

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE



Recinto Universitario Managua

Facultad de Ciencias Médicas

Tesis Monográfica para Optar al Título de Médico y Cirujano.

**Factores de riesgo relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas
atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.**

Autor:

Br. Keilyn Belén García Briceño

Tutor (a):

Dra. Martha Paola Hernández Montalván

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Managua, Nicaragua 2022

Índice

Agradecimiento	iii
Dedicatoria	iv
Resumen	v
Opinión del Tutor	vi
Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Antecedentes	4
Justificación.....	7
Objetivos	8
Marco Teórico	9
Diseño Metodológico	22
Área de Estudio.....	22
Tipo de Estudio.....	22
Universo.....	22
Muestra.....	22
Estrategia muestral.....	22
Unidad de Análisis.....	23
Criterios de selección.....	23
Variables por objetivo	24
Operacionalización de variables.....	26
Método de recolección de información.....	31
Fuente de información.....	31
Técnica.....	31
Métodos de obtención de información.....	31
Instrumento.....	31
Procesamiento y análisis de datos.....	31
Plan De Análisis	32
Consideraciones Éticas.....	33
Resultados	34
Discusión y Análisis.....	37
Conclusiones	40
Recomendaciones.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	44

Agradecimiento

Agradecer principalmente a mi tutora Dra. Martha Paola Hernández por el tiempo y dedicación al trabajo, quien incondicionalmente brindo su apoyo y conocimientos, pero sobre todo su disponibilidad para guiarme durante el proceso y finalización de la tesis.

Al personal de salud, quienes de manera incondicional brindaron su apoyo para la conclusión del estudio, de igual manera a los pacientes que forman parte vital de esta profesión y quienes han sido protagonistas de diversos escenarios donde cada uno de los profesionales de la salud nos comprometemos a brindar nuestros esfuerzos, conocimientos y calidez humana en cada uno de los casos que se presentan.

Dedicatoria

A Dios, quien me ha guiado en el camino de la sabiduría en todos estos años de mi carrera, por darme salud, humildad y empatía con cada uno de los pacientes que me ha correspondido atender de forma directa o indirecta.

A mi mamá Irma Briceño, quien incondicionalmente me ha brindado todo su apoyo, instruyéndome en el camino de la educación y superación personal, por medio de valores fundamentales que me han permitido crecer cada día más; a mis hermanas Lina García y Tracy García; a mi abuela Lilliam Ramírez quienes han sido un apoyo incondicional y tangible que me han acompañado durante este proceso de cumplir mis metas y en especial la de finalizar la carrera de medicina.

Resumen

La amenaza de parto pretérmino a nivel mundial es un problema de salud que involucra tanto el servicio de Gineco-Obstetricia como Neonatología, debido a que son una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y riesgos maternos.

El presente estudio se realiza con el fin de determinar cuáles son los factores de riesgo relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022. Se trata de un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, en la investigación se estudiaron un total de 86 pacientes a través de expedientes clínicos y mediante una ficha de evaluación. Se usó el software IBM SPSS Statistics versión 26.

Entre las gestantes se resalta una población entre 21 – 30 años, de predominio del área urbano, con nivel académico secundaria y profesión operarias. El 45.3 % de la población estudiada se encontraba entre las semanas 34-36 semanas de gestación, cabe señalar que la mayoría de las pacientes eran bigestas sin presentar antecedentes de parto pretérmino, con captación prenatal temprana y el trauma obstétrico sin relevancia en este estudio.

Los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino, se determinó la presencia de infecciones Cervico vaginales, seguidas de las infecciones urinarias, no se realizó tamizaje de enfermedades periodontales. No se encontró mayor asociación entre la amenaza de parto pretérmino y el estado hipertensivo del embarazo, tampoco se encontró que la ruptura prematura de membranas haya sido causa de esta entidad clínica. Las pacientes en estudio no mostraron alteraciones en el volumen de líquido amniótico (polihidramnios).

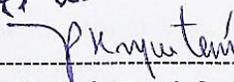
Opinión del Tutor

Como tutora de la tesis titulada " Factores de riesgos relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya de septiembre 2021 – febrero de 2022 ", elaborada por la Bachiller Keilyn Belén García Briceño, para obtener el título de Doctora en Medicina y cirugía general, hago constancia que el estudio que realizó tiene gran validez y aporte científico para la institución donde fue realizada y para la comunidad de Masaya debido a que no se ha tenido ningún estudio previo en dicha institución, los resultados obtenidos son los esperados y similares a los estudios nacionales e internacionales. Ha sido de gran aporte para determinar cuales son los factores de riesgos más comunes en la población gestante de Masaya que son atendidas en el Hospital Sermesa.

La autora concluyó de manera satisfactoria el estudio, dando respuesta a cada uno de sus objetivos planteados, cumpliendo exitosamente el desafío del proyecto de investigación científica.

Por tanto, hago constar que la tesis reúne los estándares metodológicos y científicos exigidos por la UNIDES- Managua para ser presentada y sometida a evaluación.

Dra. Martha Hernández Montalván
GINECO - OBSTETRA
CÓD. MINSA 35328



Dra Martha Paola Hernández Montalván
Gineco – obstetra
cod Minsa 35328

Introducción

La amenaza de parto pretérmino a nivel mundial es un problema de salud que involucra tanto el servicio de Gineco-Obstetricia como Neonatología, debido a que son una de las principales causas de morbilidad neonatal y riesgos maternos.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los nacimientos prematuros suponen el 11,1% de todo en cuanto acontecen en el mundo, más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, donde el porcentaje en África del Norte y Occidental es el (9,8%), Latinoamérica y el Caribe (8,6%), países desarrollados (8,6%), Asia Central y Oriental (7,4%), Asia Sud Occidental y Oceanía (13,5%), África subsahariana (12,3%), Asia del Sur (13,3%).

Según la Asociación Europea de Neonatología, la prematuridad es la principal causa de morbilidad neonatal. En Estados Unidos, ocasiona un 75% de las muertes neonatales, superando incluso las originadas por malformaciones.

En Nicaragua el Ministerio de Salud está al tanto con respecto a la creación de normas y protocolos con el objetivo de mejorar la salud tanto materno como infantil, en cuanto al parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino, mediante controles prenatales óptimos se lleva acabo intervenciones para identificar población de riesgo mediante pesquisas de criterios de riesgo, detección y tratamiento de infecciones y tamizaje de longitud cervical.

Por lo tanto, este estudio pretende determinar los factores relacionados a la amenaza de parto pretérmino en mujeres embarazadas que fueron atendidas en Hospital Sermesa Masaya con el objetivo de crear un precedente en esta unidad de salud para futuros planes de mejora.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son los Factores de riesgo relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022?

Antecedentes

A nivel nacional...

En un estudio realizado en 2019-2020 en Nueva Segovia en el Hospital Primario Augusto C. Sandino, determinó que el 79% de la población que fue estudiada se encontraba entre las semanas 29 – 36.6 semanas de gestación, señalando que el 25% de las pacientes bigesta, trigesta, multigesta y gran multigesta han cursado en algunas de sus gestaciones con partos pretérminos. En el cual se determinó la presencia de infecciones periodontales, infecciones de vías urinarias e infecciones Cervico vaginales en más del 50% de pacientes estudiadas. (Esquivel Ramírez, 2021)

En el Hospital Bertha Calderón Roque en el primer semestre del año 2016, se realizó un estudio sobre amenaza de parto pretérmino, en el cual el 48% de las pacientes eran menores de 19 años, el 70% de mujeres no poseían antecedentes patológicos personales y el 52% se habían realizado más de 4 controles prenatales.

Luz E. Calero Godínez y Glen M. Hernández Flores (Nicaragua -2017) Realizaron la investigación titulada: Factores de Riesgo Asociados a Amenaza de Parto Pretérmino en Mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas en el periodo comprendido desde julio a diciembre del año 2014, encontraron que la edad comprendida en la mayoría de las pacientes estaba entre 20 a 34 años tanto en casos 62% como controles 54% sin embargo, las menores de 20 y mayores de 35 años casos 37.8% y los controles 45.1%.

Dentro de los factores gineco obstétricos se encontraron que el número de gesta de la mayoría de pacientes del estudio eran primigesta o multigesta casos 76% controles 82.9% en comparación con el grupo de 1 a 3 casos 23.1% y controles 17%.

El antecedente de amenaza de parto pretérmino en gestación anterior el grupo que no lo presentaron correspondieron con caso 62.1% y controles 93.9% mientras quienes si lo presentaron casos 37.8% y los controles 6% .Además, las infecciones de vías urinarias el grupo que si presento dicha patología fueron 45.1% de los casos y 21.9% de los controles y quienes no presentaron dicha condición fueron 54.8% de los casos y 78% de los controles.

Las patologías maternas asociadas se encontraron que las infecciones vaginales si se presentaron en los casos 46.3% sobre los controles 19.5% y no se presentaron 53% de los casos y los controles 80.4%.

El síndrome hipertensivo gestacional aparece en un 10.9% de los casos y 17% de los controles y no se presentó en la mayoría de las pacientes con 89% de los casos y 82.9% de los controles. El índice de masa corporal en las pacientes se comportó según los grupos estado de obesidad o desnutrición los casos 60.9% y los controles 46.3% y con estado nutricional normal casos 39% y los controles 53.6%.

A nivel internacional...

En 2017, en la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizó un estudio sobre los “Factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino”. En el cual determinó que el 55% presentaron infección del tracto urinario y según la edad de las pacientes (31.6%) tenían 15 a 19 años, y según la labor que realizan predominaron las amas de casa (53.3%); entre otros factores de riesgo el antecedente previo de amenaza de parto pretérmino (43.3%).

En el Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” de Ecuador, por medio de un estudio tipo descriptivo, analítico, con el tema de Amenaza de Parto Pretérmino como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco-Obstetricia, describió que ocupan una alta incidencia y que está relacionada

con factores de riesgos como en multíparas del rango de 18 a 25 años, también con el más alto número de abortos previos, la infección de vías urinarias y el bajo número de controles prenatales.

Según las características sociodemográficas la edad media fue de 25 años, el 60,86% residía en el área rural, el 47,82% tenía estado civil unión libre, el 37,39% de instrucción secundaria, el 64,34 fue ama de casa. Según las características clínicas fueron antecedentes de gestas previas la media de 0,83, abortos 0,11, la media según las semanas de gestación fue de 32,46 semanas, la infección vaginal tuvo una prevalencia de 44,34%, seguido de la infección del tracto urinario con el 20,86%.

Justificación

En Nicaragua, la proporción de embarazadas que son atendidas por esta patología (amenaza de parto pretérmino) constituye el 18%, son el segundo motivo de consulta según referencias hospital Berta Calderón Roque. El parto pretérmino es el responsable de aproximadamente el 12% de los nacimientos antes de las 37 semanas.

Por tanto, es de importancia que en este Centro Hospitalario exista un estudio en el cual quede un precedente para que sea de utilidad en la atención y realizar intervenciones adecuadas para reducir la tasa de nacimientos pretérminos, con el fin de poder beneficiar a todas aquellas pacientes en estado de gestación.

Objetivos

Objetivo general

Determinar los Factores de riesgo relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022

Objetivos específicos

1. Describir las características socio-demográficas de las embarazadas en riesgo con amenaza de parto pretérmino.
2. Determinar los antecedentes gineco-obstétricos en gestantes que cursen con amenaza de parto pretérmino.
3. Analizar qué factores de riesgos están presentes en las pacientes con amenaza de parto pretérmino.

Marco Teórico

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.

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 cm.
- Para multíparas, con borramiento del 50% y dilatación igual o mayor a 3 cm.

Parto pretérmino: Se denomina parto pretérmino al que ocurre entre las 22 y 36 semanas y 6 días (menos de 259 días).

Epidemiología

El parto pretérmino es una de las entidades más frecuentes, presentándose en un 5 a 12%. En los Estados Unidos, la tasa anual de nacimientos pretérmino (antes de las 37 semanas de gestación) fue de 12.8% en 2006 y 11.7% en 2011, siendo casi el doble de la tasa de países europeos.

El parto pretérmino puede ser espontáneo (50%), por rotura prematura de membranas en pretérmino (30%). También puede ser causado por la intervención de personal de salud (20%).

Mortalidad.

El parto pretérmino representa no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70 % de la mortalidad perinatal a nivel mundial y aporta una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo.

Mecanismo Fisiopatológico

El parto pretérmino puede ser espontáneo o indicado debido a preocupaciones sobre el estado materno o fetal. La evidencia clínica y de investigación convincente sugiere que una serie de procesos patogénicos pueden conducir a una vía común final que resulta en parto pretérmino espontáneo.

Los cuatro principales procesos patogénicos son:

- Activación prematura del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal fetal en respuesta al estrés materno y/o fetal.
- Respuesta inflamatoria/infección exagerada y/o microbioma del tracto genital alterado.
- Hemorragia decidual (desprendimiento de placenta).
- Distensión uterina patológica.

Estos cuatro procesos, y otros procesos menos comunes, pueden iniciarse mucho antes de que el trabajo de parto prematuro o la rotura prematura de membranas pretérmino sean clínicamente evidentes, lo cual es una característica común de las vías biológicas en cascada.

Aunque cada mecanismo tiene características epidemiológicas, genéticas y clínicas distintas, no son mutuamente excluyentes. Comparten una vía común final que involucra la formación de agentes uterotónicos y proteasas que debilitan las membranas fetales y el estroma cervical, lo que finalmente conduce al trabajo de parto y nacimiento prematuros.

Activación prematura del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal inducida por el estrés.

Causas del estrés: el estrés fetal es causado por una insuficiencia vascular uteroplacentaria que, si es grave, puede manifestarse clínicamente como preeclampsia o restricción del crecimiento fetal. Los embarazos que manifiestan estos trastornos tienen más probabilidades de terminar en parto pretérmino espontáneo y/o parto pretérmino indicado.

Los primeros embarazos que terminan en parto pretérmino espontáneo tienen un mayor riesgo de parto pretérmino, preeclampsia y restricción del crecimiento fetal en el embarazo posterior en comparación con las mujeres con primeros embarazos sin complicaciones, y cuanto más temprano sea el parto pretérmino espontáneo, mayor será el riesgo de una de estas complicaciones en el próximo embarazo.

El estrés psicosocial materno importante (depresión, trastorno de estrés postraumático, ansiedad) puede activar el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal materno y se ha asociado con un pequeño (generalmente menos del doble) aumento del riesgo de parto pretérmino espontáneo, pero la asociación es más débil que la observada con estrés fetal.

Respuesta inflamatoria/infección exagerada y/o microbioma del tracto genital alterado.

En el contexto de estrés fetal inducido por una infección, la proporción de cortisol fetal a sulfato de dehidroepiandrosterona permanece baja y no existe una correlación directa entre el volumen de la glándula suprarrenal fetal y el cortisol o Niveles de sulfato de dehidroepiandrosterona.

Los estudios epidemiológicos que utilizan datos clínicos y de laboratorio muestran una asociación entre la parto pretérmino espontáneo y la presencia de patógenos sistémicos y del tracto genitourinario, así como un microbioma alterado.

En un gran estudio retrospectivo basado en la población de 199 093 partos, el 2,5% de los pacientes tenían bacteriuria asintomática, que se asoció de forma independiente con el parto prematuro.

Tanto la corioamnionitis clínica como la subclínica son mucho más frecuentes en los partos prematuros que en los nacidos a término y pueden representar el 50 % de los casos de parto pretérmino espontáneo antes de las 30 semanas de gestación.

Lactobacillus es la flora predominante de la comunidad microbiana en el embarazo normal, y la prevalencia de un estado de comunidad vaginal pobre en Lactobacillus tipo 4 está inversamente correlacionada con la edad gestacional al momento del parto. Además, el riesgo de parto pretérmino espontáneo es más pronunciado para las mujeres con Lactobacillus tipo 4 y niveles elevados de Gardnerella o Ureaplasma. Sin embargo, el tratamiento de la vaginosis bacteriana no reduce las tasas de parto prematuro espontáneo en pacientes de bajo riesgo.

Fisiopatología

Degradación bacteriana de las membranas y efectos uterotónicos directos: las bacterias pueden tener un papel directo en la patogenia del parto pretérmino espontáneo. Las bacterias producen fosfolipasa A2 (que conduce a la síntesis de prostaglandinas) y endotoxinas, sustancias que estimulan las contracciones uterinas y pueden provocar un parto prematuro.

Algunos organismos: (Pseudomonas, Staphylococcus, Streptococcus, Bacteroides y Enterobacter) producen proteasas, colagenasas y elastasas que pueden degradar las membranas fetales, lo que lleva a la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto, con parto pretérmino subsiguiente espontáneo o indicado.

Inducción bacteriana de una respuesta inflamatoria, que conduce a efectos uterotónicos.

Los ligandos bacterianos se unen a los receptores tipo toll expresados en las membranas celulares de los leucocitos deciduales, amnios, corion, cervicales, placentarios y locales. Esto induce el factor de transcripción NF-kappaB, que luego desencadena una respuesta inflamatoria materna y/o fetal en individuos susceptibles que está relacionada con parto pretérmino espontáneo.

Hemorragia decidual

La hemorragia decidual (desprendimiento de placenta) se origina en vasos sanguíneos deciduales dañados y se presenta clínicamente como sangrado vaginal o formación de hematoma retroplacentario. Se asocia con un alto riesgo de trabajo de parto prematuro y ruptura prematura de membranas.

En el marco del desprendimiento puede estar relacionado con la alta expresión celular decidual del factor tisular, el principal mediador celular de la hemostasia. Después de una hemorragia intrauterina por desprendimiento de placenta, el factor del tejido decidual se combina con el factor VIIa para activar el factor Xa, que a su vez forma complejos con su cofactor, Va, para generar trombina. Los factores hormonales, como la progesterona, desempeñan un importante papel modulador.

La activación de la trombina (medida por los niveles séricos del complejo trombina-antitrombina) se ha observado en mujeres con trabajo de parto prematuro y en mujeres asintomáticas que posteriormente tuvieron un parto prematuro.

Distensión uterina patológica

La gestación múltiple, el polihidramnios y otras causas de distensión uterina excesiva son factores de riesgo bien descritos para parto pretérmino espontáneo. El estiramiento mejorado del miometrio induce la formación de uniones comunicantes, la regulación positiva de los receptores de oxitocina y la producción de citoquinas inflamatorias, prostaglandinas y quinasa de cadena ligera de miosina, que son eventos críticos que preceden a las contracciones uterinas y la dilatación cervical. La distensión miometrial también aumenta la expresión de genes con funciones importantes en la colagenólisis y la inflamación.

La distensión de las membranas fetales también contribuye a la activación del miometrio, la maduración cervical prematura y la ruptura prematura de membrana, probablemente a través de la liberación de citoquinas, prostaglandinas y colagenasas.

Etiología

Factores sociodemográficos

- I. **Edad:** la OMS considera el embarazo a edades tempranas de la vida un factor de riesgo obstétrico y neonatal con probabilidad aumentada de bajo peso al nacer y prematuridad. Son muchos los autores que consideran a la edad materna menor de 20 años o mayores de 34 años como factor de riesgo e inclusive hay estudios que demuestran la incidencia de parto pretérmino en estas poblaciones de 8,9 %.

- II. **Procedencia:** en algunos estudios el lugar de procedencia rural, insinuó como factor predictivo para la ocurrencia de parto pretérmino.
- III. **Escolaridad:** En la incidencia de amenaza de parto pretérmino influyen los factores socioeconómicos, relacionado con analfabetismo, bajo nivel escolar en su mayoría en embarazadas adolescentes de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social.
- IV. **Estado civil:** El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado al parto pretérmino.
- V. **Ocupación:** la condición de trabajo se ha encontrado asociación más importante con el tipo de trabajo que el hecho de trabajar, la bipedestación prolongada asociado a efecto mecánico, asociado a desarrollo de síndrome hipertensivo gestacional y estrés.

Factores asociados a amenaza de parto pretérmino

- I. **Semanas de gestación:** Es factor de riesgo de nacimiento espontáneo, 90% a las 24 semanas y 60% a las 32 semanas
- II. **Peso:** Cnattingiu, en su estudio compararon el peso de mujeres embarazadas, demostrando que las mujeres con peso bajo tienen una probabilidad de riesgo para parto pretérmino de 1.35 veces más en comparación con mujeres de peso normal. Asimismo, las mujeres con sobrepeso y obesidad tiene una probabilidad de riesgo para parto pretérmino extremo de 1.58 y 3.9 respectivamente.
- III. **Embarazo múltiple:** las gestaciones múltiples se asocian con un aumento exponencial de los valores plasmáticos de esteroides sexuales, progesterona y estrógenos en comparación con embarazos con fetos únicos.

- IV. **Captación de APN:** los controles prenatales para ser considerado eficiente debe ser precoz, periódico, eficaz , continua, para la detección de factores de riesgo para amenaza y parto pretérmino.

Factores presentes en la gestación

- I. **Infecciones Cervico-vaginales:** existen distintos tipos de infecciones cervicovaginales los cuales tenemos: Vaginosis bacteriana (*Gardnerella Vaginalis*), Candidiasis (*Cándida Albicans*), Tricomoniasis (*Trichomona Vaginalis*).

La asociación de infecciones cervico vaginales y embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto prematuro de un 5-10%, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas y en amnioítis con membranas integras.

- II. **Infecciones Urinarias:** presentan un comportamiento similar a las infecciones vaginales, con una incidencia de 54,3% en las adolescentes con parto pretérmino, contra un 38,8% en aquellas con parto a término. En un estudio prospectivo Ovalle y Levancini encontraron que la infección urinaria es después de la rotura prematura de membranas, la patología más asociada al parto prematuro.

La bacteriuria asintomática no tratada es capaz de originar cistitis sintomática hasta 30% de las pacientes y pielonefritis el 50%. El germen causal más frecuente fue la *Escherichia coli* 79,71%, seguido por el enterococo 7,25%.

- III. **Enfermedades periodontales:** es una de las enfermedades crónicas de origen infeccioso más conocida en humanos, es causada principalmente bacterias Gram negativas y anaerobias que colonizan el área subgingival y producen significativas cantidades de citoquinas pro inflamatorias que pueden ejercer efectos sistémicos en el huésped.

- IV. **Ruptura prematura de membranas:** es una enfermedad de gran importancia, debido a la alta frecuencia de complicaciones materno-fetales. Se encuentra relacionada de forma directa en un 20 a un 50% de casos de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y el nacimiento de un producto pequeño para su edad gestacional.
- V. **Polihidramnios / Oligohidramnios:** Una cantidad excesiva de líquido amniótico (polihidramnios) es una de las causas relativamente frecuentes de trabajo de parto pretérmino. Extremos en el volumen del líquido amniótico tales como polihidramnios u oligohidramnios.
- VI. **Síndrome hipertensivo gestacional:** Acortamiento cervical: Una longitud cervical a las 22-24 semanas por debajo de 25 mm, se asocia con dos veces el riesgo para presentar parto pretérmino antes de las 35 semanas. El riesgo de parto prematuro espontáneo aumenta a medida que la longitud cervical disminuye.
- VII. **Diabetes gestacional:** La amenaza de parto prematuro y el parto prematuro son clásicas complicaciones relacionadas con la diabetes, Se calcula que el parto pretérmino es tres veces mayor que en las gestantes no diabéticas. el mecanismo por el cual la diabetes desencadena el parto pretérmino es desconocido, pero existe una clara asociación con el grado de control metabólico materno.

Causas específicas

- ✚ Causas maternas: Infecciones Cervico vaginales, Infecciones Urinarias, Síndrome Hipertensivo Gestacional, Ruptura Prematura de Membranas Ovulares, Enfermedad Aguda o Crónica, Complicaciones Obstétricas, Sangrado ante parto, edad materna avanzada.

- ✚ Causas Fetales: Malformaciones Fetales, embarazos múltiples, macrosomía, polihidramnios y TORCH (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes simple y Virus de la inmunodeficiencia humana)
- ✚ Causas socio-ambientales: Estrés (laboral, psicosocial), ansiedad, tabaquismo, drogadicción.
- ✚ Causas externas: Traumas directos (golpes, caídas, coitos bruscos). Traumas indirectos: desaceleraciones.

Factores de riesgo

Población de mayor riesgo de parto pretérmino.

✚ Embarazo actual:

1. Infecciones periodontales.
2. infecciones genito-urinarias.
3. Gestación múltiple.
4. Metrorragia en la segunda mitad del embarazo.
5. Polihidramnios.
6. Bacteriuria asintomática.
7. Rotura prematura de membranas.
8. Longitud del cérvix menor de 20 mm (por ultrasonido transvaginal).
9. Desprendimiento pretérmino de placenta.
10. Índice de masa corporal menor de 20, sobrepeso y obesidad.
11. Permanencia de pie mayor de 2 horas.

✚ Embarazo previo:

1. Parto pretérmino previo hasta 35 semanas de gestación.

2. Antecedentes de isquemia placentaria.
3. Antecedentes de rotura prematura de membranas.
4. Antecedentes de Incompetencia cervical.

Factores de riesgo para parto pretérmino en embarazo de alto riesgo

Se considerarán pacientes de alto riesgo las que acudan a urgencias con dinámica uterina y presenten UNO o MÁS de los siguientes criterios:

Criterios clínicos:

1. Parto pretérmino anterior espontáneo antes de la semana 34.0 .
2. Pérdida gestacional tardía (≥ 17.0 semanas).
3. Gestación múltiple.
4. Portadora de cerclaje cervical en gestación actual.

Cérvix corto:

1. Bishop ≥ 5 .
2. Criterios ecográficos en gestaciones únicas:
 - Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas
 - Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas.
 - Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más

Cuadro 4. Probabilidad de nacimiento a 7 días en relación a la medición de longitud cervical.

Longitud Cervical (mm)	Probabilidad de nacimiento a 7 días (%)
> 20	0
20 - 16	5.0
15 - 11	6.7
10 - 6	46.2
5 - 1	91.7

Tomado de: Tsoi E, Akmal S, Geerts L, Jeffery B, Nicolaides KH. Sonographic measurement of cervical length and fetal fibronectin testing in threatened preterm labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 368–372

Factores de riesgo en pacientes de Bajo Riesgo

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente NINGUNO de los criterios citados anteriormente

Diagnóstico

Los pilares fundamentales para el diagnóstico son:

- ✚ Edad gestacional por fecha de última menstruación o primera fetometría cuando hay dudas en la fecha de última menstruación.
- ✚ Características de las contracciones uterinas.
- ✚ Estado del cuello uterino (longitud cervical < de 20 mm).

Características clínicas

- ✚ Gestación entre 22 y 36 semanas + 6 días a partir de la fecha de última menstruación confiable. Para confirmar el diagnóstico se debe apoyar y/o correlacionar los aspectos clínicos y de gabinete (Ultrasonografía).
- ✚ Si existe duda sobre la fecha de última menstruación o ésta se desconoce, la fetometría inicial y el peso fetal son los elementos de mayor importancia.
- ✚ La medida de la altura uterina es otro elemento importante que ayuda al diagnóstico del embarazo pretérmino. Ideal sería una medida de longitud cráneo caudal 11-14 semanas (donde se disponga). Lo más importante es dar seguimiento con la primera fetometría que se obtenga.
- ✚ Síntomas: Sensación de peso en hipogastrio, puede o no existir dolor intermitente abdominal de predominio en hipogastrio y que se irradie o no a la región lumbo-sacra.

- ✚ Signos: Salida de flujo vaginal mucoide o sanguinolento, contracciones uterinas persistentes dolorosas o no dolorosas comprobadas clínicamente y/o registros electrónicos de frecuencia 1 cada 10 minutos con duración palpatoria de 30 segundos y que están presentes durante un lapso de 60 minutos o más; también hay modificaciones cervicales con dilatación menor de 3 cm.
- ✚ Presencia de contracciones uterinas regulares (dos o más contracciones en 10 minutos) más de 6 en una hora.

Diseño Metodológico

Área de Estudio

Se realizará en el Hospital Sermesa del Departamento de Masaya, el cual pertenece al INSS. Abarcando atención a todos aquellos pacientes que estén asegurados o sean beneficiarios con filial correspondiente.

Tipo de Estudio

El tipo de estudio a realizar es descriptivo, ya que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos o comunidades y de corte transversal ya que es un estudio observacional descriptivo que tiene como función seleccionar una muestra de una población determinada, durante un tiempo específico, con un enfoque a nivel cuantitativo y cualitativo debido a la recolección de datos, utilizando tanto mediciones numéricas como análisis estadísticos para determinar los distintos patrones de comportamiento en el tema investigativo.

Universo

99 pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Muestra

86 pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Estrategia muestral

Por conveniencia.

Unidad de Análisis

Pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Embarazadas que cursen entre las 22 y 36 6/7 semanas de gestación, ingresadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
2. Embarazadas que acudieron en el período de Septiembre 2021 – Febrero 2022.
3. Expedientes autorizados para formar parte de la investigación.

Criterios de exclusión

1. Pacientes que cursen menor a las 22 semanas de gestación y mayor a las 37 semanas de gestación, ingresadas sin diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
2. Embarazadas que acudieron en el período no descrito.
3. Expedientes no autorizados para formar parte de la investigación.

Variables por objetivo

1. Describir las características socio-demográficas de las mujeres embarazadas en riesgo con amenaza de parto pretérmino.

+ Edad

+ Procedencia

+ Escolaridad

+ Estado Civil

+ Ocupación

2. Determinar los antecedentes gineco-obstétricos en gestantes que cursen con amenaza de parto pretérmino.

+ Gestaciones

+ Partos pretérminos

+ Captación de APN

+ IMC

+ Tipo de gestación

+ Traumas obstétricos

+ Semanas de gestación

3. Analizar qué factores de riesgos están presentes en las pacientes con amenaza de parto pretérmino

+ Infecciones Cervico –vaginales

+ Infecciones urinarias

+ Enfermedades periodontales

- ✚ Síndrome hipertensivo gestacional
- ✚ Diabetes gestacional
- ✚ Ruptura prematura de membranas
- ✚ Polihidramnios
- ✚ Oligohidramnios
- ✚ Acortamiento cervical

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Valor/Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.(Variable cuantitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) <15 años b) 15-20 años c) 21-30 años d) 31-40 años e) > 40 años
Procedencia	Es el origen o principio de donde nace o deriva. (Variable cualitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) Rural b) Urbano
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente. (Variable cualitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universitaria e) Técnico
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra. (Variable cualitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Viuda

Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado. (Variable cualitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) Ama de casa b) Operaria c) Comerciante d) Otros
Gesta	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado. (Variable cuantitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) Primigesta b) Bigesta c) Trigesta d) Multigesta e) Gran multigesta
Partos pretérminos	Se produce entre las 22 y las 36 semanas y 6 días de gestación (Variable cualitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No c) Número de partos pretérminos d) No aplica
Semanas de gestación	Número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y el día del parto (Variable cuantitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) 22-27 SG b) 28-31 SG c) 32-33 SG d) 34-36 SG

IMC (Índice de masa corporal)	Método utilizado para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona. (Variable cuantitativa).	Peso(kg)/ Talla(metro) ²	a) <18.5 b) 18.5-24.9 c) 25-29.5 d) 30-34.9 e) 35-39.9 f) >40
Tipo de gestación	Numero de óvulos fertilizados al mismo tiempo. (Variable cualitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) Único b) Gemelar doble c) Gemelar triple
Captación de APN	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento con el fin de lograr una adecuada gestación. (Variable cualitativa)	Según consignado en expediente clínico.	a) Temprano b) Tardío
Traumas obstétricos	Lesiones producidas en el feto a consecuencia de fuerzas mecánicas. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No

Infecciones Cervico-vaginales	Aumento de las secreciones vaginales, que se vuelve patológica. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No
Infecciones urinarias	Afección que se presenta cuando las bacterias entran y se multiplican en el aparato urinario. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico	a) Si b) No
Enfermedades periodontales	Infección periodontal diagnosticada al ingreso u hospitalización. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No
Síndrome hipertensivo gestacional	Incremento sostenido de la presión arterial por encima de 139/90 mmHg durante el embarazo sin HTA previa. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No
Diabetes gestacional	Incremento de los niveles de glucosa en sangre asociado al embarazo. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No

Ruptura prematura de membranas	Solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No
Polihidramnios	Aumento del líquido amniótico por arriba de valor normal causando sobre distensión uterina. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No
Oligohidramnios	Volumen deficiente de líquido amniótico <10cm. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No
Acortamiento cervical	Longitud del cérvix menor de 25 mm. (Variable cualitativa).	Según consignado en expediente clínico.	a) Si b) No

Método de recolección de información

Fuente de información

Primaria indirecta: Expediente clínico.

Técnica

Análisis documental

Métodos de obtención de información

Se solicitó una carta a decanatura de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES), el cual se entregó en Dirección del Hospital Sermesa Masaya para solicitar autorización para la revisión de expedientes clínicos, sobre Factores de riesgo relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022. Una vez aceptada la solicitud por parte de Dirección Hospital Sermesa Masaya, se procedió a la recolección de información.

Instrumento

Se elaboró un formato en el cual se contemplaron las variables en estudio con sus respectivos valores para facilitar la recolección de información.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 22; las variables cuantitativas y cualitativas se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se presentaron mediante tablas de salida y gráficos de barras y pastel.

Plan De Análisis

1. Edad
2. Procedencia
3. Gestaciones según partos pretérminos
4. Captación APN
5. IMC
6. Traumas Obstétricos
7. Semanas de gestación
8. Gestaciones según semanas de gestación
9. Infecciones Cervico-vaginales
10. Infecciones urinarias
11. Enfermedades periodontales
12. Síndrome hipertensivo gestacional
13. Diabetes gestacional
14. Ruptura prematura de membranas
15. Oligohidramnios
16. Acortamiento cervical

Consideraciones Éticas

Se tomaron en cuenta los principios éticos que rigen los estudios de carácter Médico en base a la obtención de información y su manejo, tales principios son:

- Confidencialidad
- Beneficencia
- No maleficencia

Los datos recolectados fueron utilizados para fines científicos sin afectar la integridad de las personas.

“La ética, consiste en ser verdadero, íntegro y respetuoso con uno mismo, los participantes, el texto y el contexto” (Castillo, 2000).

Resultados

En la investigación, se estudiaron un total de 86 pacientes a través de expedientes clínicos y mediante una ficha de evaluación. Cuyos resultados fueron los siguientes:

Dentro de los factores socio-demográficos: La edad comprendida de mujeres embarazadas que fueron atendidas por amenaza de parto pretérmino, la mayoría estaba entre 21-30 años con 73.3% (63), seguido de 31-40 años con 22.1% (19) y el menos frecuente fue de 15-20 años con 4.7% (4) de los casos.

La procedencia reveló que el 57% (49) de embarazadas correspondía a la área urbano y el 43% (37) son de zona rurales.

El estado civil se encontró que 37 pacientes eran casadas correspondiente a un 43%, soltera 16 para un 18.6% y unión de hecho estable 33 pacientes con un porcentaje de 38.4%.

Con respecto a la escolaridad entre las pacientes 10 con 11.6% corresponde a la escolaridad primaria, 53 pacientes con un 61.6% secundaria y 23 pacientes para 26.7% cursaron la universidad completa.

Dentro de la ocupación más frecuente se encontró que 46 pacientes eran operarias con un porcentaje de 46.5%, seguido de ama de casa que corresponde a 36 paciente para un total de 41.9%, y otros que se consideran actividades varios 10 pacientes para un total de 11.6%.

Entre los datos gineco-obstétricos, se encontró que la mayor frecuencia es en las bigestas con 37 pacientes que corresponde al 43%, seguida de las primigesta 27 pacientes que refleja 31.4%, las trigestas ocupan el tercer lugar con 12 pacientes que equivale al 14%, las multigesta

representan 9.3% para 8 pacientes y se encontró una pequeña población de gran multigesta 2 pacientes que son 2.3%.

Las pacientes estudiadas en 8 de ellas que corresponde al 9.3% tenían antecedentes de parto pretérmino en la gestación previa, donde se determinó que 5 (5.8%) eran bigestas y 3 (3.5%) eran trigestas.

Dentro de las características de la gestación actual: En las captaciones de atención prenatal corresponde al 89.5% (77) en captación temprana y el 10.5% (9) de los casos a captación tardía.

El índice de masa corporal en las pacientes se comportó según los grupos, normopeso con el 60.5% (52), sobrepeso con 19.8% (17), el 15.1% (13) obesidad grado I, siendo menos frecuente obesidad grado II con el 4.7% (4) de los casos.

El número de fetos por gestación se encontró únicos 84 casos (97.7%) y solamente gemelar doble 2 casos (2.3%).

Con respecto a los traumas obstétricos el 97.7% (84) de las pacientes no presentaron y el 2.3% (2) si presentaron.

Entre las semanas de gestación la frecuencia mayor fue en las 34-36 Semanas con un 45.3% (39), seguidas de las pacientes que se encontraron entre las 28-31 semanas con un 31.4% (27), continuando con el orden se encontraron entre las 32-33 semanas 18.6% (16); se encontraron 4.7% (4) pretérminos extremos ubicados entre las 22-27 semanas.

Las patologías maternas asociadas se encontraron que las infecciones Cervico - vaginales si se presentaron con el 65.1% (56) y el 34.9% (30) no estaban presentes al ser atendidas.

Las infecciones de vías urinarias que si lo presento corresponde al 11.6 % (10) mientras que el 88.4 % (76) de los casos no lo presentaron.

El 100% (86) de embarazadas no se registró en expediente clínico padecer de enfermedades periodontales.

El síndrome hipertensivo gestacional aparece en un 14% (12) de los casos, y no se presentó en un 86% (74) de los casos. En diabetes gestacional el 18.6% (16) si presentaban esta condición y el 81.4% (70) de los casos no lo presentaban.

La ruptura prematura de membrana no se manifestó con el 91.9% (79) de los casos mientras que el 8.1% (7) de los casos si lo presentaba.

Con respecto a las alteraciones de líquido amniótico se encontró que el 2.3% (2) de los casos presentaba oligohidramnios y el 97.7% (84) de los casos se encontraban en rangos normales, no se encontró ningún caso de polihidramnios.

El acortamiento cervical que se encontró al ingreso corresponde el 12.8% (11) con una longitud cervical menor de 25mm y el 87.2% (75) de los casos tenían una longitud mayor a 25mm.

Discusión y Análisis

Entre las características sociodemográficas; en el estudio de Luz E. Calero, Glen M. Hernández (2017) la mayoría de las pacientes estaba entre 20 a 34 años con el 62%, con respecto al estudio realizado se relaciona con la edad comprendida, la cual es más frecuente entre los 21-30 años con el 73.3%, lo que no se encuentra relación con el estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque en el cual el 48% de las pacientes eran menores de 19 años.

En el estudio de Estrada Carrillo (2013) de Ecuador el 60,86% de las pacientes su procedencia residía en el área rural y el estado civil unión libre corresponde al 37,39% sin embargo con respecto a este estudio la procedencia más frecuente correspondía al 57% del área urbana y en el estado civil el 43% corresponde a las casadas.

A nivel de escolaridad correspondiente a este estudio el 61.6% de las pacientes son de nivel secundario, en el cual se relaciona con el estudio de Estrada Carrillo (2013) donde el 37,39% era de instrucción secundaria.

En 2017, en la Universidad de San Carlos de Guatemala observaron que a nivel de la ocupación determinó que el 53.3% correspondían a las amas de casa, en donde el 46,5% de las pacientes atendidas en este estudio predominaban las trabajadoras de zona franca (operarias).

Luz E. Calero Godínez y Glen M. Hernández Flores (2017) determinó que sus datos gineco-obstétricos las pacientes eran primigesta o multigesta con el 76%, en el cual se encuentra relación con en este estudio donde corresponde a las bigestas con el 43%. El antecedente de amenaza de parto pretérmino en gestación anterior lo presentaron en un 37.8%, las pacientes de

este estudio corresponde al 9.3% que tenían antecedentes de parto pretérmino en la gestación previa.

En el Hospital Bertha Calderón Roque (2016) el 52% se habían realizado más de 4 controles prenatales, con respecto a este estudio todas las pacientes contaban con todos los controles prenatales, sin embargo el 89.5% su captación fue temprana y el 10.5% con captación tardía.

Luz E. Calero y Glen M. Hernández (2017) describe que el índice de masa corporal en las pacientes se comportó según los grupos estado de obesidad o desnutrición los casos 60.9% y con estado nutricional normal el 39%, en el cual no se relaciona con este estudio, en el cual el 60.5% corresponde al grupo de normopeso.

En el Hospital Primario Augusto C. Sandino (2019), determinó que el 79% de la población que fue estudiada se encontraba entre las semanas 29 – 36.6 semanas de gestación, sin embargo se encuentra una relación con este estudio, que entre las semanas de gestación la frecuencia mayor fue en las 34-36 semanas con un 45.3%.

En el estudio de Luz E. Calero y Glen M. Hernández (2017) determinó que las infecciones de vías urinarias estaban presentes en un 45.1%, las patologías maternas asociadas se encontraron que las infecciones vaginales se presentaron en el 46.3%, el síndrome hipertensivo gestacional aparece en un 10.9% de los casos. En este estudio realizado se observó que el 65.1% se presentaron las infecciones vaginales, el 11.6% estaban las vías urinarias, en el síndrome hipertensivo gestacional aparece en un 14%. En diabetes gestacional el 18.6% (16) si presentaban; La ruptura prematura de membrana se manifestó con el 8.1%; a las alteraciones de líquido amniótico se encontró que el 2.3% de los casos presentaba oligohidramnios, no se

encontró ningún caso de polihidramnios; El acortamiento cervical que se encontró al ingreso corresponde el 12.8% con una longitud cervical menor de 25mm.

Esquivel Ramírez (2021) la presencia de infecciones periodontales, infecciones de vías urinarias e infecciones Cervico vaginales en más del 50% de pacientes estudiadas, sin embargo en este estudio el 100% de embarazadas no se realizó tamizaje de enfermedades periodontales.

Conclusiones

En este estudio se observó que las edades entre los 21-30 años son las de mayor frecuencia, teniendo dentro de sus características sociodemográficas el mayor porcentaje de embarazadas se encuentra que son del área urbano, solteras, con nivel académico de secundaria, y con ocupación de operaria.

El índice de masa corporal las pacientes eran normopeso, por lo que no se considera que esta fueran una de las causas de amenaza de parto pretérmino.

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes valoradas en este estudio, tenemos que la mayoría eran bigestas con embarazos únicos, no presentaban antecedentes de parto pretérmino, donde la edad gestacional que más prevaleció fue entre las 34-36 semanas, con una longitud cervical normal en el mayor número de casos. La captación prenatal fue temprana, el trauma obstétrico no represento mayor relevancia en este estudio.

Al realizar el estudio se determinó que la principal causa fueron las infecciones Cervico vaginales, seguidas de las infecciones de vías urinarias, no se les realizó tamizaje de enfermedades periodontales a las pacientes. No encontramos mayor asociación entre la amenaza de parto pretérmino y el estado hipertensivo del embarazo, tampoco se encontró que la ruptura prematura de membranas haya sido causa de esta entidad clínica.

Las pacientes en estudio no mostraron alteraciones en el volumen de líquido amniótico (polihidramnios).

Recomendaciones

- ✓ Realizar tamizaje de enfermedades periodontales a todas las pacientes embarazadas que acuden a captación prenatales en el Hospital Sermesa Masaya.
- ✓ Realizar tamizaje de urocultivo y de infecciones Cervico vaginales desde el primer contacto con la unidad de salud y en cada trimestre del embarazo.
- ✓ Hacer longitud cervical a partir de las 16 semanas a todas las gestantes que cursen con o sin factores de riesgo para prevenir las tasas de parto pretérmino.
- ✓ Hacer educación continua en cada control prenatal respecto a los factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino a todas las gestantes que acudan al Hospital Sermesa Masaya

Bibliografía

- Association, A. P. (2022). *Normas APA*. Obtenido de <https://normasapa.in>
- Bartolo Rosa, V. Y. (2021). *Factores ginecoObstétricos asociados a la amenaza de parto pretérmino, centro de salud Perú Corea, Huánico. 2015-2019*. Huánuco, Perú.
- Broncano Medalit, S. N. (2021). *Infección del tracto urinario asociado a la amenaza de parto pretérmino en gestantes, Hospital de Barranca 2018*. Huaraz, Perú.
- Calero Luz, H. G. (2017). *Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en mujeres atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas en el periodo comprendido desde Julio a Diciembre del año 2014*. Rivas.
- Esquivel Ramírez, C. M. (2021). *Factores asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas, Hospital Primario Augusto C. Sandino, El Júcaro – Nueva Segovia, abril 2019–2020*. Managua, Nicaragua.
- Estrada Carrillo, O. V. (2013). *Factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino estudio realizado en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel desde noviembre del 2012 a abril del 2013*. Guayaquil, Ecuador.
- Hernandez Pablo, G. J. (2017). *ENFERMEDAD PERIODONTAL Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO HOSPITAL JOSÉ MARÍA BENITEZ. LA VICTORIA, EDO. ARAGUA* . Aragua, Venezuela.
- Mnisterio de Salud Normativa – 077. (Octubre de 2018). *Protocolos para el abordaje del alto riesgo obstétrico*. Managua, Nicaragua: segunda edición.

Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. (s.f.). México, IMSS 2017.

Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. (Octubre de 2015). Obtenido de Edición 2015: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>

Segovia Clavijo, A. C. (2021). *Características demográficas y clínicas de mujeres con amenaza de parto pretérmino.* Journal of American Health.

Shessira Guadalupe, O. S. (s.f.). *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015.* Rev. Fac. Med. Hum. 2017.

T.Cobo, S. F. (09 de Noviembre de 2016). Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino. Barcelona.

Vallecillo Kenneth, R. G. (2017). *Nivel de Cumplimiento del Protocolo de la Amenaza de Parto Pre-término en pacientes embarazadas con edad gestacional mayor de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestaciones ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Bertha Calderó.* Managua, Nicaragua.

Anexos

Instrumento de recolección de información

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Factores de riesgo relacionados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas, atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022

1. Factores socio demográfico

Edad: <15 años ____ 15-20 años ____ 21-30 años ____ 31-40 años ____ ≥40 años ____

Procedencia: rural ____ urbano ____

Escolaridad: Analfabeta ____ Primaria ____ Secundaria ____ Univ ____ Técnico ____

Estado Civil: Soltera ____ Casada ____ Unión libre ____ Viuda ____

Ocupación: ama de casa ____ Operaria ____ Comerciante ____ Otros ____

2. Datos gineco – obstétricos

Gestas: Primigesta ____ Bigesta ____ Trigesta ____ Multigesta ____ Gran Multigesta ____

Partos pretérminos: Si ____ No ____ Número de partos pretérminos: ____ No aplica ____

3. Características de la gestación actual

Captación de APN: Temprano ____ Tardío ____

IMC: <18.5: ____ 18.5-24.9: ____ 25-29.5: ____ 30-34.9: ____ 35-39.9 ____ >40 ____

Embarazo: Único ____ Gemelar doble ____ Gemelar triple ____

Traumas Obstétricos: Si ____ No ____

Semanas de gestación: 22-27 ____ 28-31 ____ 32-33 ____ 32-36 ____

4. Factores de riesgo presentes en la gestación actual

Infecciones Cervico-vaginales: Si _____ No _____

Infecciones Urinarias: Si _____ No _____

Enfermedades periodontales: Si _____ No _____

Síndrome hipertensivo gestacional: Si _____ No _____

Diabetes Gestacional: Si _____ No _____

Ruptura prematura de membranas: Si _____ No _____

Polihidramnios: Si _____ No _____

Oligohidramnios: Si _____ No _____

Acortamiento cervical: Si _____ No _____

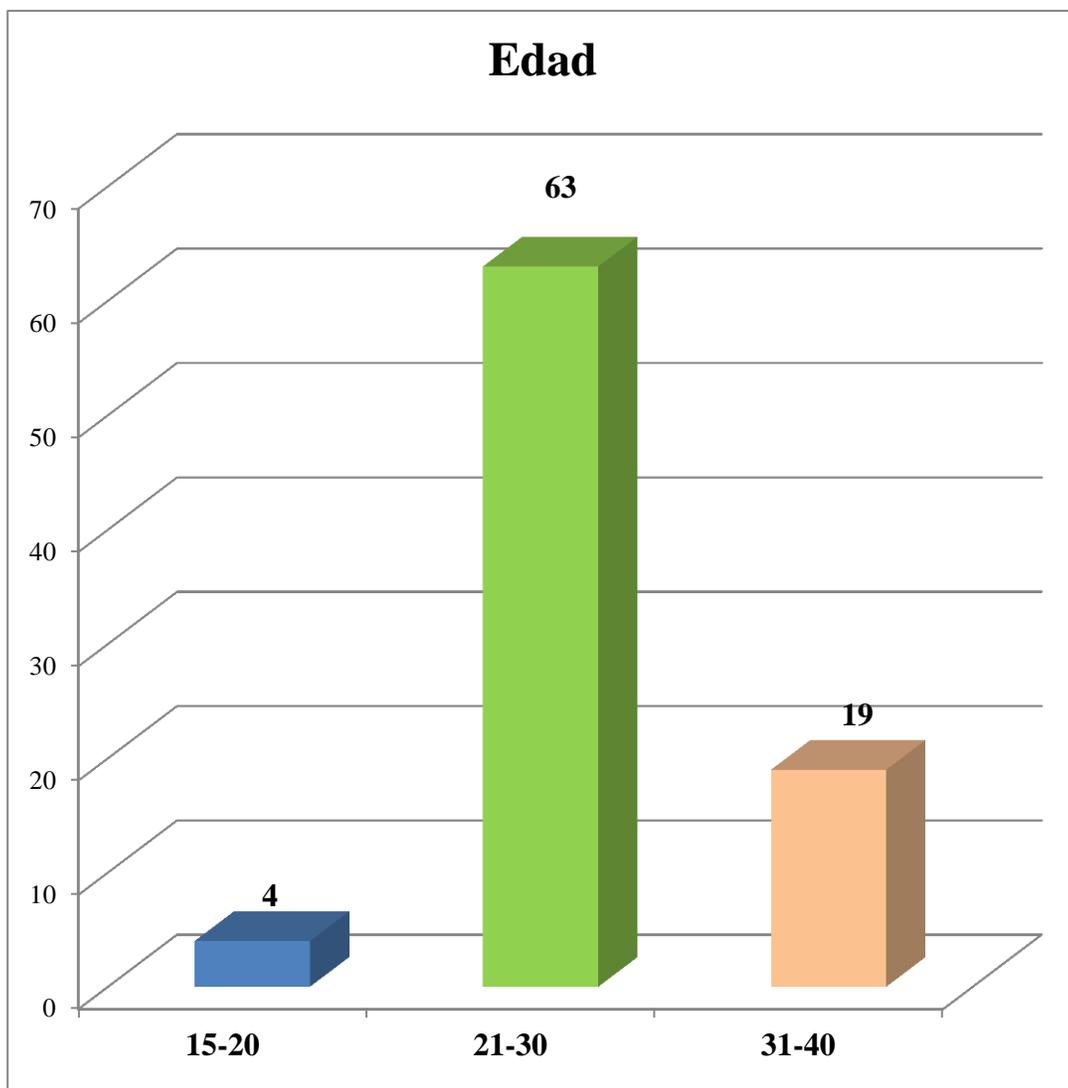
Tablas de salida y gráficos

Tabla N° 1 Edad materna de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
15-20	4	4.7 %
21-30	63	73.3 %
31-40	19	22.1 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Grafico N° 1 Edad materna de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



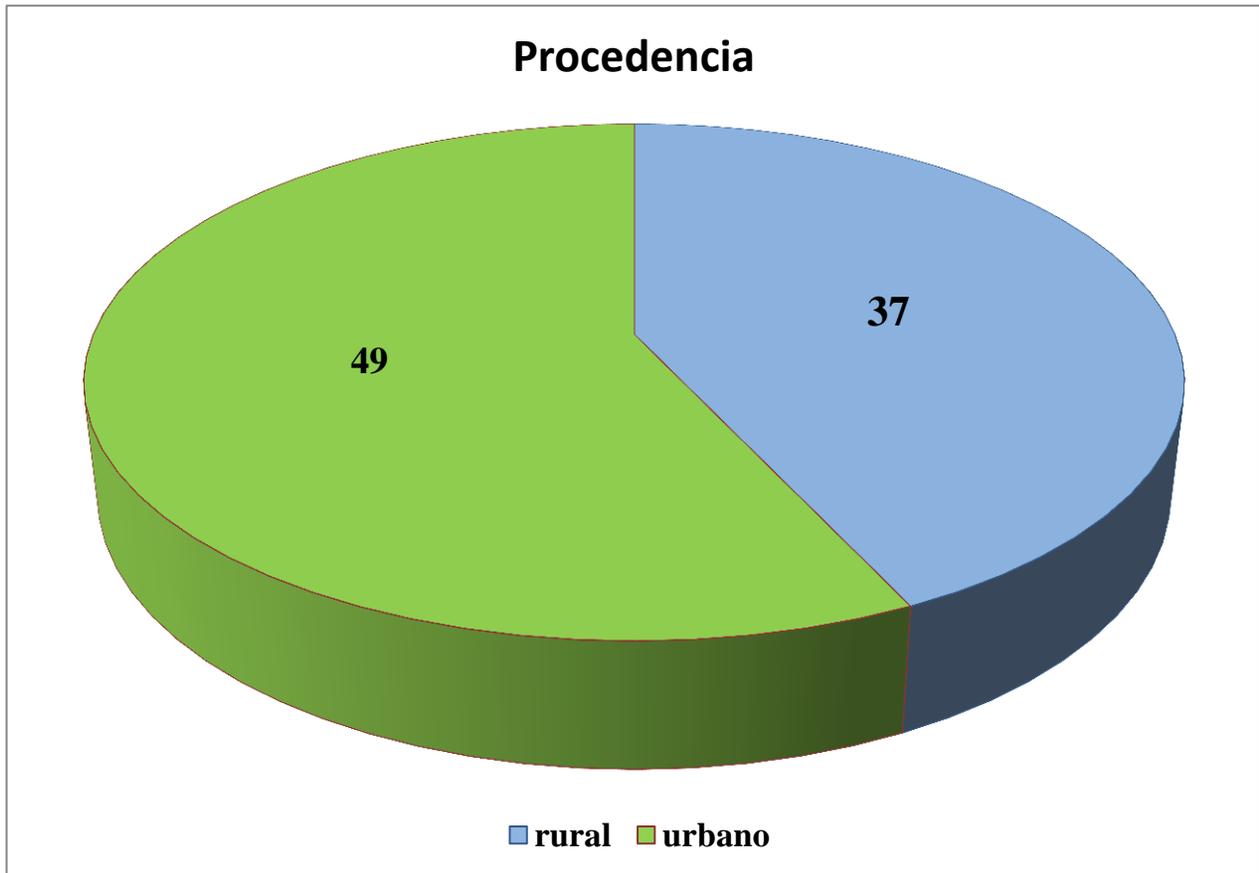
Fuente: Tabla N°1

Tabla N°2 Procedencia de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rural	37	43.0 %
Urbano	49	57.0 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Grafico N° 2 Procedencia de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



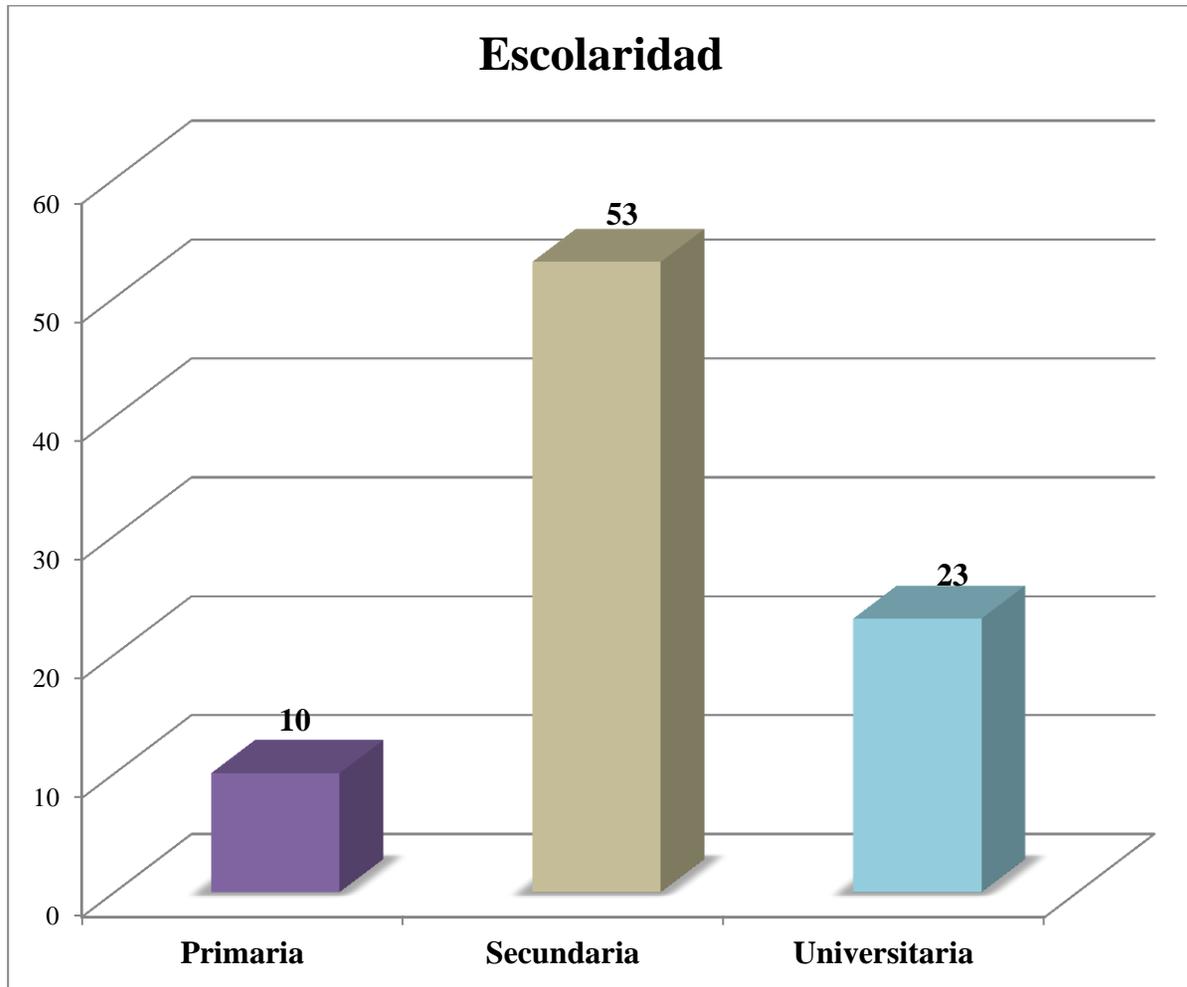
Fuente: Tabla N° 2

Tabla N° 3 Escolaridad de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	10	11.6 %
Secundaria	53	61.6 %
Universitaria	23	26.7 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 3 Escolaridad de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022



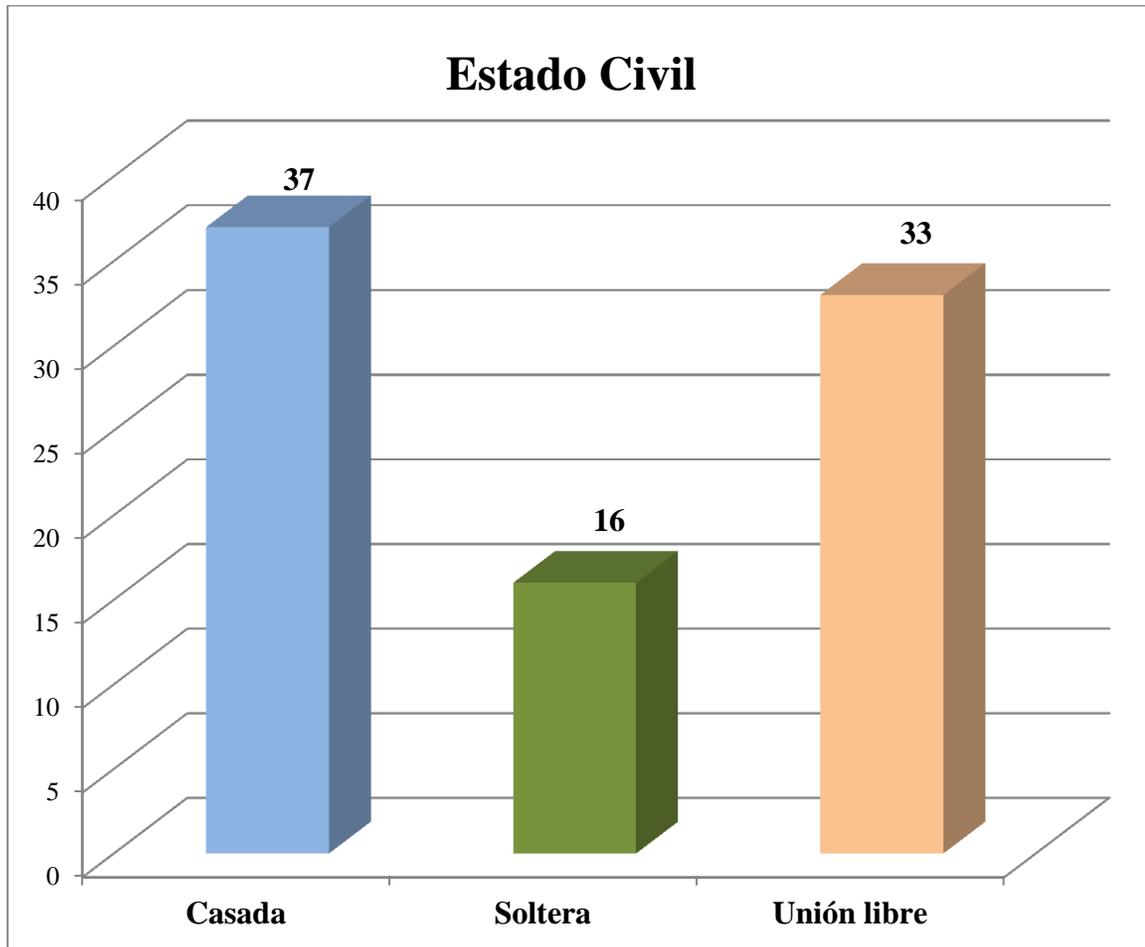
Fuente: Tabla N° 3

Tabla N° 4 Estado civil según partos pretérminos de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

	Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
	Casada	37	43 %
	Soltera	16	18.6 %
	Unión libre	33	38.4 %
	Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 4 Estado civil de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022



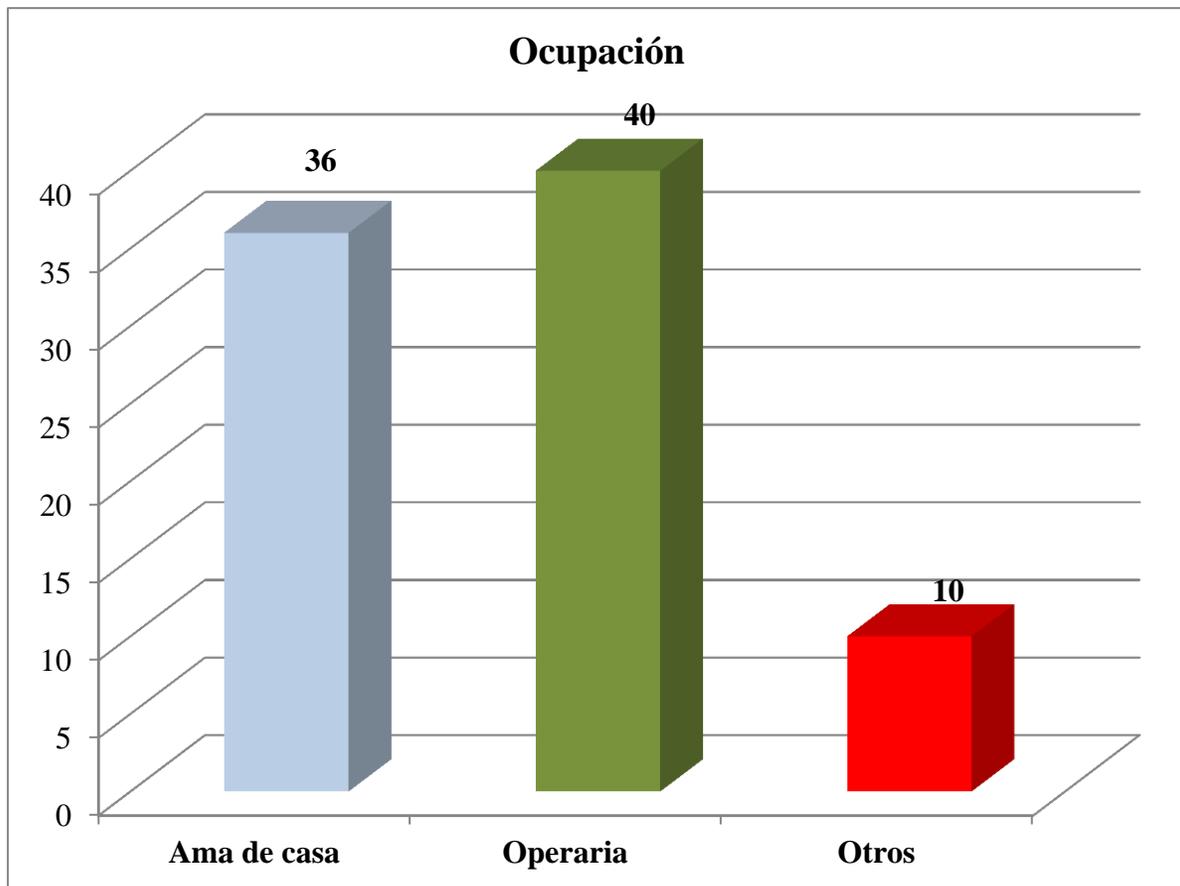
Fuente: Tabla N° 4

Tabla N° 5 Ocupación según partos pretérminos de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	36	41.9 %
Operaria	40	46.5 %
Otros	10	11.6 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 5 Ocupación según partos pretérminos de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



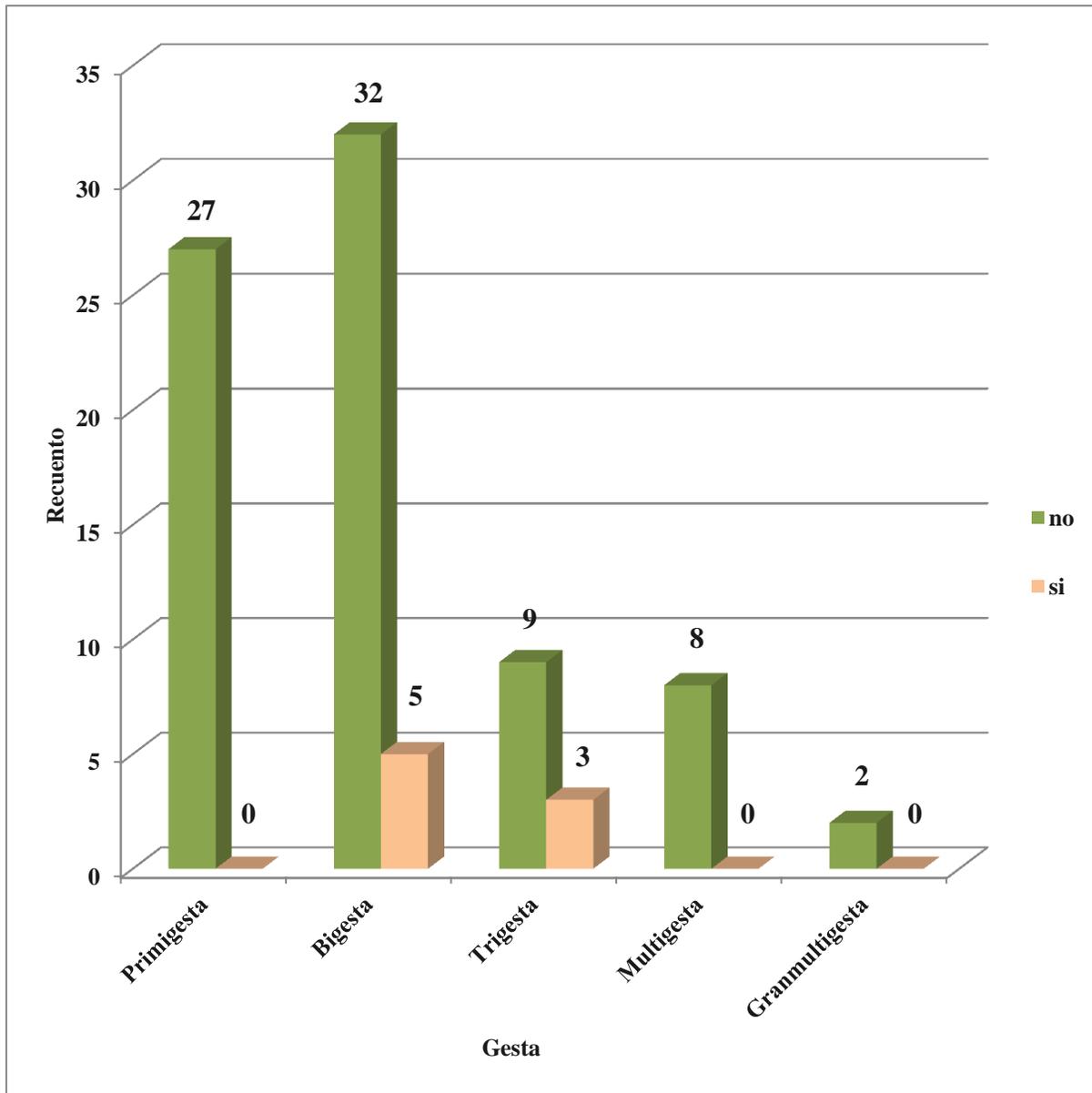
Fuente: Tabla N° 5

Tabla N° 6 Gestas según partos pretérminos de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Tabla cruzada Gestas según Partos Pretérminos						
			Partos Pretérminos		Total	
			no	si		
Gestas	Primigesta	Recuento	27	0	27	
		% del total	31.4%	0.0%	31.4%	
	Bigesta	Recuento	32	5	37	
		% del total	37.2%	5.8%	43.0%	
	Trigesta	Recuento	9	3	12	
		% del total	10.5%	3.5%	14.0%	
	Multigesta	Recuento	8	0	8	
		% del total	9.3%	0.0%	9.3%	
	Gran multigesta	Recuento	2	0	2	
		% del total	2.3%	0.0%	2.3%	
	Total		Recuento	78	8	86
			% del total	90.7%	9.3%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 6 Gestas según partos pretérminos de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



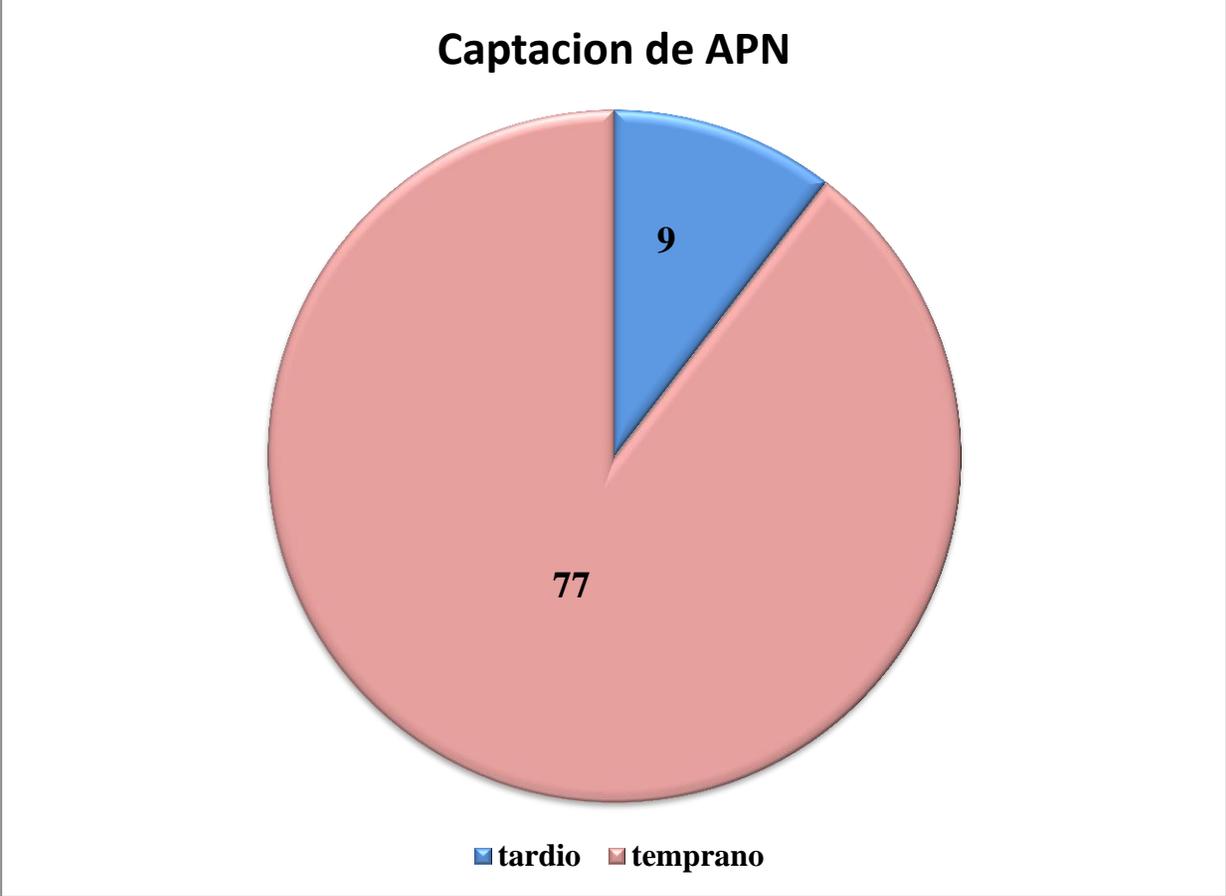
Fuente: Tabla N° 6

Tabla N° 7 Captación de atención prenatal de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Captación APN	Frecuencia	Porcentaje
Tardío	9	10.5 %
Temprano	77	89.5 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 7 Captación de atención prenatal de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



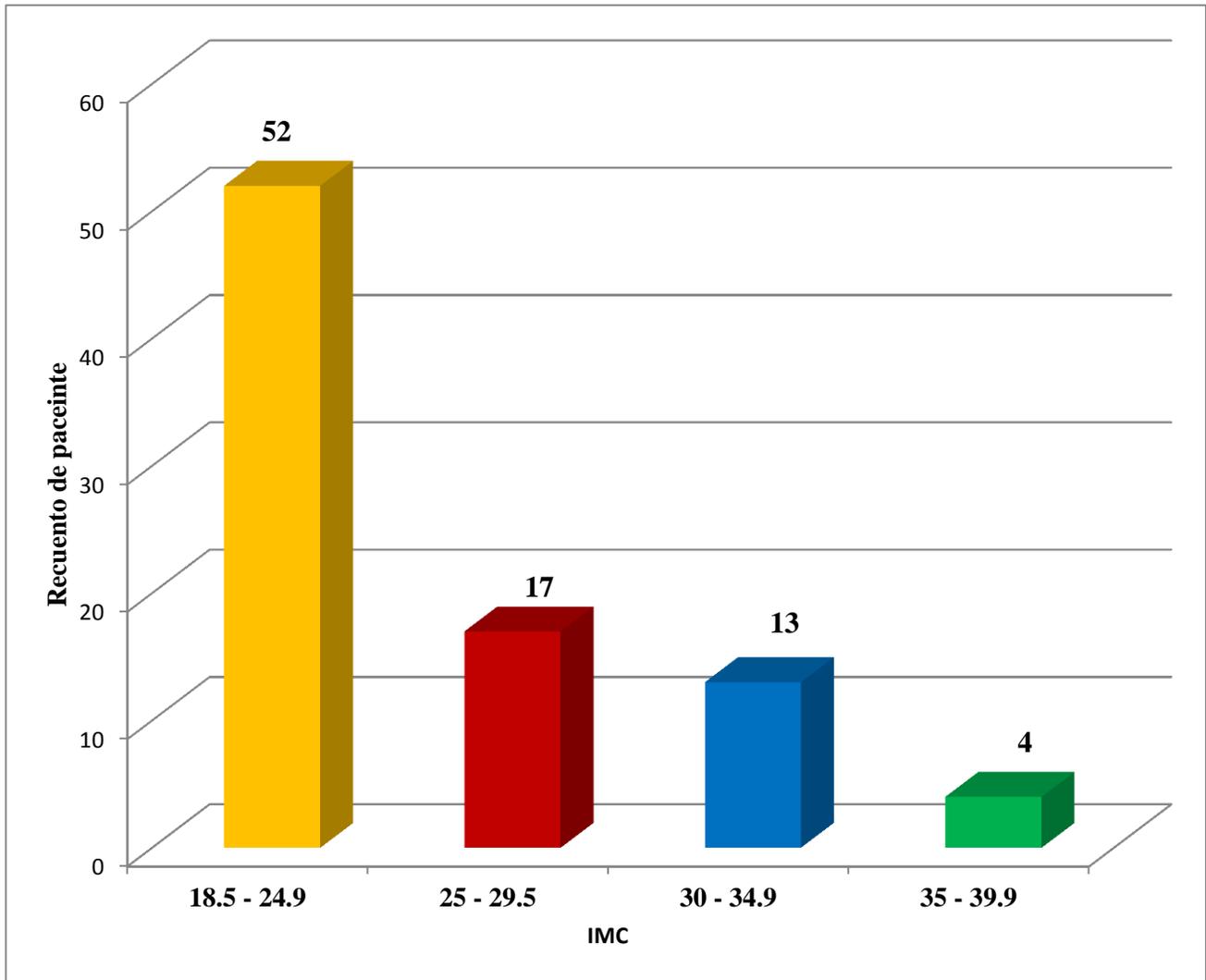
Fuente: Tabla N° 7

Tabla N° 8 Índice de masa corporal (IMC) de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

IMC	Frecuencia	Porcentaje
18.5-24.9	52	60.5 %
25-29.5	17	19.8 %
30-34.9	13	15.1 %
35-39.9	4	4.7 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 8 Índice de masa corporal (IMC) de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



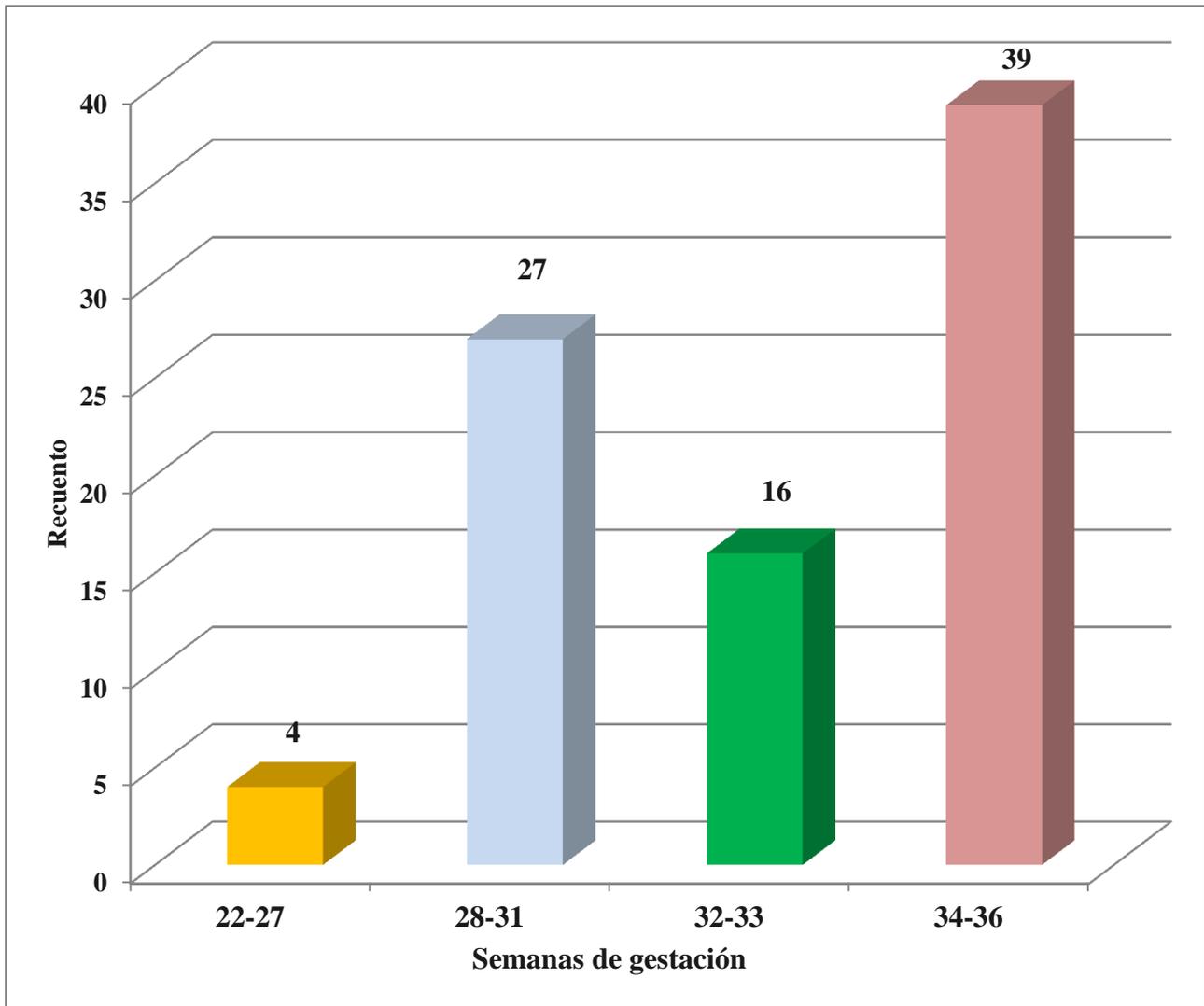
Fuente: Tabla N° 8

Tabla N° 9 Semanas de gestación de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Semanas de gestación	Frecuencia	Porcentaje
22-27	4	4.7 %
28-31	27	31.4 %
32-33	16	18.6 %
34-36	39	45.3 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 9 Semanas de gestación de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



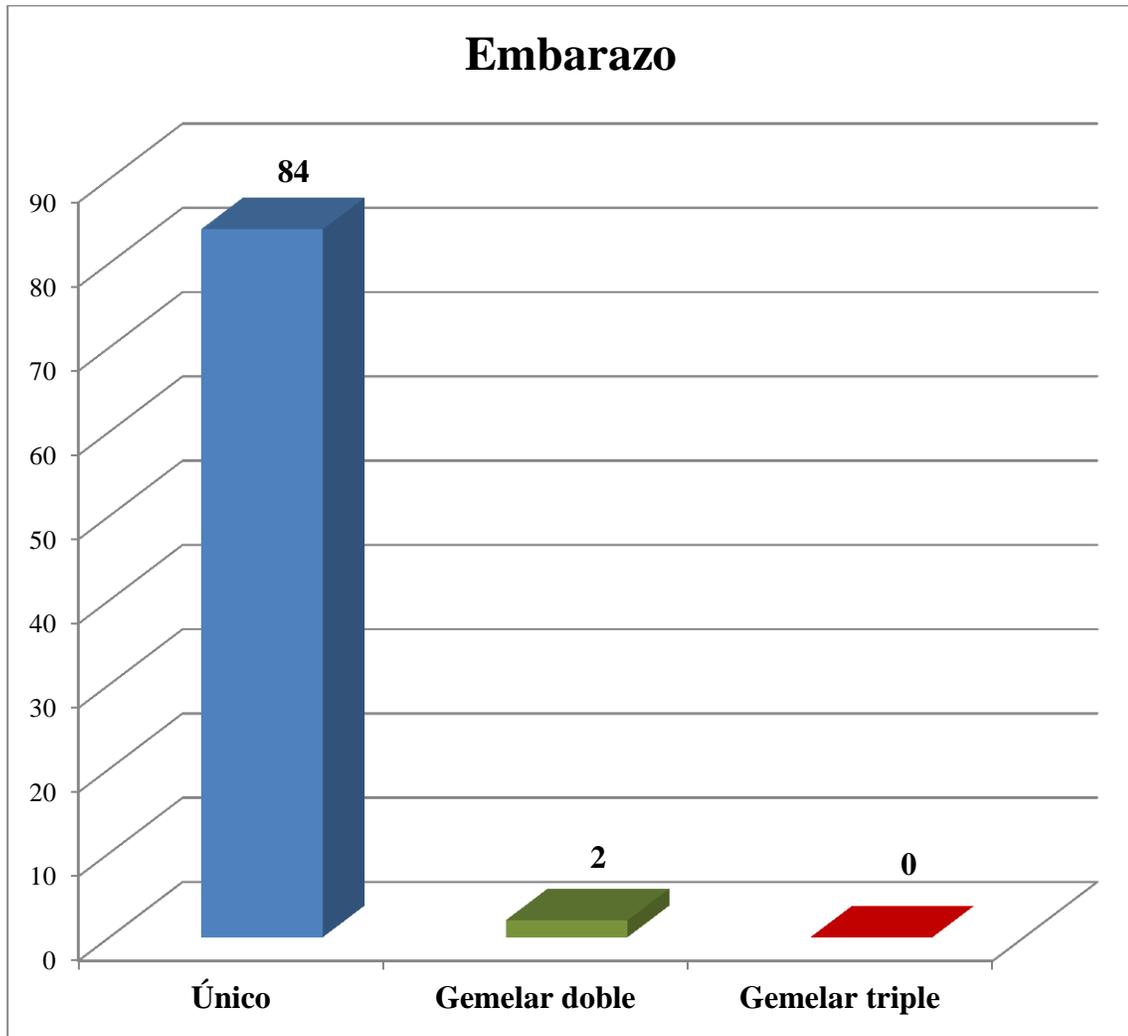
Fuente: Tabla N° 9

Tabla N° 10 Tipo de gestación en embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Único	84	97.7 %
Gemelar doble	2	2.3 %
Gemelar triple	0	0 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 10 Tipo de gestación en embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



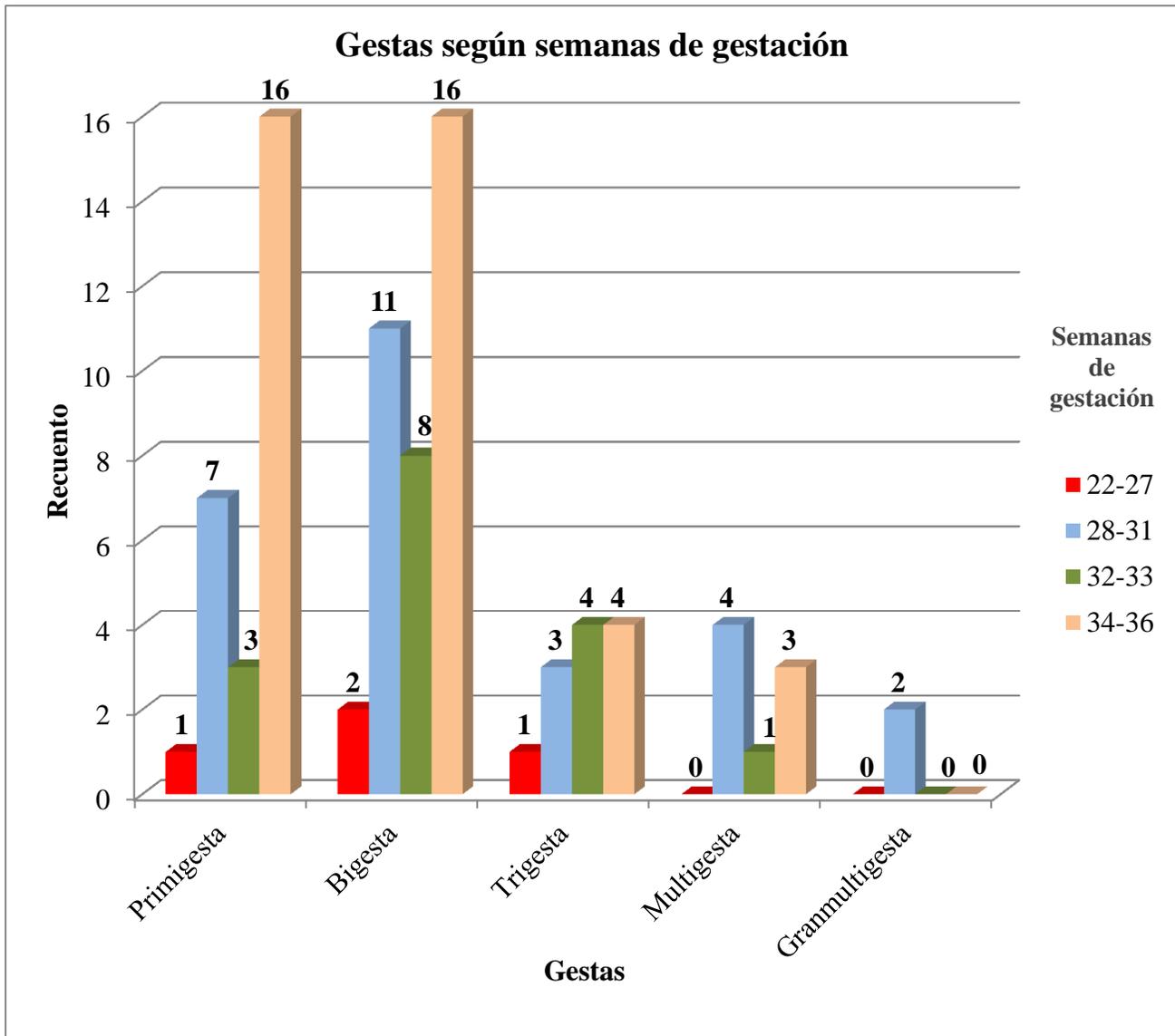
Fuente: Tabla N° 10

Tabla N° 11 Gestas según semanas de gestación de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Tabla cruzada Gestas según Semanas de Gestación								
			Semanas de Gestación				Total	
			22-27	28-31	32-33	34-36		
Gestas	Primigesta	Recuento	1	7	3	16	27	
		% del total	1.2%	8.1%	3.5%	18.6%	31.4%	
	Bigesta	Recuento	2	11	8	16	37	
		% del total	2.3%	12.8%	9.3%	18.6%	43.0%	
	Trigesta	Recuento	1	3	4	4	12	
		% del total	1.2%	3.5%	4.7%	4.7%	14.0%	
	Multigesta	Recuento	0	4	1	3	8	
		% del total	0.0%	4.7%	1.2%	3.5%	9.3%	
	Gran multigesta	Recuento	0	2	0	0	2	
		% del total	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	2.3%	
	Total		Recuento	4	27	16	39	86
			% del total	4.7%	31.4%	18.6%	45.3%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Grafico N° 11 Gestas según semanas de gestación de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



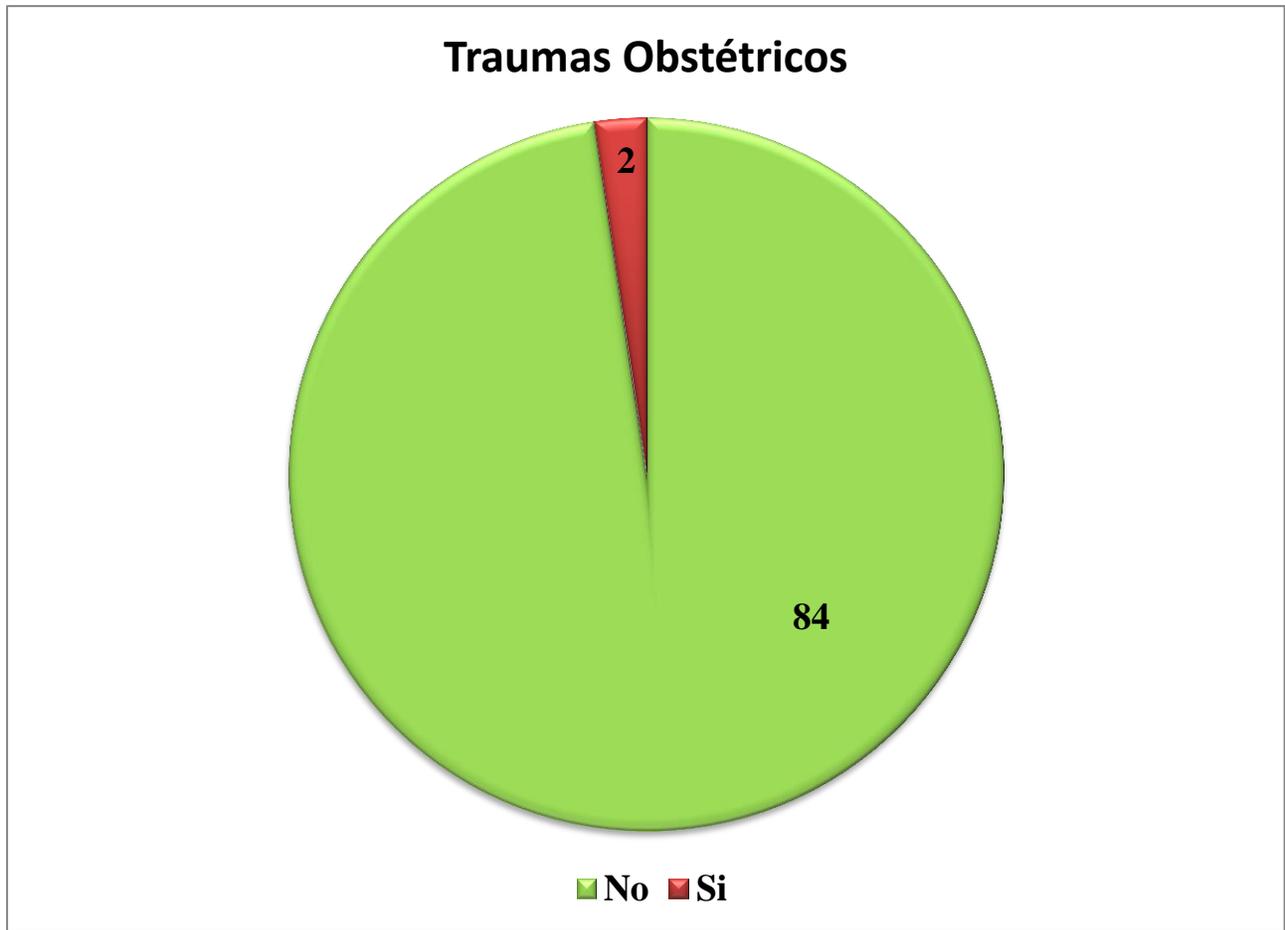
Fuente: Tabla N° 11

Tabla N° 12 Traumas obstétricos de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

Traumas obstétricos	Frecuencia	Porcentaje
No	84	97.7 %
Si	2	2.3 %
Total	86	100.0 %

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 12 Traumas obstétricos de embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



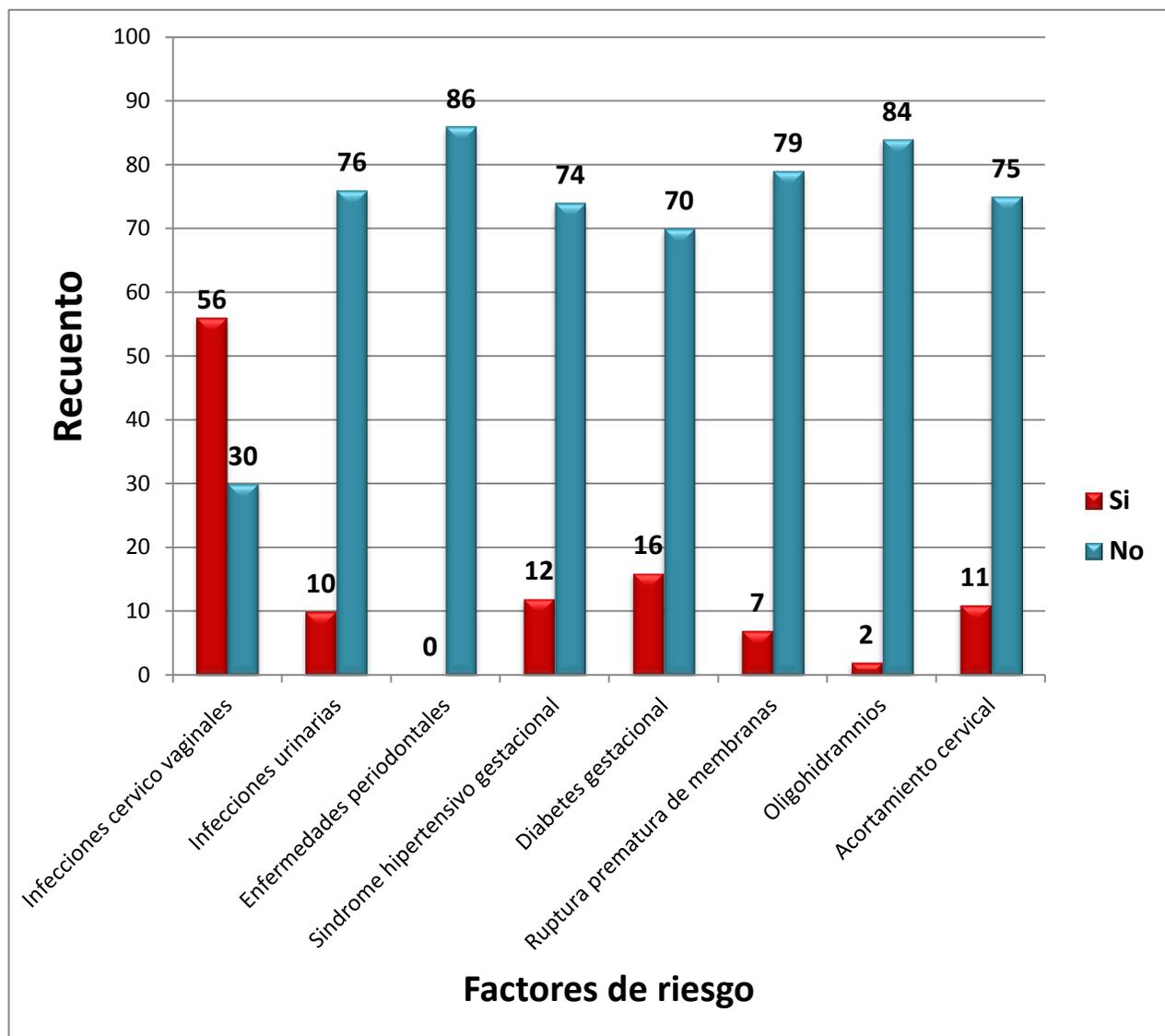
Fuente: Tabla N° 11

Tabla N° 13 Factores de riesgo en embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.

		SI	NO	Total
Infecciones Cervico vaginales	Recuento	56	30	86
	% del total	65.10%	34.90%	100.00%
Infecciones urinarias	Recuento	10	76	86
	% del total	11.60%	88.40%	100.00%
Enfermedades periodontales	Recuento	0	86	86
	% del total	0.00%	100.00%	100.00%
Síndrome hipertensivo gestacional	Recuento	12	74	86
	% del total	14.00%	86.00%	100.00%
Diabetes gestacional	Recuento	16	70	86
	% del total	18.60%	81.40%	100.00%
Ruptura prematura de membranas	Recuento	7	79	86
	% del total	8.10%	91.90%	100.00%
Oligohidramnios	Recuento	2	84	86
	% del total	2.30%	97.70%	100.00%
Acortamiento cervical	Recuento	11	75	86
	% del total	12.80%	87.20%	100.00%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N° 13 Factores de riesgo en embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en Hospital Sermesa Masaya, de Septiembre 2021- Febrero 2022.



Fuente: Tabla N° 13