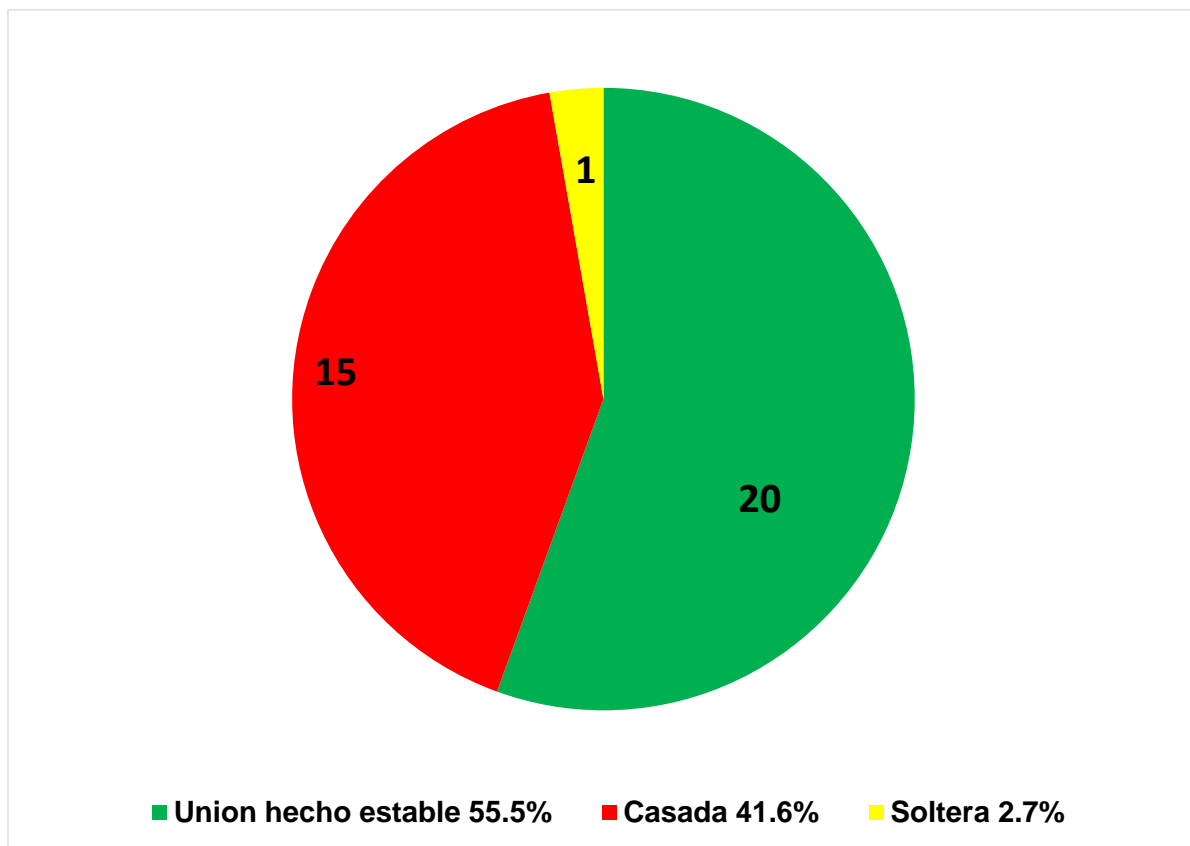
**Tabla 1.** Edades de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Edad	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	
	Simple	Acumulada	Simple	Acumulada
19	1	1	0,027	0,027
22	1	2	0,027	0,054
24	3	5	0,081	0,135
25	1	6	0,027	0,162
26	2	8	0,054	0,216
27	5	13	0,135	0,351
28	3	16	0,081	0,432
29	3	19	0,081	0,513
30	4	23	0,108	0,621
31	2	25	0,054	0,675
32	4	29	0,108	0,783
33	2	31	0,054	0,837
35	1	32	0,027	0,864
38	1	33	0,027	0,891
40	1	34	0,027	0,918
41	2	36	0,054	0,972
Total	36		0,972	

Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

La edad de las gestantes oscila entre los 19 a los 41 años de edad, la media de edad fue 29,6 años de edad, la mediana de edad es de 29 años y la estructura de edad es trimodal, siendo la moda más frecuente 27. La edad predominante es de 27 años con un total del 14 %, seguido por 30 y 32 años con un 11 % cada una.

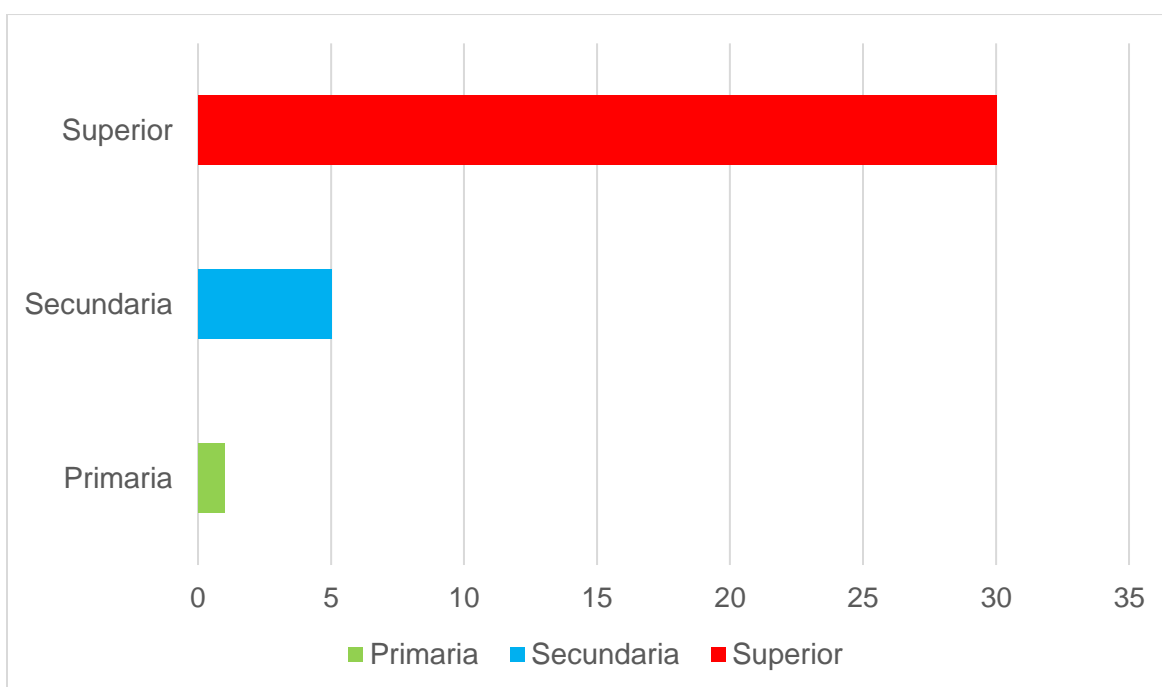
**Gráfico 1.** Distribución del estado civil de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

Según su estado civil, la mayoría se encuentran en unión de hecho estable, siendo 20 (55,5 %), 15 casadas (41, 6 %) y 1 soltera (2,7 %).

**Gráfico 2.** Distribución del nivel académico alcanzado por las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

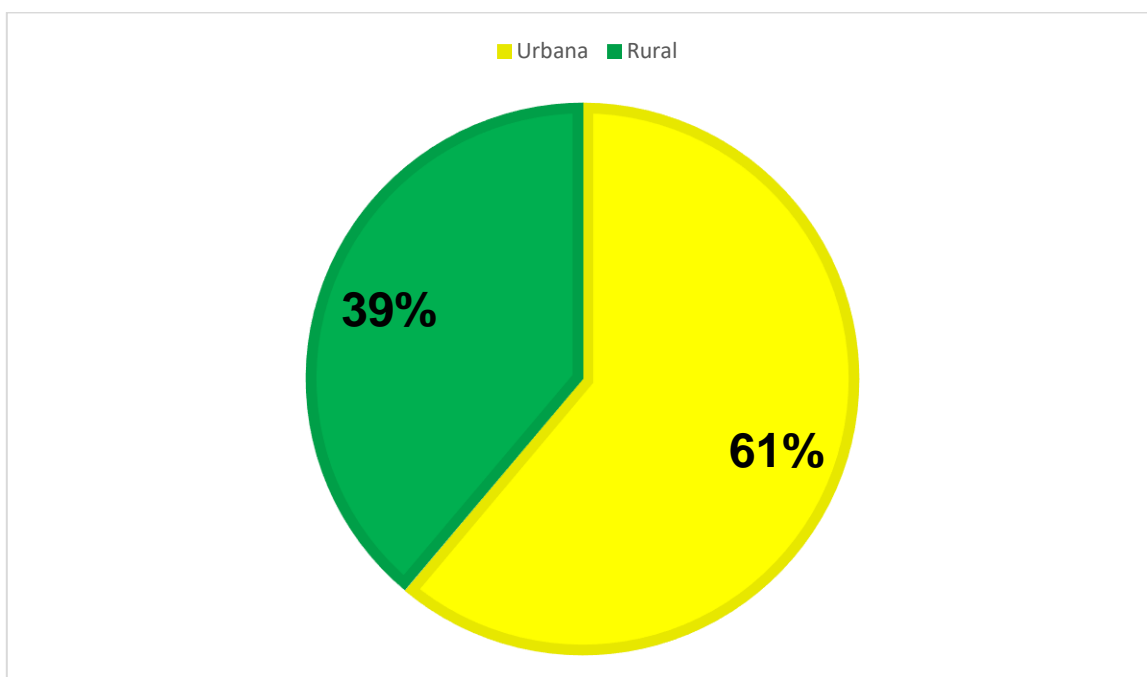


Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

En cuanto al nivel académico, la mayoría alcanzaron la educación superior, siendo: 30 (83,3 %), 5 educación secundaria (13,8 %) y 1 educación primaria (2,7 %).



**Gráfico 3.** Distribución de procedencia de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



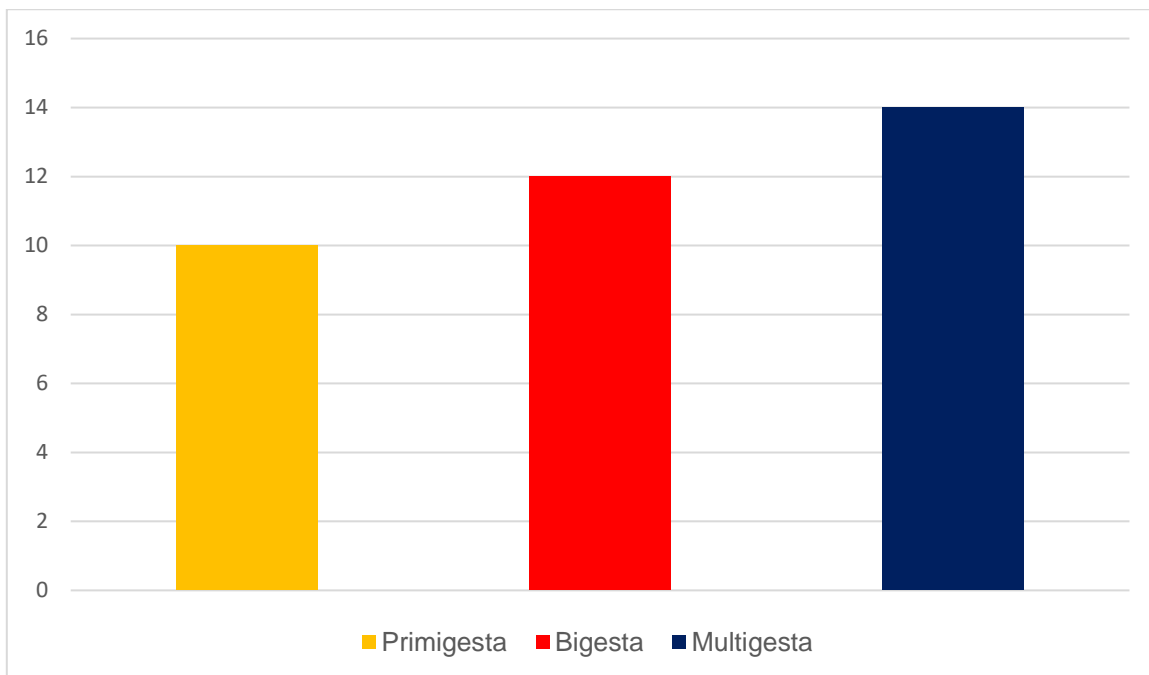
Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

En cuanto a procedencia, 22 son de áreas urbanas (61,1 %) y 14 de áreas rurales (38,8 %).

**Objetivo 2. Detallar antecedentes gineco-obstétricos en la población a estudio.**

Dentro de los antecedentes obstétricos encontramos los siguientes resultados:

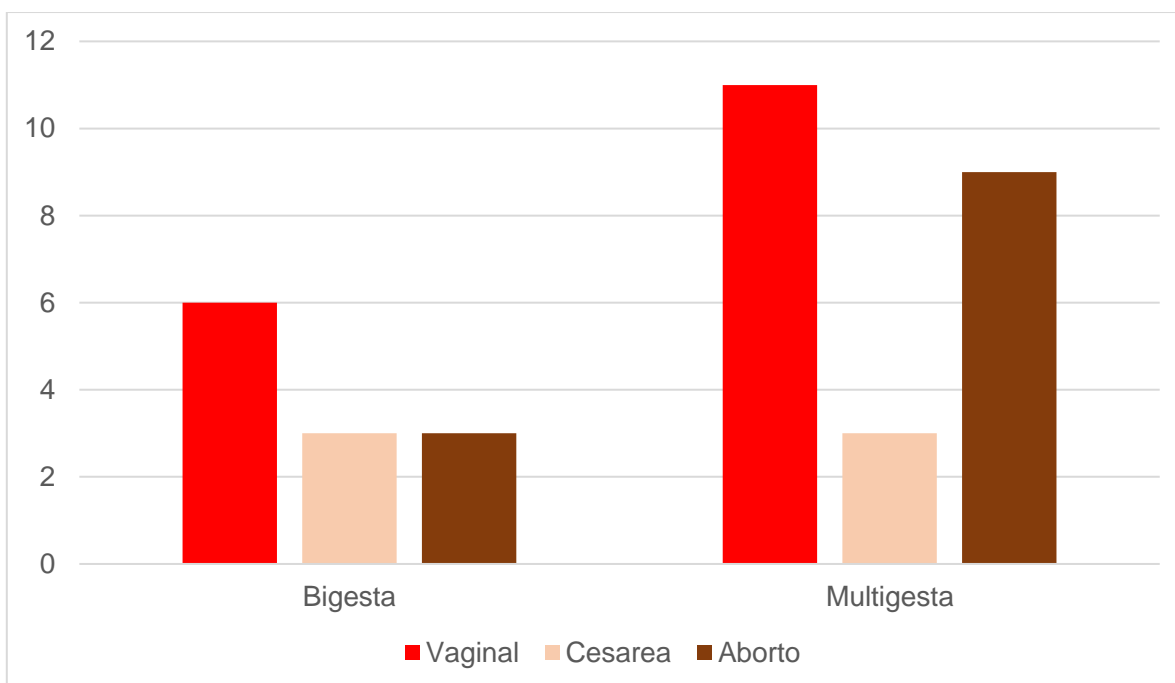
**Gráfico 4.** Distribución de paridad de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

En cuanto a paridad, 14 multigestas (38,8 %), 12 son bigestas (33,3 %) y 10 son mujeres primigestas (27,7 %).

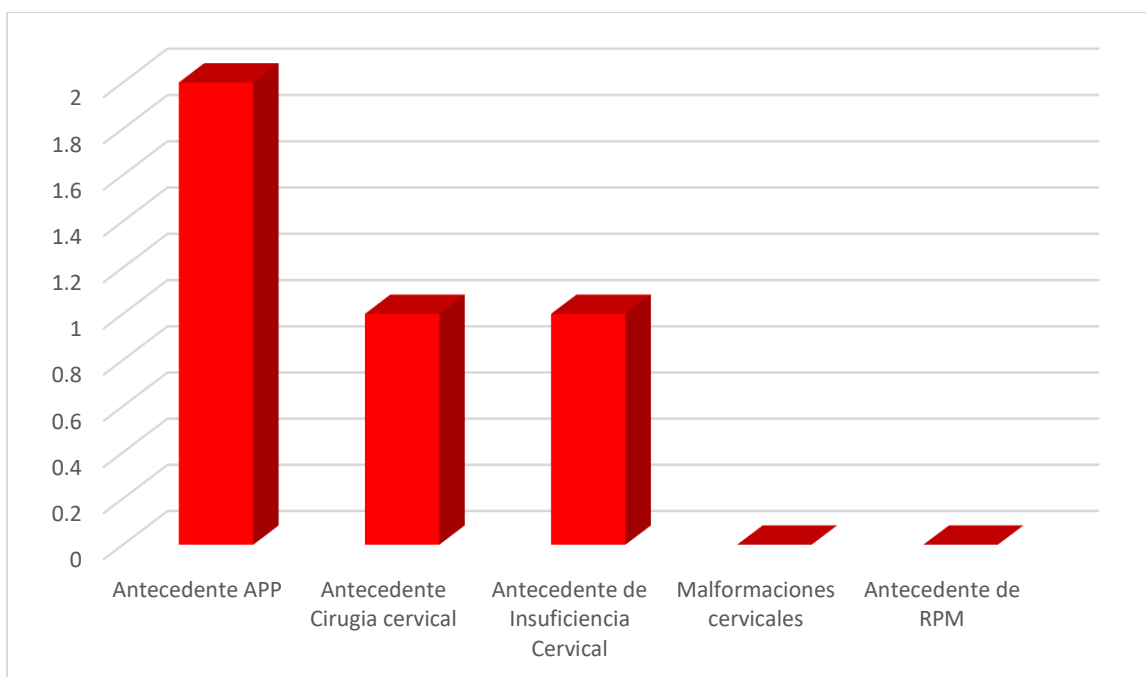
**Gráfico 5.** Distribución de la vía de finalización de embarazos previos según paridad de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

Las pacientes bigestas, 6 tuvieron un parto natural (50 %), 3 tuvieron un aborto (25 %) y 3 tuvieron una cesárea (25 %). De las 14 multigestas, 11 tuvieron 1 o más partos vaginales, 9 tuvieron 1 o más abortos y 3 tuvieron 1 o más cesáreas.

**Grafico 6.** Distribución de antecedentes obstétricos de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



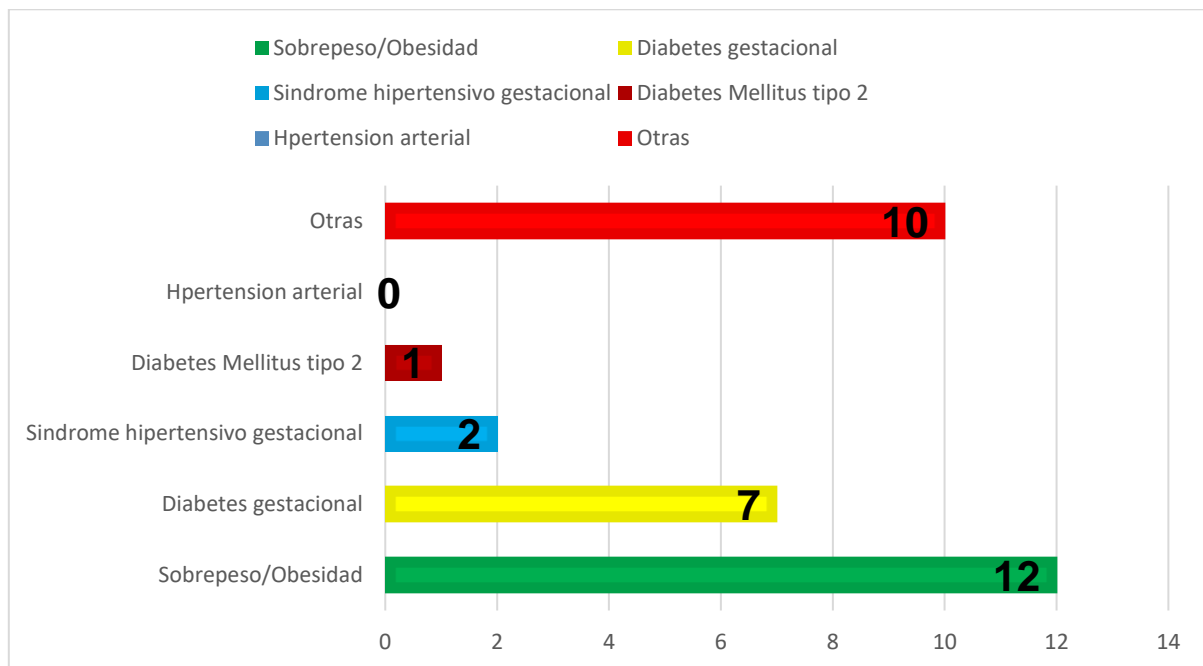
Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

Continuando con los antecedentes obstétricos, 2 presentaron antecedente de parto pretérmino (5,5 %), 1 tiene antecedente de cirugía cervical (2,7 %), 1 antecedente de insuficiencia cervical (2,7%), 32 gestantes no presentaron ninguno de los antecedentes anteriormente mencionados.

**Objetivo 3. Describir los diversos factores que acompañan a la amenaza de parto pretérmino en la población a estudio.**

Dentro de los factores de riesgo en cuanto al embarazo actual, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Gráfico 7.** Distribución de comorbilidades presentes en pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

Dentro de las comorbilidades presentadas por las gestantes, 12 presentaban sobrepeso o algún grado de obesidad (33,3 %), 7 desarrollaron diabetes gestacional (19,4 %), 2 desarrollaron síndrome hipertensivo gestacional (5,5 %) 1 presentaba diabetes mellitus tipo 2 (2,7 %) y 10 presentaban otras afecciones (27,7 %). Algunas pacientes presentaron 2 o más comorbilidades durante su embarazo.

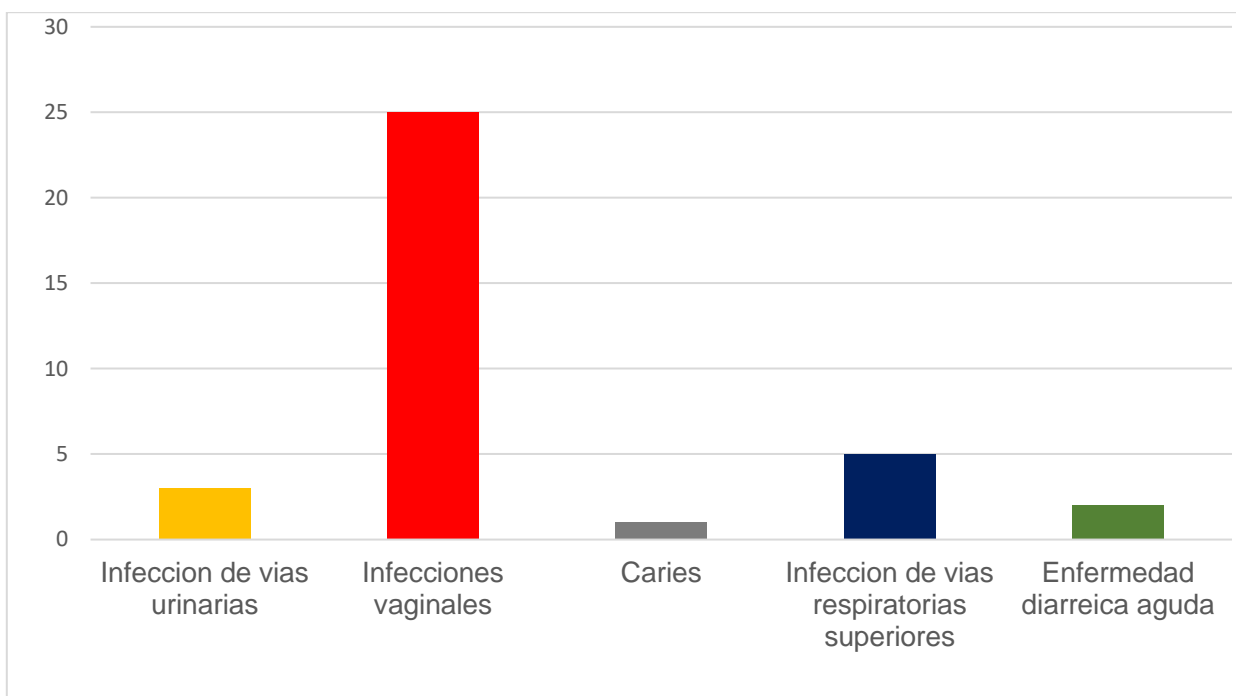
**Tabla 2.** Distribución de otras comorbilidades presentes en pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Comorbilidad	Total	Porcentaje
Taquicardia sinusal	6	40
Anemia leve	3	20
Hipotiroidismo subclínico	2	13,3
Extrasístole ventricular	2	13,3
Insuficiencia venosa	1	6,6
Barro biliar	1	6,6
Total	15	100

Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

Dentro de otras afecciones presentadas por las pacientes se encuentra: la taquicardia materna con un 40 %, 3 presentaron anemia leve (20 %), 2 hipotiroidismo subclínico (13,3 %), 2 extrasístole ventricular (13,3 %), 1 presentó insuficiencia venosa (6,6 %) y 1 presentó barro biliar (6,6 %).

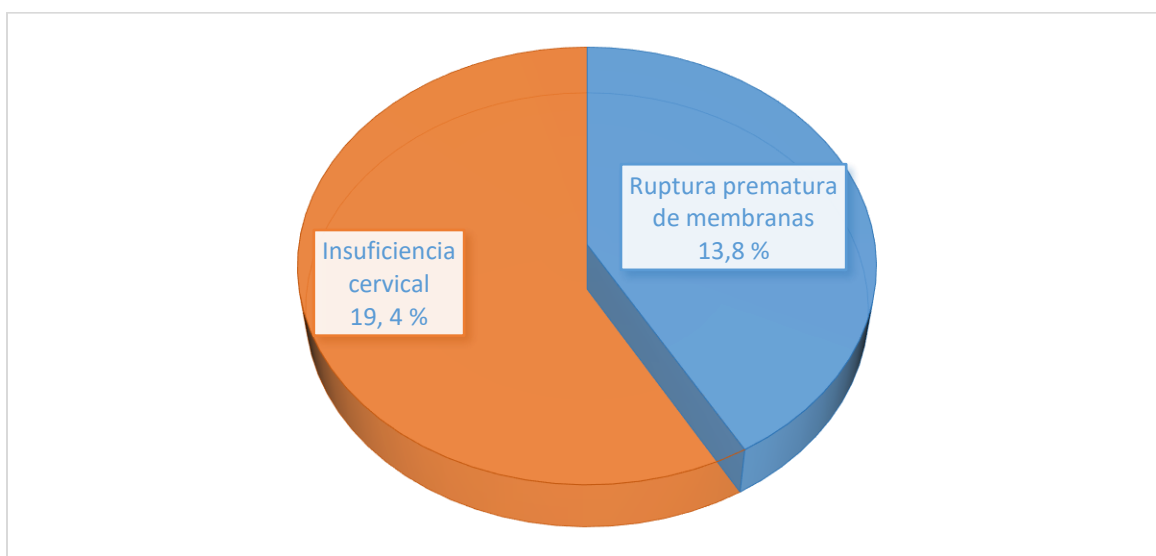
**Gráfico 8.** Distribuciones de las infecciones asociadas al momento del ingreso en pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con amenaza de parto pretérmino.



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

Dentro de las infecciones asociadas al momento del ingreso, encontramos que 3 presentaron infecciones de vías urinarias (8,3 %), 25 presentaron infecciones vaginales (69,4 %), 1 presento caries (2,7 %), 2 presentaron enfermedades diarreicas agudas (5,5 %), 5 presentaron infecciones de vías respiratorias superiores (13,8 %) y 2 presentaron Corioamnionitis (5,5 %). Más de una paciente presentó 2 entidades nosológicas concomitantes al ingreso.

**Gráfico 9.** Distribución de otras complicaciones presentadas durante el ingreso de pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

Al momento del ingreso presentaron las siguientes complicaciones: 7 presentaron insuficiencia cervical (19,4 %), y 5 pacientes presentaron ruptura prematura de membranas (13,8 %).



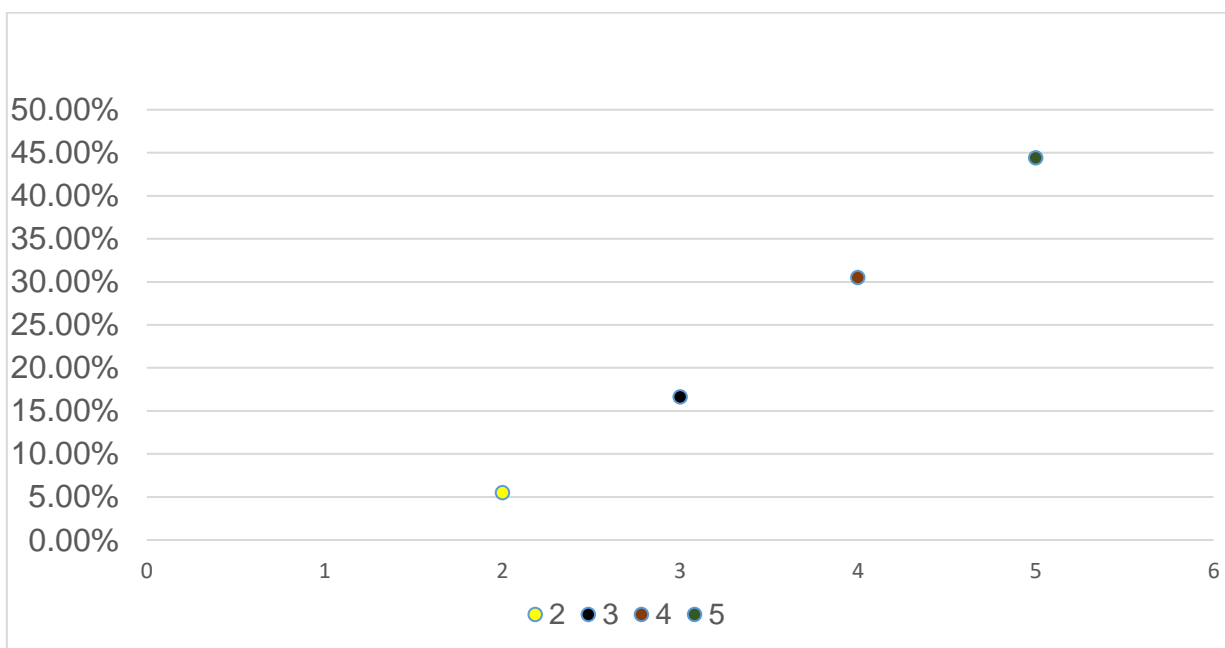
**Tabla 3.** Distribución de las semanas de gestación al momento del ingreso en pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Semana gestacional	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa	
	Simple	Acumulada	Simple	Acumulada
22-26, 6 SG	0	0	0	0
27- 31, 6 SG	6	6	0,162	0,162
32- 36, 6 SG	30	36	0,81	0,972
Total	36		0,972	

Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

La edad gestacional al momento del ingreso se mantuvo dentro de los siguientes rangos: 0 de las 22- 26, 6 semanas de gestación (0%), 6 de las 27- 31.6 semanas de gestación (16,2 %), 30 de las 32-36,6 semanas de gestación (81 %).

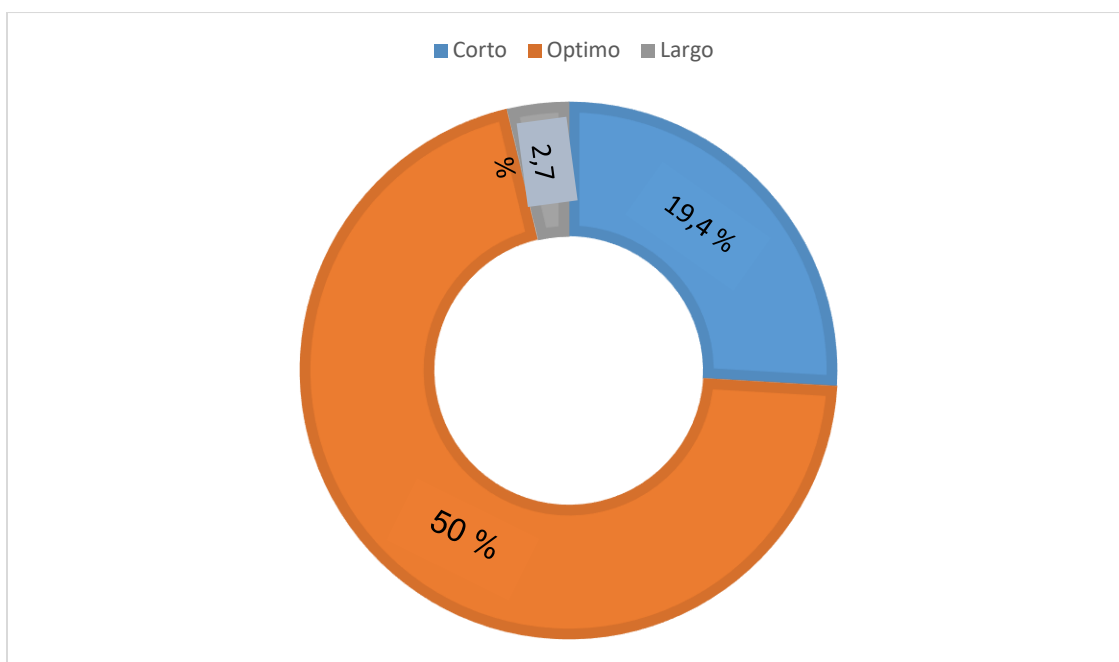
**Gráfico 10.** Distribución del apego a controles prenatales de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

En cuanto al apego de los controles prenatales, 16 acudieron a 5 (44,4 %), 11 acudieron a 4 (30,5 %), 6 acudieron a 3 (16,6 %) y 3 acudieron solo a 2 controles (8,3 %).

**Gráfico 11.** Distribución del período intergenésico de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fé con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

De acuerdo al periodo intergenésico, 18 presentaron un período intergenésico óptimo (50 %) y 7 un período intergenésico corto (19,4 %) y 1 un período intergenésico largo (2,7 %).

## IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Del análisis de los resultados en base al primer objetivo planteado, el cual era identificar las características sociodemográficas, se obtiene que:

La edad de las gestantes oscila entre los 24 y 33 años con un total de 80 %, con predominio de pacientes de 27 años con un total de 13 %. Méndez (2017) en su investigación con una muestra similar en tamaño y procedencia se encontró que el 57 % se encontraban entre 26 y 35 años. Algunos autores sugieren que las edades con mayor riesgo, son los extremos de la vida (<20 años o >35 años). Sin embargo, aunado a la edad se deben considerar factores como el estilo de vida, antecedentes patológicos y ginecoobstétricos.

Según su estado civil, el 55,5 % se encuentran en unión de hecho estable. Cortez, Liliana (2020) se observaron que del 100% de la población el 58,54% son el estado civil conviviente. Según la SEGO se asocia a abandono de la atención prenatal y por tanto no hay un seguimiento adecuado para detectar factores de riesgo de forma temprana.

Dentro del nivel académico, el 83,3 % alcanzaron la educación superior, lo que en teoría supone un factor de prevención ya que, a mayor preparación de la madre, se considera mayor ingreso económico y calidad de vida. Méndez (2017) determina que el 63 % eran profesionales con grado universitario. Por tanto, el nivel académico lo podemos asociar a mayor exigencia y estrés laboral.

En cuanto a procedencia, el 61,1 % son de áreas urbanas y 38,8 % de áreas rurales. Leiva, Díaz (2020) concluyen que el 60 % son de procedencia rural. Las pacientes de zonas rurales suelen acudir con menos frecuencia a las unidades de salud, por

consiguiente, existe menos control de patologías que puedan estar presentando las pacientes, sin embargo, las pacientes de áreas urbanas presentan otros factores a considerar como el estrés laboral, familias numerosas y los estilos de vida ajetreados.

Con respecto a paridad, 38,8 % son multigestas y el 33,3 % presento el antecedente de 1 o más abortos. Leiva (2020) muestra que en cuanto a la paridad hay un mayor número de multigestas y gran multigestas de 53.3 % y 16 % presentaron antecedente de aborto. La literatura demuestra que el antecedente de abortos previos inducido o espontaneo se relaciona en un 70 % al parto pre término.

Continuando con los antecedentes obstétricos, 2 presentaron antecedente de parto pretermino (5,5 %), 1 tiene antecedente de cirugía cervical (2,7 %), 1 antecedente de insuficiencia cervical (2,7 %). El antecedente de un parto pretermino representa un riesgo de 15 % y posterior a dos se aumenta a 30 %. Además, la cirugía cervical se asocia a parto pretermino por lesiones cervicales asociadas.

Dentro de las comorbilidades presentadas por las gestantes, el 33,3 % presentaron sobrepeso o algún grado de obesidad. Vargas y Tijerino (2015) en su investigación destacan la relevancia de la presencia de condiciones como la alteración del índice de masa corporal como un factor de riesgo para el desarrollo de esta complicación, La presencia de un IMC alto, aumenta el riesgo de desarrollar patologías hipertensivas o trastornos del metabolismo. Nicaragua cuenta con una gastronomía que predispone a la obesidad y por consiguiente el desarrollo de trastornos del metabolismo, aunado a esto las clínicas prestadoras de servicio no cuentan con nutriólogos que brinden dietas balanceadas, que cubra las demandas nutricionales

durante el embarazo con el fin de disminuir el desarrollo de estas patologías o la progresión de las mismas.

Dentro de las causas infecciosas asociadas al ingreso, 69,4 % presentaron infecciones vaginales y en segundo lugar infección de vías respiratorias con un total de 13,8 %. Al igual en su investigación Obando, Zamora (2011) determinaron que la principal causa de infecciones asociadas a la amenaza de parto pretérmino fue la infección vaginal en un 65 %. La normativa 077, muestra como principales causas infecciosas las genitourinarias, lo que concuerda con esta investigación. Sin embargo, el año en que se realizó el estudio se encontraba al final de la pandemia de covid-19 por lo cual se justifica como segunda causa de ingreso las infecciones de vías respiratorias.

La edad gestacional al momento del ingreso predomina entre la 32-36,6 semanas de gestación con un total de 83,3 %. Rosales (2017) concluyó que el 88.3 % de las pacientes de su muestra se encontraban entre la semana 28-36.

Al momento del ingreso, respecto a la presentación otras complicaciones, 19,4 % presentaron insuficiencia cervical y 13,8 % pacientes presentaron ruptura prematura de membranas. La normativa 077 resalta la importancia de realizar el tamizaje de longitud cervical en toda paciente embarazada aun sin factores de riesgo ya que el 85 % se presenta en mujeres sin factores asociados. En cuanto a la ruptura prematura de membranas, Vargas y Tijerino (2015) que es uno de los factores más importantes encontrada en un 30 % de su población, aunque es este estudio se encontró en un 13,8 % no le resta importancia por el riesgo inminente de infección intraamniótica y el parto pretérmino.

## X. CONCLUSIONES

Una vez aplicado el instrumento para la recolección de información y posterior al procesamiento de los datos, se obtuvieron resultados que permite formular las siguientes conclusiones:

Se definió que el grupo etario con mayor afectación se encuentra entre los 28-32 años, edad que no representa un riesgo para la gestación. En su mayoría de procedencia urbano, con un nivel académico superior, estado civil unión de hecho estable y todas con actividad laboral al ingreso.

Se determinó que dentro de los factores ginecoobstétricos, la mayoría son pacientes multigestas, con antecedentes de parto vaginal en su mayoría y 1 o más abortos.

Se describe que, dentro de las condiciones presentes al ingreso, estas presentaban un 33,3 % sobrepeso o algún grado de obesidad. Además, el 69,4 % presentaron infecciones vaginales como principal causa de ingreso asociada a la amenaza de parto pretérmino, seguido en frecuencia por infecciones de vías respiratorias e infecciones de vías urinarias. De estas el 83,3 % fueron ingresadas entre la semana 32-36,6 % de gestación y logrando la mayoría un parto a término y con buen apego a los controles prenatales.

De manera general podemos caracterizar a la gestante con embarazo único ingresada en clínica Santa Fe con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, en el rango de edad de 19-41 años, procedencia urbana, nivel académico superior, estado civil conviviente; con múltiples embarazos anteriores con antecedente de abortos. Además, con sobrepeso o algún grado de obesidad y con una infección vaginal como causa infecciosa asociada.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1. Capacitar a las pacientes a través del personal sanitario por medio de consejería, con el fin de detectar de manera temprana signos de peligro durante la gestación y lograr una atención adecuada.
2. Enfatizar con el personal de salud los resultados de esta investigación para mejorar la detección de condiciones asociadas a amenaza de parto pretérmino.
3. Incrementar el tamizaje de infecciones vaginales durante la consulta para brindar un tratamiento temprano y oportuno.
4. Instar a las nuevas generaciones de estudiantes a continuar la línea investigativa de este estudio con el fin de abordarlo desde otros puntos de vista.
5. Invitar al área de archivo de clínica Santa fe a tomar nuevas medidas para lograr el adecuado resguardo de los expedientes clínicos con el fin de evitar deterioro y extravíos.



## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Recomendaciones e intervenciones para prevenir el parto pretermino.[online] (2018) acceso: 15/11/22. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988\\_eng.pdf;jsessionid=0CA60CA737245FAB241F709D76A18400?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf;jsessionid=0CA60CA737245FAB241F709D76A18400?sequence=1)
2. March of Dimes Foundation (2013) Online Disponible en: (<https://nacersano.marchofdimes.org/quienes-somos/el-impacto-del-nacimiento-prematuro-en-la-sociedad.aspx#:~:text=El%20nacimiento%20prematuro%20puede%20afectar,les%20impiden%20o%20limitan%20trabajar.>)
3. Minsa. Causas de egresos maternos (2022). Disponible: <https://mapasalud.minsa.gob.ni/>
4. Cortez A, Liliana A. Factores maternos y parto prematuro en el Hospital de Apoyo Bagua – enero a diciembre 2020. repositorio.unprg. Perú (2021) acceso: 10/11/22 Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/10302>
5. Mejía E. Factores de riesgo maternos en la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital ii-1 rioja. repositorio.usmp. Perú (2020) acceso: 10/11/22 Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6661/Gil%20\\_%20ME.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6661/Gil%20_%20ME.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. Rosales E. Factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. biblioteca.usac Guatemala (2017) acceso: 11/11/22. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10434.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10434.pdf)

7. *Leiva, Díaz. Factores de riesgo asociados a Amenaza de Parto Pretérmino en gestantes atendidas en el Centro en Salud Camilo Díaz, Municipio El Castillo, SILAIS Río San Juan, durante Abril 2020 a Marzo 2021. Reposorio UNAN. (2021). Acceso: 11/11/22*
8. Vargas, Tijerino. Factores asociados al parto pretermino en pacientes ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo de julio a diciembre 2013. Reposorio UNAN. Nicaragua (2015). Acceso: 11/11/22 disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/2015/1/63241.pdf>
9. Obando, Zamora (2011) Factores de riesgo de la amenaza de parto pretermino en pacientes embarazadas que acuden a las unidades de salud del municipio del Tuma- La Dalia, Matagalpa, durante el 2010. Reposorio UNAN. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3616/1/220092.pdf>
10. Mendez (2017) comportamiento de las embarazadas ingresadas con amenaza de parto pretermino en servicio de ginecología y obstetricia del centro médico quirúrgico Santa Fe, Matagalpa en el periodo de enero a diciembre 2017. Reposorio UCM. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.ni/28/1/tesis%20final%20app%20MENDEZ.pdf>
11. Ministerio de Salud. Normativo no. 077 Protocolo de abordaje de alto riesgo obstétrico. 2da edición. 2018. Acceso: 30/10/22
12. González Q, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de parto pretermino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Año 2016 Vol 1 No

- I. Acceso: 15/11/22 Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
13. Management of preterm labor. Practice Bulletin No. 171. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;128:e155–64..(Reaffirmed 2020) acceso: 17/11/22
14. OMS. Nacimientos prematuros. 2018. Acceso: 17/11/22 Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (1)
15. Predicción y prevención de parto pretermino espontaneo. Obstetricia y Ginecología: [Agosto de 2021 - Volumen 138 - Número 2 - p e65-e90](#) Acceso: 17/11/22. Disponible en:  
[https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2021/08000/Prediction\\_and\\_Prevention\\_of\\_Spontaneous\\_Preterm.35.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2021/08000/Prediction_and_Prevention_of_Spontaneous_Preterm.35.aspx)
16. Causas de egresos maternos. Minsa (2022) acceso: 17/11/22 disponible en:  
<http://mapasalud.minsa.gob.ni/>
17. Bello A, Sanchez O. Parto pretérmino. Guía de práctica clínica. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (2015). Acceso: 18/11/22. Disponible en:  
[http://www.comego.org.mx/formatos/Guias/GPC2015\\_12.pdf](http://www.comego.org.mx/formatos/Guias/GPC2015_12.pdf)
18. Management of preterm labor. Practice Bulletin No. 171. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016;128:e155–64..(Reaffirmed 2020) acceso: 17/11/22
19. Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey et al. Williams Obstetricia 25ava edición. McGrawHilleducations.2019. acceso: 10/11/22

20. Lockwood CJ. Predicción del parto pretérmino. Una tarea difícil Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 21, núm. 3, 2002, pp. 137-139  
acceso: 17/11/22. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/912/91221312.pdf>
21. González Q, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de parto pretermino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Año 2016 Vol 1 No I.  
Acceso: 15/11/22 Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
22. Votta R, Nores J, Santiago O. Rotura prematura de membranas consenso fasgo xxxiii cordoba, 5 al 7 de septiembre del 2018. Acceso: 03/12/22  
Disponible en:  
[http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_FASGO\\_2018\\_Rotura\\_prematura\\_de\\_membranas.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf)
23. Cesar Vílchez Factores de riesgo en parto pretérmino. (2018)
24. Yang J, Baer R, Berghella v, Cristina C, Chung P, Coker T et al. Recurrencia del parto pretermino. National center of biotechnology information. 016 agosto; 128 (2): 364-372. Acceso: 18/11/22 Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27400000/>
25. Mendoza L, Claros D, Mendoza I, Arias M, peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.4 Santiago ago. 2016. Acceso: 18/11/22  
disponible en:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000400012](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012)

26. Carcamo W, Tristan M, Rodriguez G, Orozco L, Garcia M, Alvarez R. Guía de práctica clínica para el manejo de parto pretérmino. 2018 San José Costa Rica – IHCAI Institute, FECASOG. Acceso: 01/12/22 Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1393162/gpc\\_parto-pretermino\\_fecasog\\_ihcai.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1393162/gpc_parto-pretermino_fecasog_ihcai.pdf)
27. Rosales E. Factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. biblioteca.usac Guatemala (2017) acceso: 01/12/22. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10434.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10434.pdf)
28. Quiroz, Alfaro, Bolivar, olano (2016) Amenaza de Parto Pretermino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD Año 2016 Vol 1 No I, disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
29. Yang J, Baer R, Berghella v, Cristina C, Chung P, Coker T et al. Recurrencia del parto pretermino. National center of biotechnology information. 016 agosto; 128 (2): 364-372. Acceso: 01/12/22 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27400000/>
30. Violeta López Infección urinaria como factor asociado a amenaza de parto pretérmino. (2021)
31. Predicción y prevención del parto prematuro: recomendaciones del ACOG. Am Fam Médico. 2022;106(3):337-339 Acceso: 03/12/22 Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0900/practice-guidelines-preventing-preterm-birth.html>

32. Vrishali Suman; Euil E. Luther. Parto pretermino. National library of medicine, August 8, 2022 disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536939/>
33. Antonette T. Dulay. Infección intraamniótica. Main Line Health System, octubre 2022. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/infecci%C3%B3n-intraamni%C3%B3tica>
34. Saulo M, Rocio F, Natalia T. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal: fisiopatología, desenlace y estudio ecográfico. Ginecol. obstet. Méx. vol.90 no.8 Ciudad de México ago. 2022. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412022000800664](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000800664)
35. Teresa C, Vicente A. Parto pretermino. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2020. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto\\_pretermino\\_2020.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf)
36. Texto de capacitación materno infantil. Síndrome hipertensivo gestacional. 2016. Disponible en: [https://www.jica.go.jp/Resource/project/spanish/nicaragua/008/materiales/c8\\_h0vm0000ccs1fq-att/materiales\\_04\\_03.pdf](https://www.jica.go.jp/Resource/project/spanish/nicaragua/008/materiales/c8_h0vm0000ccs1fq-att/materiales_04_03.pdf)
37. Fernanda H, María L. Diabetes gestacional. NPunto Volumen III. Número 28. Julio 2020. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/28/diabetes-melitus-gestacional>

38. Molina, Franco, Torres (2022) Síndrome de respuesta inflamatoria fetal: fisiopatología, desenlaces y estudios ecográficos. Ginecol. obstet. Méx. vol.90 no.8 Ciudad de México ago. 2022 Epub 26-Sep-2022 Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412022000800664](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000800664)
39. Cercenado, Canton (2018) Diagnostico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal e Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Madrid. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia24a.pdf>





### XIII. ANEXOS

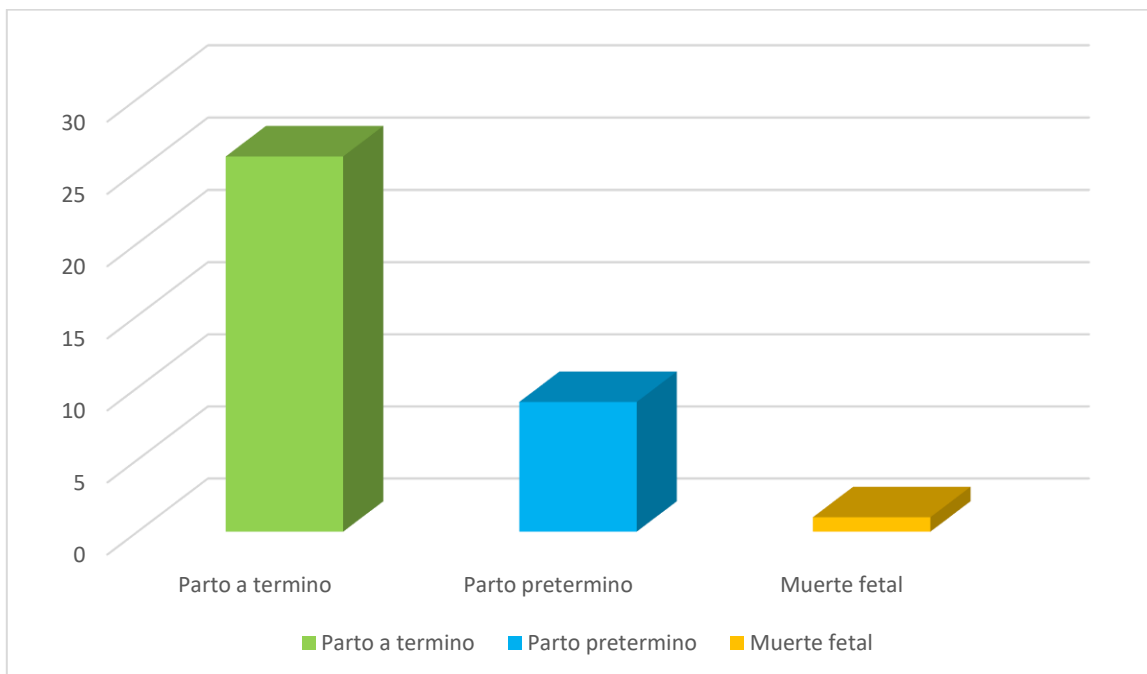
#### 13.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Características de la amenaza de parto pretermino	Comprende un conjunto de cualidades relacionadas a amenaza de parto prematuro que implican complicaciones en el periodo perinatal a concretarse con morbilidades y mortalidades en el neonato	Conjunto de características perinatales que aumentan la probabilidad de desencadenar el parto pretérmino	Características sociodemográficas	Edad	Cualitativa y cuantitativa
				Estado civil	
				Nivel académico	
				Procedencia	
			Antecedentes gineco obstétricos	Paridad	Cualitativa y cuantitativa
				Antecedente APP	
				Antecedente RPM	
				Cirugía cervical	
				Malformaciones uterinas	
			Factores maternos	Insuficiencia cervical	Cualitativa
Morbilidades					
	Infecciones asociadas				

### 13.2. Ficha de recolección de datos.

Características asociadas a amenaza de parto pretérmino.	
Número de INSS: _____	
- Características sociodemográficas.	
1. Edad materna _____	3. Nivel académico    4. Procedencia
2. Estado civil	Analfabeta____    Urbana____
Soltera_____	Primaria____    Rural_____
Casada_____	Secundaria_____
Unión de hecho estable_____	Universidad_____
Otro _____	Técnico_____
- Antecedentes gineco-obstétricos.	
1. Paridad G    P    C    A	4. Cirugía cervical previa
2. Antecedente    de    parto	Si _____    No_____
pretérmino	5. Malformaciones uterinas
Si_____	Si_____
No_____	No_____
3. Antecedente de RPM	6. Insuficiencia cervical
Si_____	Si_____
No_____	No_____
- Factores maternos asociados.	
Edad gestacional_____	Periodo Intergenésico
No. Controles prenatales_____	< 18m_____ > 5a_____ No_____
1. Morbilidades.	2. Infecciones asociadas.
Diabetes mellitus_____	Infección de vías urinarias_____
Hipertensión arterial_____	Infecciones vaginales_____
Síndrome hipertensivo gestacional_____	Caries_____
Diabetes gestacional_____	ITS_____
Asma_____	Estreptococo grupo B_____
Otro _____	Otro _____

**13.3. Gráfico 12. Distribución de la semana de gestación al momento del parto de las pacientes con embarazo único ingresadas en Clínica Santa Fé con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.**



Fuente: ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

Según la semana de gestación al momento del parto, 26 presentaron un parto a término (72,2 %), 9 presentaron un parto pretérmino (25 %) y 1 presentó muerte fetal (2,7 %).