



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
NIVEL DE GRADO

TÍTULO:

**DIDROGESTERONA: EFICACIA EN EL
TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE
PARTO PRE TÉRMINO**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL.

AUTORA:

Paulina Nataly Ríos Jaramillo

DIRECTOR:

Dr. Benito Román

Loja - Ecuador

2014



CERTIFICACIÓN

Dr. BENITO ROMÁN

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado **“DIDROGESTERONA: EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO”**, de autoría de la estudiante de la Carrera de Medicina Humana, Paulina Nataly Ríos Jaramillo, previo a la obtención del título de MEDICO GENERAL, y por considerar que ha sido revisada en su integridad y que se encuentra concluida en su totalidad, autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.



Dr. BENITO ROMAN
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Paulina Nataly Ríos Jaramillo declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca virtual

Autor: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

Firma: P. Nataly Ríos J.

Cedula: 1104818511

Fecha: 20 de Octubre 2014

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA,
PARA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo Paulina Nataly Ríos Jaramillo declaro ser la autora del trabajo investigativo “**DIDROGESTERONA: EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO**”. Como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinte días del mes de Octubre del dos mil catorce. Firma la autora.

Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

Firma: P. Nataly Ríos J.

Cedula: 1104818511

Teléfono: 099462950

Dirección: Avenida 8 de Diciembre y Santiago

Correo: pau_rios19@hotmail.com

Datos Complementarios

Director de Tesis: Dr. Benito Román

Tribunales de Grado: Dr. Eduardo Samaniego
Dr. José Miguel Sánchez
Dr. Lindon Zapata

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a mi familia. Y a todas las personas que contribuyeron a su realización a mis padres, mi hijo, mi esposo, mi hermano, mis abuelitos, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mí apoyo en todo momento sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

AGRADECIMIENTO

A mi familia quienes me han apoyado y motivado mi formación académica. A mi papi por apoyarme, ayudarme y enseñarme. A mi mami por darme ideas ayudarme en lo que no puedo y sobre todo por la paciencia. A mi hijo quien es mi principal fuente de inspiración y el que me hace ser alguien mejor. A mi esposo que me apoya en cada decisión que tomo que ha estado a mi lado en los momentos que más lo he necesitado. A mi hermano quien es mi mejor amigo y quien me apoya incondicionalmente. A mis abuelitos, quienes son mis segundos padres los que me apoyan y ayudan en cada momento.

Agradezco a mi director de tesis Dr. Benito Román quien a lo largo de este tiempo ha compartido conmigo su tiempo para el desarrollo exitoso de este trabajo investigativo.

1. TÍTULO

**DIDROGESTERONA: EFICACIA EN EL
TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE
PARTO PRE TÉRMINO**

RESUMEN

El presente estudio: **“DIDROGESTERONA: EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO”** es de tipo comparativo, analítico, prospectivo y transversal; realizado en el departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora en la ciudad de Loja desde Septiembre del 2012 a Abril del 2014.

El objetivo general fue: Evaluar la eficacia de la didrogesterona frente a la nifedipino para recomendar su uso en centros de salud de nuestra localidad. Como objetivos específicos se propuso: Identificar cuál tratamiento produce útero inhibición en un lapso de tiempo más corto. Comprobar cuál es el fármaco que produce menos reacciones adversas. Determinar el tratamiento más económico en pacientes con amenaza de parto pretérmino.

La muestra fue de 51 gestantes con diagnóstico definitivo de amenaza de parto pre término, al azar a 26 de ellas se les aplicó el tratamiento a base de didrogesterona y a 25 gestantes se realiza el tratamiento con nifedipino. Determinándose que en el primer grupo de 26 usuarias el 46.15% fueron ingresadas al servicio de Gineco- Obstetricia con 3 contracciones en 10 minutos. El 53.84% presentaron contracciones de duración entre 31 a 45 segundos, de intensidad moderada (++)). A los 30 minutos de iniciado el tratamiento un 42.30% de las usuarias presentaron una contracción en 10 minutos. A los 60 minutos, en el 50% la actividad uterina ceso. A las dos horas el 100% no presentaron actividad uterina.

En el segundo grupo de 25 usuarias 52% fueron ingresadas al servicio de Gineco- Obstetricia con 2 contracciones en 10 minutos. El 60% presentaron contracciones de duración >30 segundos de leve intensidad (+). A los 30 minutos de iniciado el tratamiento un 48% de las usuarias presentaron dos contracciones en 10 minutos. A los 60 minutos el 60% la actividad uterina ceso. A las dos horas el 92% de las gestantes no presentaron actividad uterina. A las 3 horas el 100% no presentaron actividad uterina.

El 100% de las usuarias no presentaron efectos adversos en relación al tratamiento con didrogesterona como en el tratamiento con nifedipino.

Por lo tanto se recomienda el uso de didrogesterona como tratamiento alternativo para la amenaza de parto pretérmino por su eficacia, buena tolerancia, escasos efectos adversos, y un costo de tratamiento accesible.

PALABRAS CLAVE

Amenaza de parto pre término

Didrogesterona

Nifedipino

Útero inhibición

Efectos adversos

2.1 SUMMARY

The present study : " **DYDROGESTERONE : EFFECTIVE TREATMENT OF PRE DELIVERY TERM THREAT** " is comparative , analytical, prospective and cross-sectional ; conducted by the Department of Gynecology and Obstetrics, Regional Hospital Isidro Ayora in the city of Loja from September 2012 to April 2014.

The overall objective was to evaluate the efficacy of Didrogesterona versus nifedipine to recommend its use in health centers in our town. The specific objectives were proposed: Identify which treatment produces inhibition uterus within shorter time. Check what the drug that produces fewer adverse reactions is. Determine the most cost-effective treatment in patients with preterm labor.

The sample consisted of 51 pregnant women with definitive diagnosis of threatened preterm birth, randomized 26 of them I apply the treatment with dydrogesterone and 25 expectant treatment is performed with nifedipine. Determining that the first groups of 26 users the 46.15 % were admitted to the service of Gynecological Obstetrics 3 contractions in 10 minutes. The 53.84 % 31- intensity 45 seconds of moderate intensity (++) . At 30 minutes into the treatment, a 42.30 % of users showed a contraction in 10 minutes. At 60 minutes, in 50% of uterine activity process. Two hours 100 % had no uterine activity.

In the second group of 25 users 52 % were admitted to the service of Obstetrics Gynecological 2 contractions in 10 minutes. The 60 % intensity > 30 seconds low intensity (+). Within 30 minutes of starting treatment 48 % of users presented two contractions in 10 minutes. At 60 minutes 60% of uterine activity process. Two hours 92 % of pregnant women showed no uterine activity. At 3 hours 100 % had no uterine activity.

100 % of users showed no adverse effects in relation to treatment with dydrogesterone and treatment with nifedipine.

Therefore the use of dydrogesterone is recommended as an alternative treatment for preterm labor for its efficacy, good tolerance and few side effects, and cost affordable treatment.

KEYWORDS

Threat of preterm labor

Dydrogesterone

Nifedipine

Uterus inhibition

Adverse effects

.

INTRODUCCIÓN

3. INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pre término constituye un gran problema de Salud Pública a nivel mundial, manteniéndose a sus vez como un gran problema para los Obstetras y Neonatólogos, tanto por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y atención de los pre términos, como el pronóstico a corto y a largo plazo de la misma.

De las complicaciones en el embarazo, la amenaza de parto pre término es una de las más alarmantes y difíciles de prevenir durante la gestación, misma que es multifactorial e idiopática.

La Organización Mundial de Salud (OMS), define al Parto Pretérmino como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación, evidenciándose sangrado intrauterino de causa no precisada con dinámica uterina, contracciones uterinas dolorosas mínimo 3 en 20 minutos o ruptura prematura de la membranas y modificaciones del cuello con un borramiento de más del 70% y/o dilatación de 2 cm del cuello uterino, esto se presenta entre 7% a 12% de los embarazos y causa hasta el 75% de la morbilidad y mortalidad neonatales.

De la misma manera estudios realizados en la maternidad de Lima revelan que el 5% de los pretérmino se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema, el 15% entre la semana 28-31, prematuro severo, el 20% entre las 32-33 semanas, prematuro moderado y el 60-70% entre las 34-36 semanas, prematuro leve; La incidencia a nivel mundial permanece entre el 6 a 14 %, la tasa de prematuridad en EEUU es de 11 %, en Europa varía entre 5 a 7 % en Venezuela, según el Congreso Internacional de Medicina Perinatal se encontró una incidencia del 16%.

La amenaza de parto pre término ha aumentado de forma evidente durante los 40 últimos años, estimándose que puede afectar hasta 13% de las

gestantes y ser una de las causas de hospitalizaciones obstétricas-pediátricas.

Antecedentes de Parto Pretérmino, aborto, lo que repercute directamente en la gestante ya que puede actuar como recidiva, así mismo, la falta de asistencia al control prenatal, que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbi-mortalidad materno-fetal a su mínima expresión, las hemorragias vaginales del segundo trimestre: placenta previa, desprendimiento de placenta normo inserta, al igual que el consumo del tabaco, alcohol y cocaína, edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35 años) son factores de riesgo

Con el tiempo se le ha ido dando más importancia a la patogénesis y los factores infecciosos. Entre ellas las infecciones del tracto urinario (ITU), la cual es considerada como la existencia de microorganismos patógenos en las vías urinarias con o sin presencia de síntomas con al menos 105 unidades formadoras de colonia (UFC)/ ml de orina; la cual es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo, su incidencia fluctúa en 12% siendo el germen más común el *Escherichia coli* 80%

La mayoría de los esfuerzos para prevenir y detener el parto de pretérmino no han probado ser efectivos, y por lo tanto los componentes más importantes en su manejo son aquellos orientados a prevenir complicaciones neonatales: uso de corticoides antenatales, administración materna de antibióticos para prevenir la sepsis neonatal por el estreptococo B, y medidas tendientes a evitar el traumatismo del parto.

El parto pretérmino implica, asimismo, un gran consumo de recursos sanitarios destinados a la atención de este tipo de recién nacidos. En Canadá se ha calculado que el gasto mínimo para atender su prematuridad es de más de 11 millones de dólares canadienses al día. Esto supone el 33% de total de gastos sanitarios para atender a todos los recién nacidos. En la ciudad de Loja se estima un gasto diario de 1100 dólares

4. PROBLEMATIZACIÓN

El parto prematuro es un problema no solamente obstétrico, también neonatal ya que puede causar muchos problemas en el recién nacido, incluyendo la muerte. Se considera parto pretérmino el que se produce antes de las 37 semanas de gestación. Sin embargo son los fetos que nacen antes de las 34 semanas de gestación completas los que tienen más problemas de morbi- mortalidad¹.

El parto pretérmino es una entidad que complica el 10% de los embarazos (incidencia igual que en los últimos 30 años) y es responsable del 75 a 80% de la mortalidad perinatal

El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

En Ecuador en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora la frecuencia de amenaza de parto pre término es de un 3.1% de los cuales 6.4% terminan en partos prematuros.

En México esta entidad representa el 5 a 10 % de todos los embarazos, en los Estados Unidos representa un 12,5%; según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 11,4% de los nacimientos en Colombia son de niños prematuros. El trabajo de parto prematuro es la causa más frecuente de hospitalización prenatal en los países desarrollados.

El «Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros» de la OMS estima que más de 1 de cada 10 niños nacidos en 2010 fueron prematuros. Se calcula que esto representa 15 millones de partos prematuros, y que 1 millón de muertes se relacionan directamente con el nacimiento precoz.²

¹Luis Cabero.- Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. España. 2003

²Gonzalez L, Puigventós F. Actualización del protocolo de Amenaza de Parto Prematuro (APP). Portal Farmacoterapia Hospital Universitari Son Espasses. Palma de Mallorca 2012. Disponible URL:http://www.elcomprimido.com/FARHSD/PROT_PARTOPREMATURO_HUSE_ACTUALIZACION_2012.doc Consultado Enero 2012OBJETIVOS

PROBLEMA

La amenaza de parto pre término implica altos índices de morbilidad y mortalidad perinatal es por ello que se pretende incluir la didrogesterona como tratamiento eficaz de la amenaza de parto pre término.

OBJETIVOS

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar cuál es el fármaco que disminuye los índices de morbilidad y mortalidad perinatal producidos por el parto pretérmino en el Hospital Regional Isidro Ayora

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar cuál tratamiento produce útero inhibición en un lapso de tiempo más corto.
- Comprobar cuál es el fármaco que produce menos reacciones adversas.
- Determinar el tratamiento más económico en pacientes con amenaza de parto pretérmino.
- Evaluar la eficacia de la didrogesterona frente a la nifedipino para recomendar su uso en centros de salud de nuestra localidad.

REVISIÓN DE LITERATURA

6.1 AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

6.1.1 DEFINICIÓN

Presencia de dinámica uterina regular acompañada de modificaciones cervicales antes de las 37 semanas de gestación.



6.1.2 INCIDENCIA

En Ecuador en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora la frecuencia de amenaza de parto pre término es de un 3.1% de los cuales 6.4% terminan en partos prematuros.

En México esta entidad representa el 5 a 10 % de todos los embarazos, en los Estados Unidos representa un 12,5%; según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 11,4% de los nacimientos en Colombia son de niños prematuros. El trabajo de parto prematuro es la causa más frecuente de hospitalización prenatal en los países desarrollados.³

³Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros» de la OMS

6.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

La Amenaza de Parto Pretérmino constituye un gran problema de Salud Pública a nivel mundial, manteniéndose a su vez como un gran problema para los Obstetras y Neonatólogos, tanto por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y atención de los pre términos, como el pronóstico a corto y a largo plazo de la misma.

De las complicaciones en el embarazo, la Amenaza de Parto Pretérmino es una de las más alarmantes y difíciles de prevenir durante la gestación, misma que es multifactorial e idiopática.

La prevalencia del parto Pretérmino es del 7- 10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal. El 80% de las consultas por APP no terminan en parto pre término, dos tercios de las pacientes terminan en parto luego de 48 horas, y más de un tercio llegan a término.⁴

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

La guía Minsal 2010 del Ministerio de Salud de Chile, nos indican que a nivel mundial la incidencia de parto prematuro es cercana al 10% del total de nacimientos del mundo, existiendo diferencias

⁴ OCHOA, A., PEREZ, J. Amenaza de parto Pretérmino. Ruptura prematura de membranas. Coriamnionitis. URL: scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf

⁵ Boletín de la Organización Mundial de la Salud URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>

geográficas importantes. En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 5-6%.⁶

Tasa de Parto Prematuro según Región del Mundo		
Región	Tasa Parto Prematuro	IC 95%
Mundial	9.6 %	9.1-10.1
Norte América	10.6 %	10.5-10.6
África	11.9 %	11.1-12.6
Asia	9.1 %	8.3-9.8
Latinoamérica y Caribe	8.1 %	7.5-8.8
Oceanía	6.4 %	6.3-6.6
Europa	6.2 %	5.8-6.7

Fuente: Bull 35 World Health Organ 2010; 88:31-38.

6.1.4 SINTOMATOLOGÍA

- Contracciones uterinas regulares, con o sin dolor.
- Sensación de presión pelviana (siente que el niño empuja hacia abajo o se siente pesada).
- Dolor de espalda o en las caderas y vientre tipo menstruación.
- Cambios en la secreción vaginal.
- Cólicos abdominales (con o sin ganas de pujar).

6.1.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Factores establecidos

- ✗ Raza negra
- ✗ Pareja no estable
- ✗ Bajo nivel socioeconómico

⁶ Guías Clínicas Minsal 2010, Ministerio de Salud de Chile. URL: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>

- ✗ Parto pretérmino o bajo peso previo.
- ✗ Abortos a repetición del segundo trimestre.
- ✗ Gestación tras técnicas de reproducción asistida.
- ✗ Anomalías placentarias.
- ✗ Sangrado gestacional:
 - Uterinas o cervicales
 - Gestación múltiple
 - Tabaquismo.

Factores Probables

- ✗ Infecciones urogenitales
- ✗ Consumo de cocaína.
- ✗ Cuidados prenatales inadecuados.

Factores con asociación débil o no asociados

- ✗ Edad materna
- ✗ Ganancia de peso materno durante la gestación.
- ✗ Dieta, paridad, periodo intergenésico corto.
- ✗ Consumo de alcohol o cafeína.
- ✗ Actividad sexual durante la fase final del embarazo.⁷

⁷Koucký M, Germanová A, Hájek Z, Parížek A, Kalousová M, Kopecký P. Prenatal and perinatal management of preterm labour. PragueMedRep 2009; 110 (4): 269-277.

6.1.6 EVALUACIÓN DEL RIESGO

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes uno o más de los siguientes

Criterios Clínicos

- ✗ Bishop ≥ 5
- ✗ Parto pretérmino anterior (espontáneo) antes de la semana 34
- ✗ Gestación múltiple
- ✗ Portadora de cerclaje cervical en gestación actual

Criterios ecográficos:

- ✗ Longitud cervical < 25 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas
- ✗ Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente NINGUNO de los criterios citados anteriormente.⁸

6.1.7 DIAGNÓSTICO

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

- Anamnesis dirigida
- Exploración física (descartar otro posible foco que dé origen al dolor, fiebre, peritonismo, puño percusión).
- Exploración obstétrica:
 - Comprobar frecuencia cardiaca fetal positiva.

⁸Benson/Pernoll: diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. En: Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1994. 108-154.

- Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina).
- Especuloscopia: visualización del cérvix
- Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal.
- Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina).
- Frotis endocervical.
- Extensión de frotis vaginal en porta para Gram (sin fijar).
- Tacto Vaginal: valoración cervical mediante el Índice de Bishop.
- Ecografía transvaginal
- Confirmar la presencia de dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.
- Analítica (Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR).
- Amniocentesis:
 - glucosa
 - leucocitos
 - tinción de Gram
 - cultivo de líquido amniótico aerobios y anaerobios
 - cultivo de micoplasmas

Se deben descartar siempre otras patologías que contraindiquen la tocolisis: como en el caso de la Coriamnionitis.

6.1.8 SIGNOS DE ALARMA

- a. Dilatación cervical ≥ 4 cm con dinámica uterina regular.
- b. Prematuridad extrema.
- c. Disminución de variabilidad y/o aparición de desaceleraciones en el test no estresante.
- d. Taquicardia fetal previa a uso de tocolítics.
- e. Ruptura de membranas.
- f. Hipertermia materna: Evaluar posibilidad de corioamnioitis.
- g. Hemorragia: Evaluar inserción placentaria y bienestar fetal.
- h. Leucocitosis con desviación izquierda en el hemograma.⁹

6.1.9 COMPLICACIONES

La complicación más importante es el parto pretérmino y los problemas asociados a prematuridad: Enfermedad de membrana hialina, infecciones, déficit neurológico, trastornos metabólicos, enterocolitis necrosante, hemorragia intra ventricular, defectos congénitos y otros.

Se incrementa la tasa de cesárea, menor APGAR al nacimiento con necesidad de reanimación neonatal, aumento de tasas de muerte neonatal y perinatal con aumento de costos hospitalarios.¹⁰

6.1.10 TRATAMIENTO

Tratamiento General:

- Colocar vía segura con cloruro de sodio al 9% 1000cc, primero 500 cc en 1 hora y luego pasar a 40 gotas por minuto.

⁹Ensayos/Amenaza de parto pre término73405562.html

¹⁰Williams. Obstetricia. 23va Edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. C.V. 2011.

- Reposo absoluto en cama hasta que hayan pasado 24 horas sin dinámica uterina o se hayan retirado tocolíticos endovenosos

Tratamiento Específico:

- Identificación y corrección del factor asociado.
- Tocolíticos en gestación menor de 35 semanas y en caso lo requiera.
- Nifedipino (primera elección)

Administrar 10mg vía oral, sino hay respuesta a los 20 minutos dar una segunda dosis, máximo 3 dosis. Para llegar a las dosis de mantenimiento: A las seis horas de la última administración de la dosis de ataque iniciar nifedipino oral a razón de 10mg/6 horas durante las primeras 24 horas. Si aparece la dinámica uterina antes de las 6 horas adelantar la dosis hasta 20mg/4 horas. Dosis de mantenimiento: 10 -20 mg/8 horas.

Efectos secundarios: Rubor, cefalea, mareos y nauseas. Puede ocurrir hipotensión materna con posterior disminución del flujo útero placentario.

- Inhibidores de prostaglandinas Indometacina

Si están contraindicados los betamiméticos y nifedipino. Puede utilizarse. Indometacina 100 mg/12 horas vía oral, efecto máximo a las dos horas. Continuar con 25 mg/6 horas vía oral, suspendiendo la medicación a las 72 horas de inhibir la actividad uterina. Contraindicada después de las 34 semanas de gestación.

Tratamiento Coadyuvante:

- Maduración pulmonar fetal

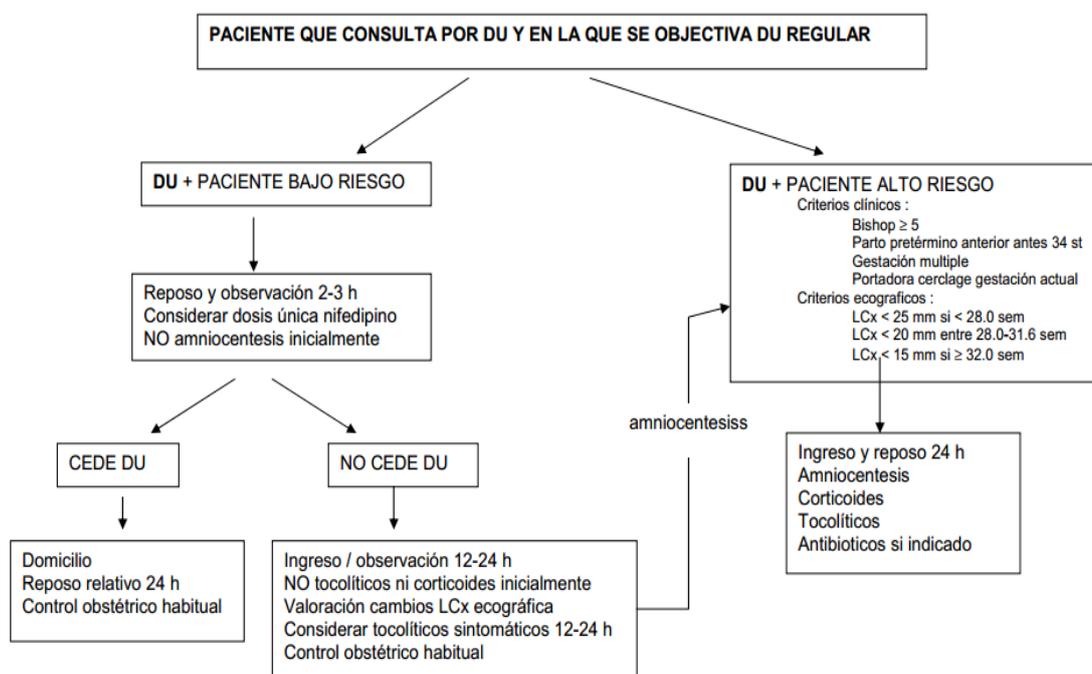
BETAMETASONA 12mg IM c/24 horas por 2 dosis

DEXAMETASONA 6mg IM c/12 horas por 4 dosis.

- Atención del parto si fracasa la tocolisis

Cesárea entre las 26 y 31 semanas

Vía vaginal antes de las 26 semanas y después de las 31 semanas.¹¹



A partir de la semana 35.0 se optará por una conducta poco agresiva. Se suspenderá el tratamiento tocolítico endovenoso y se indicará reposo. De forma opcional, si precisa, se administrará tocolisis vía oral

¹¹T Cobo, M López, M Palacio. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínico de Barcelona. PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO.

respetando el reposo nocturno. A partir de la semana 36.0 se suspenderá todo tipo de tratamiento tocolítico.

Si existe dinámica uterina (DU) EN PACIENTES DE BAJO RIESGO de parto pretérmino:

Reposo y observación 2-3h horas en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales. Estas pacientes NO son tributarias a prioridad de amniocentesis (dado que el riesgo real de parto prematuro es muy bajo):

Considerar la necesidad de administrar una dosis única de 20 mg de nifedipino.

- Si cede la DU y no existen modificaciones cervicales, podrá valorarse el alta domiciliaria con reposo relativo 24 h.
- Si no cede la DU, pero no hay modificaciones cervicales, se puede valorar el ingreso a observación durante 12-24 h. Inicialmente, NO se administrará tratamiento tocolítico ni corticoides. Sólo se utilizarán los tocolíticos como tratamiento sintomático y con una pauta corta de 12-24 horas. Alta precoz cuando ceda el cuadro sintomático.

Si existe dinámica uterina (DU) EN PACIENTES DE ALTO RIESGO de parto pretérmino

- Ingreso, reposo absoluto 24 h (permitiendo higiene personal si el cuadro clínico lo permite) y control materno-fetal
- CORTICOIDES si existe inmadurez pulmonar (entre las 24.0 y 33.6 semanas: 12 mg Betametasona según pauta de una dosis diaria durante dos días, y proseguir según protocolo específico si persiste el riesgo. Por debajo de las 32 semanas, iniciar la administración de corticoides. Si el feto es maduro, no administrar la segunda dosis

- TOCOLÍTICOS:
 - Nifedipino (Inhibidor del canal del calcio): Tocolítico efectivo de administración oral. Pauta: 20mg VO de entrada seguido de pauta de 20 mg/6 h durante 48-72 h. Si no existe respuesta al tratamiento inicial: 20 mg VO de dosis de rescate a los 30 minutos de la primera dosis y 20 mg VO más a los 30 minutos si no hay respuesta. Si después de esta segunda dosis de rescate no hay respuesta, está indicado cambiar de tocolítico. Control de constantes: Control de pulso y TA cada 30 minutos la primera hora o mientras se utilice terapia intensiva. Después, control horario. Si se estabiliza el cuadro, control de constantes cada 6-8 h.
 - Atosiban (Antagonista de la oxitocina): Fármaco de elección en gestaciones múltiples y cardiópatas, en pacientes diabéticas pre gestacionales o gestacionales. Se administra en ciclos de 48h, siendo posible repetir hasta un total de 3 ciclos. Si existe una muy buena respuesta al tratamiento, y el riesgo de parto pretérmino no es muy elevado, considerar hacer ciclos cortos de 24 h en vez de 48 h).
 - Indometacina (Inhibidor de la síntesis de prostaglandinas): Útil sobretudo en APP precoces (<26sg). Dosis: 50 mg/6 h VO. (Alternativas: vía vaginal o rectal; 150-200 mg como dosis de entrada y 100mg/12h de mantenimiento). De uso restringido por encima de las 32 semanas de gestación. Exige:
 - Terapia combinada: Si a pesar del tratamiento con monoterapia, la paciente presenta dinámica uterina persistente, se valorará la posibilidad de terapia combinada (preferentemente nifedipino + atosiban), considerando la edad gestacional y las modificaciones cervicales.

✓ ANTIBIÓTICOS

Serán tributarias de tratamiento antibiótico:

- Paciente con exposición de la bolsa amniótica en vagina
- Pacientes que presenten como hallazgos en la amniocentesis: Tinción de Gram con gérmenes o glucosa < 5 mg/dl o cultivo positivo de líquido amniótico.
- Inicialmente se utilizarán antibióticos con una cobertura amplia: ampicilina 1g/6h + gentamicina 80 mg/8h. Si la paciente se mantiene clínicamente estable, el tratamiento será corregido, suspendido o mantenido según el antibiograma del CULTIVO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: si el cultivo es negativo, se finalizarán 5 días de tratamiento profiláctico. Si se identifica un germen, se completarán 7 días de tratamiento antibiótico.

✓ FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

Será criterio de finalización:

- la Coriamnionitis clínica o ≥ 34.0 semanas, madurez comprobada y algún signo de infección intraamniótica

Tratamiento Alternativo:

- Ritodrine 50 mg

La indicación del uso de este fármaco (u otro betamimético) está limitada al manejo de un parto pre término sin otras complicaciones entre 24 y 33 semanas. La bibliografía sugiere que se reduce el número de partos en las primeras 48 horas desde el comienzo del tratamiento pero no se observó reducción en la mortalidad perinatal. Sin embargo es el tiempo suficiente para administrar corticoides o derivar a un centro de mayor complejidad. Se deben seguir normas estrictas de administración y dosis para evitar efectos adversos,

incluidos edema pulmonar e isquemia de miocardio. Las dosis recomendadas es de 50ug/min en solución de dextrosa al 5% incrementando cada 20 minuto, hasta obtener quiescencia uterina, con una infusión máxima de 3500ug/min. Una vez que las contracciones han sido inhibidas, la infusión es mantenida por 60 minutos y luego comienza la disminución a razón de 50ug cada 30 minutos hasta que se obtiene el nivel más bajo 5ug/min. La infusión es mantenida por 12 horas repitiéndose el proceso si las contracciones reaparecen

➤ Terbutalina

No está aprobada por la FDA para su uso específico en amenaza de parto pretérmino, pero existe significativa evidencia de su seguridad y eficacia. La infusión IV comienza generalmente con 2,5 a 5 µg/miny se incrementa 5 µg cada 20 minutos hasta un máximo de 25 µg/min. Una vez que las contracciones han sido inhibidas, el goteo se mantiene 60 minutos y luego se comienza la reducción de la dosis en 2,5µg/min cada 30 minutos hasta que se establezca la menor dosis efectiva. Esta dosis es mantenida por12 horas¹²

➤ Progesterona

De forma común está indicado por algunas Sociedades Científicas (American College of Obstetrics and Gynecologists-ACOG-, Colegio Canadiense de obstetras y ginecólogos-SCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists-RCOG-) en la prevención del parto pretérmino; se usa en comprimidos de 100 mg, que se administran una vez al día preferentemente vía vaginal. Esta indicación no está aprobada por la AEMPS ni la FDA, aunque debido a su inocuidad y la aparición constante de estudios bien diseñados que demuestran

¹² Guía de Prácticas Clínicas. Amenaza de Parto Pretérmino. Dra. Latorra Cristina, Andina Elsa ,Di Marco Ingrid. Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. URL: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/Guias-AmenazaPartoPrematuro.pdf>

eficacia en la prevención secundaria del parto pretérmino pudiera ser pronto aprobada¹³

Tratamiento al alta:

Previamente al alta se permitirá la paciente deambular por la sala y moverse para su higiene personal durante 24-48 h según el riesgo, la edad gestacional y las condiciones cervicales.

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

Se remitirá a la paciente a un control en 1-2 semanas en la Unidad de Prematuridad para reevaluación del riesgo y con indicaciones de volver a urgencias si reaparición de la sintomatología.¹⁴

¹³PROGESTERONA EN LA PREVENCIÓN DE LA PREMATURIDAD; Setefilla López Criado, Ángel Santalla Hernández, Irene Vico Zúñiga, José Luis Gallo Vallejo URL: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2012_mmf_02_progesteronaprevenciondra_lopez_criado.pdf

¹⁴GUIAS CLÍNICAS MEDICINA FETAL PERINATAL SERVICIO DE MEDICINA MATERNOFETAL – ICGON – HOSPITAL CLÍNICA BARCELONA

6.2 NIFEDIPINO

6.2.1 Indicaciones Terapéuticas

- Angina vaso espástica
- Angina estable crónica
- Hipertensión
- Tocolíticos en la amenaza de parto pretérmino

6.2.2 Farmacocinética y farmacodinamia

Es rápida y casi completamente absorbida después de su administración oral (90%), aunque por experimentar un metabolismo hepático de primer paso, su biodisponibilidad se reduce al 50-70%. Las formas retardadas de la nifedipino muestran una biodisponibilidad del 86% en relación a las formas estándar cuando se administran de forma crónica. La farmacocinética de la nifedipino no es afectada por los alimentos, pero la biodisponibilidad aumenta en presencia de una insuficiencia hepática.

Se distribuye muy bien por todo el cuerpo, incluyendo la leche materna. Se une en un 92-98% a las proteínas del plasma, aunque esta unión es mucho menor en los pacientes con disfunción hepática o renal.

El metabolismo hepático de la nifedipino es rápido y completo, produciéndose dos metabolitos inactivos que son excretados, junto con el fármaco nativo, en la orina y, en menor extensión en las heces. Sólo un 5% de la nifedipino sin alterar es recuperada en la orina. La semi-vida de eliminación es de 2 a 5 horas, aumentando hasta las 7 horas en los pacientes con una insuficiencia hepática clínicamente significativa. La nifedipino no se elimina prácticamente por hemodiálisis o hemoperfusión

6.2.3 Contraindicaciones

Reacción de hipersensibilidad conocida a NIFEDIPINO.

Mujeres con antecedentes de infarto o angina no son candidatas para tratamiento porque se aumenta riesgo cardiovascular.

Se lo ha considerado como fármaco Clase C en el Embarazo

6.2.4 Efectos adversos

Se han observado cefalea, fatiga, malestar general, constipación, náusea. En menos de 3%: astenia, adinamia, dolor, palpitaciones, insomnio, nerviosismo, parestesia, somnolencia, prurito, rash, dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, artralgias, dolor en el pecho, disnea, impotencia, poliuria.

En menos de 1%: edema facial, fiebre, edema periorbitario, arritmias, hipotensión, aumento en la presentación de angina, taquicardia, síncope, ansiedad, ataxia, disminución de la libido, depresión, hipertonía, hipoestesia, migraña, paranoia, vértigo, alopecia, aumento en la sudoración, urticaria, púrpura, reflujo gastroesofágico, melena, vómito, aumento de peso, dolor de espalda, mialgias, lagrimeo anormal, visión anormal y *tinnitus*.

6.2.5 Interacciones medicamentosas y de otro género

En estudios no comparativos se ha mostrado que la administración concomitante de NIFEDIPINO y agentes betabloqueadores son usualmente bien tolerados, sin embargo, hay reportes en la literatura que pueden aumentar la presentación de falla cardiaca, hipotensión severa o exacerbación de angina. El uso conjunto con nitratos se lleva a cabo, a pesar de que no se ha probado su efectividad antianginosa.

Cuando se usa junto con la digital, se recomienda monitorizar los niveles de digoxina, ya que puede haber una interacción entre NIFEDIPINO y digital y causar una sub y/o sobre digitalización.

Cuando se usa quinina y NIFEDIPINO puede haber una disminución de los niveles de quinina en plasma. Se ha reportado aumento de tiempo de protrombina cuando se usa NIFEDIPINO y agentes anticoagulantes, aunque su relación sea incierta.

NIFEDIPINO cuando se usa combinado con cimetidina presenta un aumento de concentración en el pico en los niveles de NIFEDIPINO en plasma.

6.2.6 Dosis y vía de administración

Administrar 10mg vía oral, sino hay respuesta a los 20 minutos dar una segunda dosis, máximo 3 dosis. Para llegar a las dosis de mantenimiento: A las seis horas de la última administración de la dosis de ataque iniciar nifedipino oral a razón de 10mg/6 horas durante las primeras 24 horas. Si aparece la dinámica uterina antes de las 6 horas adelantar la dosis hasta 20mg/4 horas. Dosis de mantenimiento: 10 -20 mg/8 horas.¹⁵

¹⁵R amis M, Febles M, Le-Senne C, Tejedor A, Usandizaga M. Resultados de la experiencia de uso de nifedipino en el Hospital Son Dureta. Comunicación a Congreso SEGO, junio 2005. [Accedido 10 Abril 2008.] En: Informe: nifedipino para el tratamiento tocolítico en amenaza de parto prematuro como indicación no recogida en ficha técnica. 2005;32-41. Disponible en: <http://www.elcomprimido.com/FARHSD/EVALNIFEDIPINODossierCompletoMayo2005.doc> CITA

6.3 DIDROGESTERONA

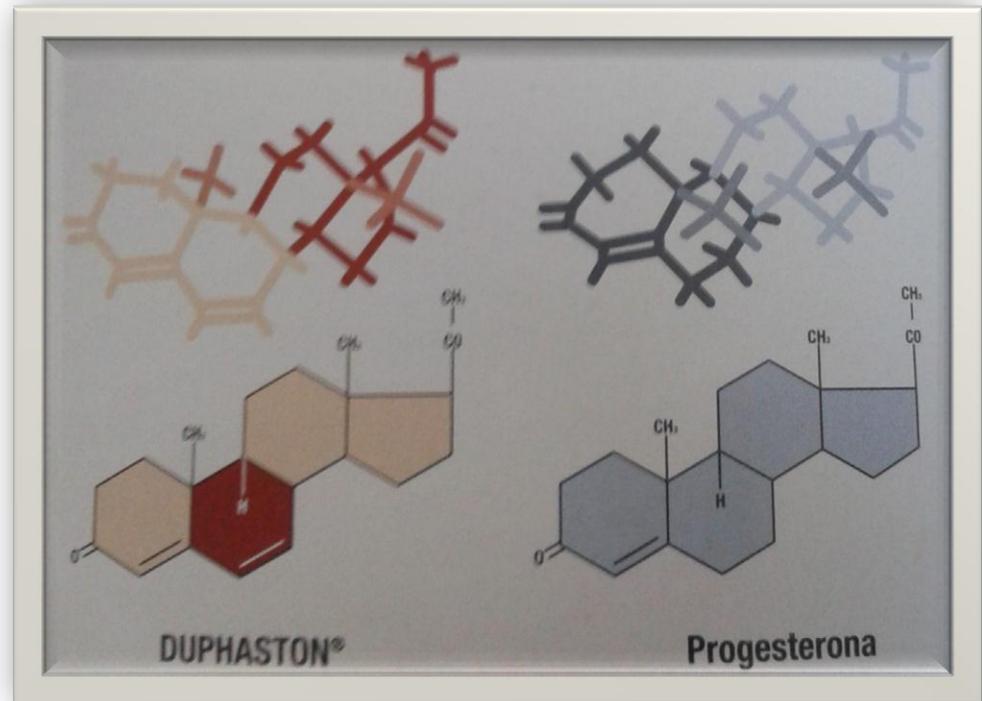
6.3.1 Indicaciones terapéuticas

- Terapia de remplazo hormonal
- Dismenorrea
- Endometriosis
- Hemorragia disfuncional
- Amenorrea
- Síndrome pre-menstrual
- Ciclos irregulares
- Amenaza de aborto
- Aborto habitual
- Infertilidad por insuficiencia lútea

6.3.2 Química

Didrogesterona (Duphaston) (9B, 10B-pregna-4, 6 dieno-3, 20-diona) se sintetizó por primera vez en Duphar en los años 50. Aunque su estructura molecular es casi idéntica a la de la progesterona natural, su diseño lo convierte en un progestágeno potente, oralmente activo. En la molécula de didrogesterona, el átomo de hidrógeno en el carbono 9 se encuentra en posición beta y el grupo metilo en el carbono 10 se encuentra en posición alfa, una estructura contraria a la progesterona. Además tiene un segundo doble enlace entre los carbonos 6 y 7 (la configuración 4, 6 dieno-3-uno). Estas pequeñas diferencias en la estructura química son las responsables del incremento en la actividad por vía oral, estabilidad

metabólica y ausencia de efectos estrogénicos, androgénicos y mineralcorticoides.



6.3.3 Farmacocinética y farmacodinamia

La didrogesterona es un progestágeno con acción hormonal selectiva progestacional, que ejerce efectos sobre los órganos blanco, idénticos a los de la progesterona endógena. Dada su selectividad, actúa prácticamente sólo en el endometrio, vagina y moco cervical. No inhibe la ovulación, lo que significa que durante el tratamiento de condiciones no gestacionales es posible la concepción. La didrogesterona no es secretada como pregnandiol en la orina; por lo tanto, es posible determinar la producción endógena de progesterona en base a la secreción de pregnandiol en la orina. La didrogesterona y sus metabolitos no son termogénicos, por lo que no alteran la curva cíclica de temperatura corporal basal femenina. No ejerce influencia en las

concentraciones sanguíneas de lípidos o lipoproteínas, no tiene propiedades virilizantes ni anabolizantes o corticoideas.

Después de la administración oral de didrogesterona, 63% de la dosis es excretada en la orina. La excreción es completa a las 72 horas. El principal metabolito de la didrogesterona es la 20a-dihidrodidrogesterona (DHD) y es detectable en la orina en su mayoría como glucorónida. Todos los metabolitos formados mantienen la configuración 4,6-dieno-3-uno y no sufren 17a-hidroxilación, lo que explica la ausencia de actividad estrogénica y androgénica. Después de la administración oral de didrogesterona, las concentraciones de DHD en plasma son mayores que las de didrogesterona. La didrogesterona es absorbida rápidamente: los valores máximos tanto de didrogesterona como de DHD oscilan entre 0.5 y 25 horas.

6.3.4 Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a la didrogesterona o a los componentes de la fórmula
- Neoplasias (conocidas o sospechadas) dependientes de progestágenos
- Hemorragia vaginal no determinada
- Prevención de hiperplasia endometrial en mujeres que están utilizando estrógenos.

6.3.5 Restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia

Ninguna conocida a la fecha. La didrogesterona puede secretarse en la leche materna, aparentemente sin efectos clínicamente significativos sobre el lactante; no obstante, debe evaluarse el

riesgo/beneficio individualmente, antes de administrarlo a madres que amamantan.

6.3.6 Reacciones secundarias y adversas

- Frecuentes (uno a diez casos en 100 pacientes tratadas): cefalea y/o migraña, metrorragia.
- Poco frecuentes (menos de un caso en 100 pacientes tratadas): alteraciones de la función hepática, dermatitis alérgica, mastalgia.
- Muy raras (menos de un caso en 10,000 pacientes tratadas): anemia hemolítica, angioedema, edema.

6.3.7 Interacciones medicamentosas y de otro género

La didrogesterona no presenta interacciones conocidas con otros medicamentos. Cuando se utiliza didrogesterona en combinación con un estrógeno, el tratamiento deberá interrumpirse si se detecta función hepática anormal, eventos tromboembólicos o aumento de la presión arterial.

6.3.8 Alteraciones en los resultados de pruebas de laboratorio

No se han reportado a la fecha

6.3.9 Dosis y vía de administración

➤ Amenaza de aborto y Amenaza de parto pretérmino

Tome cuatro comprimidos de una vez, y más tarde un comprimido cada ocho horas hasta la remisión de los síntomas.

6.3.10 Presentaciones

Cada estuche de Duphaston contiene 20 comprimidos recubiertos.¹⁶¹⁷

La Progesterona está indicado por algunas Sociedades Científicas (American College of Obstetrics and Gynecologists-ACOG-, Colegio Canadiense de obstetras y ginecólogos-SCOG, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists-RCOG-) en la prevención del parto pretérmino; se usa en comprimidos de 100 mg, que se administran una vez al día preferentemente vía vaginal. Por lo explicado en los párrafos anteriores la Didrogesterona es oralmente activa por lo que dosis bajas producen el mismo efecto que dosis altas de progesterona.

¹⁶Progestational effects of dydrogesteron en in vitro, in vivo, and on the human endometrium. Adolf E. Schindler. Institute for Medical Research and education, Huferlandtrasse 55. Germany.

¹⁷CCAP. Volumen 9 numero 4 DIDROGESTERONA. Folleto de Casa farmacéutica ABBOTT

DISEÑO METODOLÓGICO

7. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo es de tipo: Comparativo, analítico, prospectivo y transversal.

Área de Estudio

La presente investigación se realizó en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora- Loja. Ubicado en la av. Manuel Agustín Aguirre entre las calles José Montero y Quito. Durante el periodo de Febrero del 2013 a Abril del 2014.

UNIVERSO

Lo conformaron todas las gestantes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora

MUESTRA

Lo conformaron 51 gestantes con diagnóstico definitivo de Amenaza de Parto prematuro (APP).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes de cualquier edad cronológica
- Gestantes de cualquier paridad
- Gestantes que deseen participar del presente estudio
- Pacientes derivadas de otras instituciones de Salud que no hayan recibido tratamiento previo
- Gestantes entre 20- 36.6 semanas
- Gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término ingresadas al servicio de Gineco- Obstetricia del HRIA.

- Gestantes con historia clínica completa

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes que no deseen participar del presente estudio
- Gestantes derivadas de otra institución de Saludo con tratamiento previo
- Gestantes no ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del HRIA
- Gestantes con historia clínica incompleta
- Gestantes con edad gestacional menor de 20 semanas
- Gestante con historia de reacción desfavorable y alergia a la progesterona
- Todas las pacientes con amenaza de parto pretérmino que presenten: incompetencia cervical, Cardiopatías congénitas, Lupus eritematoso sistémico, Preeclampsia y eclampsia, Coriamnionitis, producto con malformaciones congénita no compatibles con la vida, óbito fetal.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para la realización del presente estudio se procedió:

1. Elaboración de oficio al Director del Hospital Isidro Ayora Dr. Jorge Guapulema, para que se autorice la realización del proyecto de tesis
2. Elaboración de oficio solicitando autorización al jefe del departamento de Gineco- Obstetricia Dr. Marco Medina para efectuar el presente estudio, con la colaboración de médicos tratantes, médicos residentes para la utilización de la didrogestrona como tratamiento en la amenaza de parto pre término.
3. Elaboración de ficha de recolección de datos así como una hoja de consentimiento informado para poder aplicar el tratamiento propuesto.
4. Para poder probar la eficacia de la didrogestrona en el tratamiento de la patología en estudio fue necesario compararla con el fármaco utilizado como protocolo para la amenaza de parto pretérmino, el Nifedipino; por ello se escogió al azar 51 pacientes con diagnóstico definitivo de amenaza de parto pre término, las mismas que fueron divididas en dos grupos. El Grupo N°1 de 26 gestantes a quienes se instauró el tratamiento con didrogestrona, y al Grupo N°2 de 25 gestantes a quienes se les instauró el tratamiento con nifedipino.
5. En ambos grupos se recolectaron datos generales como edad cronológica, estado civil, ocupación, paridad, edad gestacional.
6. En el primer grupo de pacientes tratadas con didrogestrona se evaluó la actividad uterina que presentaron al momento de ingresar al servicio de Gineco- Obstetricia, así como la duración e intensidad de las contracciones.
7. Se les aplicó la dosis de ataque de didrogestrona (40 mg VO STAT), luego de esta aplicación se realiza una primera evaluación a los 30

minutos, una segunda evaluación a las dos horas; en donde se pudo constatar que hubo un cese de actividad uterina en este grupo de pacientes.

8. Luego de la dosis de ataque se les aplica a las usuarias la dosis de mantenimiento de 10 mg VO c/8 horas por 3 días posteriores. (tiempo de tratamiento recomendado, sin embargo esta puede modificarse dependiendo del estado de la usuaria y del tratamiento de la patología de base que ocasionó la APP)
9. Conjuntamente con este proceso se realiza un control tanto para la usuaria como para el producto, se vigila signos vitales TA, FC, FR, FCF, y de igual manera se estuvo pendiente si en algún momento del tratamiento la paciente presentaba reacciones adversas producidas por el fármaco.
10. En el segundo grupo de pacientes tratadas con nifedipino se evaluó la actividad uterina que presentaron al momento de ingresar al servicio de Gineco- Obstetricia, así como la duración e intensidad de las contracciones.
11. Se les aplicó la dosis de ataque de nifedipino (10 mg VO c/20 minutos por 3 dosis), luego de terminar las 3 dosis en una hora se realiza una primera evaluación a los 30 minutos, una segunda evaluación a las dos horas, y una tercera evaluación a las 3 horas; en donde se pudo constatar que hubo un cese de actividad uterina en este grupo de pacientes.
12. Luego de la dosis de ataque se les aplica a las usuarias la dosis de mantenimiento de 10 mg VO c/8 horas. (se recomienda la dosis de mantenimiento por 5 días, sin embargo esta puede modificarse dependiendo del estado de la usuaria y del tratamiento de la patología de base que ocasionó la APP)

13. Al mismo tiempo se realiza un control tanto para la usuaria como para el producto, se vigila signos vitales FC, FR, FCF, sobre todo la TA la misma que se la evaluó cada 30 minutos por una hora, ya que el principal efecto adverso del nifedipino es la hipotensión, luego de esta evaluación se la puede realizar luego de 6 a 8 horas. De igual manera se estuvo pendiente si en algún momento del tratamiento la paciente presentaba reacciones adversas producidas por el fármaco.
14. Se averiguo en diferentes farmacias el costo unitario de cada fármaco para calcular el valor total del tratamiento en usuarias con amenaza de parto pre término
15. Mientras se realizó la recolección de datos se procedió a la revisión de literatura, la información obtenida fue de: Pubmed (plataforma del MEDLINE del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos), Ovid (base de datos amplio que incluye más de 200 revistas y que tiene en su base de datos resultados del Medline y premedline y especialidades de la medicina basada en la evidencia), Scielo (iniciativa de BIREME que intenta el desarrollo de una metodología común para la preparación, almacenamiento, disseminación y evaluación de la literatura científica en formato electrónico), Documentos: Monografías, Farmacologías, Obstetricias.
16. Posteriormente se procedió a la tabulación de los resultados, expresándolos en tablas de frecuencia y pasteles, para su respectiva interpretación y elaboración de conclusiones y recomendaciones.
17. Finalmente se procedió a la presentación del borrador final de la tesis para su revisión y aprobación.

VARIABLES

- La didrogesterona retrasa el parto pre término sin causar efectos secundarios graves en las pacientes ni en el producto.
- La didrogesterona produce útero inhibición en un lapso de tiempo más corto
- La didrogesterona es una alternativa farmacéutica eficiente en la amenaza de parto pretérmino

HIPÓTESIS

- × El empleo de didrogesterona como tratamiento para la prevención del parto pre término es eficaz.
- × La didrogesterona produce un efecto útero inhibición en un lapso de tiempo más corto
- × Los efectos adversos producidos por la didrogesterona se presentarán en menor porcentaje que los que se presentan con otros tratamientos para la amenaza de parto pretérmino.

FINANCIAMIENTO

Los fondos que demande la presente investigación será financiada por la investigadora

ANÁLISIS DE RESULTADOS

RESULTADOS GENERALES DE USUARIAS
CON DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE AMENAZA
DE PARTO PRETÉRMINO

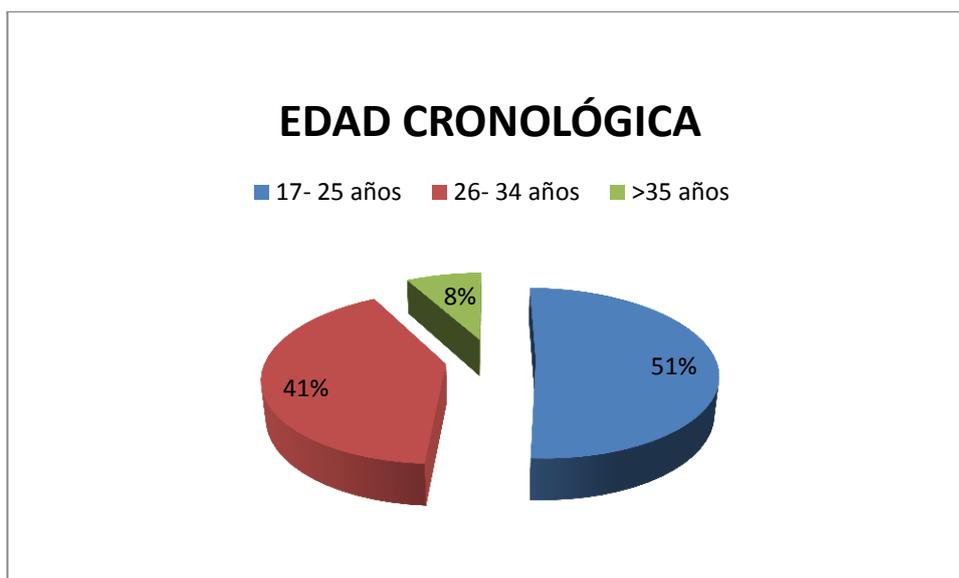
TABLA N°1

EDAD CRONOLÓGICA DE USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

EDAD CRONOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17- 25 años	26	50.98%
26- 34 años	21	41.17%
>35 años	4	7.84%
TOTAL	51	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
 Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 1



INTERPRETACIÓN

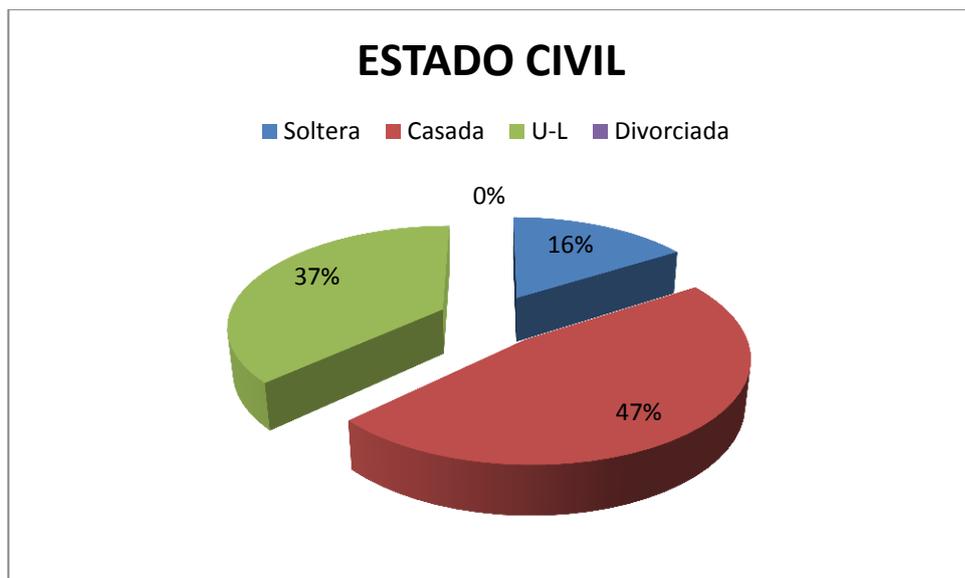
De 51 gestantes seleccionadas al azar 26 casos (50.98%) se encuentran entre las edades de 17 a 25 años, seguida de 21 casos (41.17%) se encuentran entre las edades de 26 a 34 años, y 4 casos (7.84%) de pacientes con edad mayor a 35 años

TABLA N°2
ESTADO CIVIL DE USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	8	15.68%
Casada	24	47.05%
U-L	19	37.25%
Divorciada	0	0%
TOTAL	51	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
 Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 2



INTERPRETACIÓN

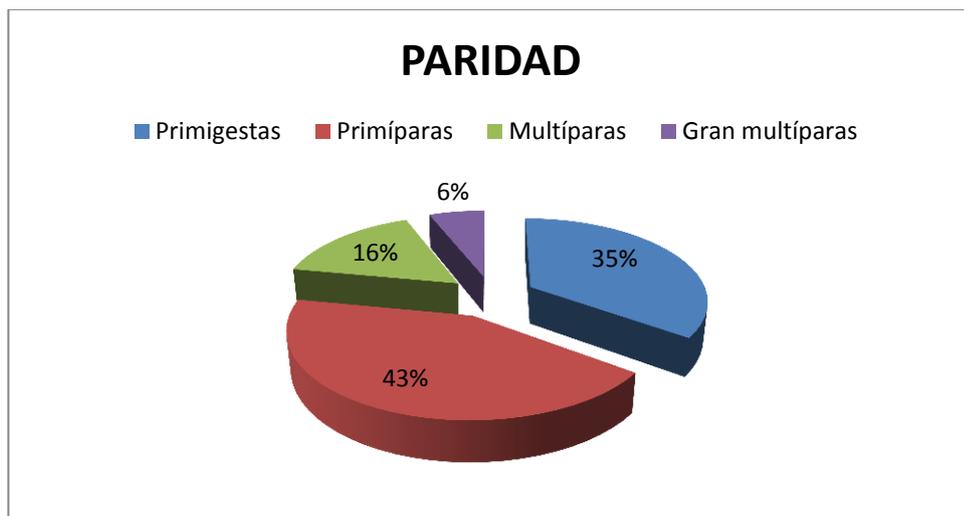
De 51 gestantes seleccionadas al azar 24 casos (47.05%) son casadas, seguida de 19 casos (37.25%) su estado civil es unión libre, 8 casos (15.68%) que corresponden a usuarias solteras

TABLA N°3
PARIDAD DE USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigestas	18	35.29%
Primíparas	22	43.13%
Múltiparas	8	15.68%
Gran múltiparas	3	5.88%
TOTAL	51	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
 Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 3



INTERPRETACIÓN

De 51 gestantes seleccionadas al azar 22 casos (43.13%) corresponden a primíparas, seguida de 18 casos (35.29%) que corresponden a primigestas, 8 casos (15.68%) que corresponden a múltiparas, y 3 casos (5.88%) que corresponden a gran múltipara.

TABLA N° 4
OCUPACIÓN DE USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QQDD	25	49.01%
Estudiante	23	45.09%
Comerciante	3	5.88%
TOTAL	51	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
 Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 4



INTERPRETACIÓN

De 52 gestantes con APP seleccionadas al azar 25 casos (49.01%) se dedican a quehaceres domésticos, 23 casos (45.09%) son estudiantes y 3 casos (5.88%) son comerciantes.

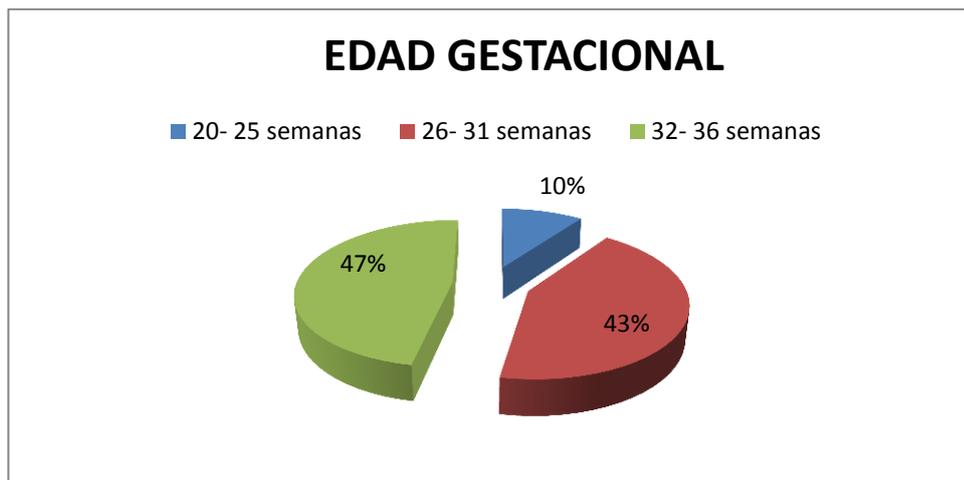
TABLA N° 5

EDAD GESTACIONAL DE USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20- 25 semanas	5	9.80%
26- 31 semanas	22	43.13%
32- 36 semanas	24	47.05%
TOTAL	51	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
 Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 5



INTERPRETACIÓN

De 51 gestantes con APP seleccionas al azar 24 casos (47.05%) se encuentran en una edad gestacional entre 32 a 36 semanas de gestación, 22 casos (43.13%) que se encuentran en una edad gestacional entre 26 a 31 semanas, y 5 casos (9.80%) que corresponde a una edad gestacional comprendida entre 20 a 25 semanas.

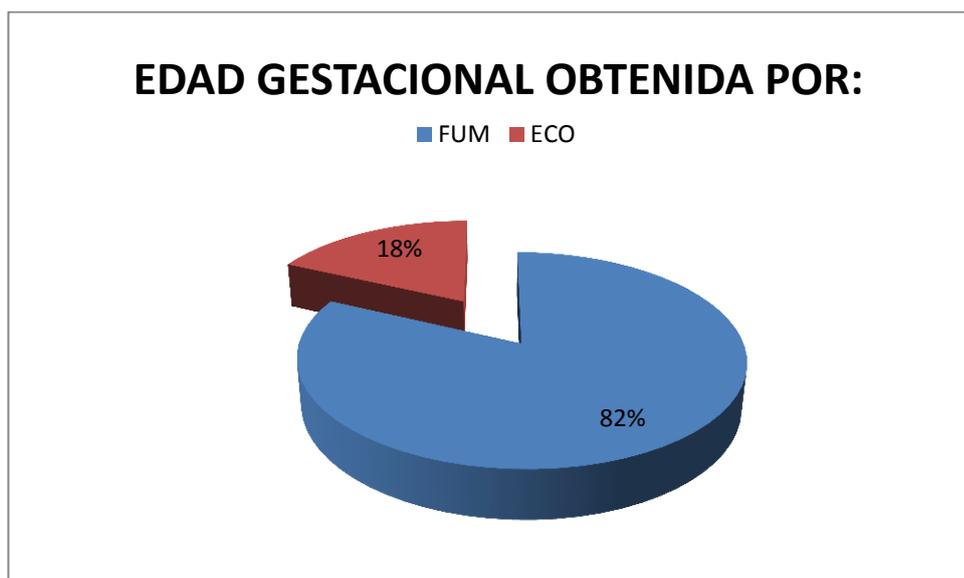
TABLA N° 6

EDAD GESTACIONAL DE USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO OBTENIDA POR: FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM) O POR ECOGRAFÍA

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUM	42	82.35%
ECO	9	17.64%
TOTAL	51	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 6



INTERPRETACIÓN

De 51 gestantes con APP seleccionadas al azar 42 casos (82.35%) se pudo obtener su edad gestacional por fecha de última menstruación FUM, 9 casos (17.64%) su edad gestacional se obtuvo por ECO.

TABLA N° 7

PATOLOGÍA DE BASE EN USUARIAS GESTANTES QUE PRESENTAN AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Patología	Frecuencia	Porcentaje
ITU	45	88.2359%
Vaginosis	4	7.8431%
ITU + Vaginosis	2	3.9215%
TOTAL	51	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 7



INTERPRETACIÓN:

Las ITU representan la patología de base más común para que se produzca la amenaza de parto pretérmino con 45 casos (88.2359%), seguido de la vaginosis con 4 casos (7.8431%); y finalmente 2 casos (3.9215%) presentaron ITU+ vaginosis

RESULTADOS ESPECÍFICOS DE USUARIAS
CON DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO TRATADAS CON
DIDROGESTERONA

TABLA N° 1

**ACTIVIDAD UTERINA EN GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO TRARADAS CON DIDROGESTERONA**

Número de Contracciones en 10 minutos	Frecuencia de gestantes	Porcentaje
1/10	0	
2/10	11	42.30%
3/10	12	46.15%
4/10	3	11.53%
TOTAL	26	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N°1



INTERPRETACIÓN:

De 26 gestantes seleccionadas para útero inhibición con didrogesterona, 12 casos (46.15%) presentan 3 contracciones en 10 minutos, seguida de 11 casos (42.30%) presentan 2 contracciones en 10 minutos, y 3 casos (11.53%) presentan 4 contracción en 10 minutos.

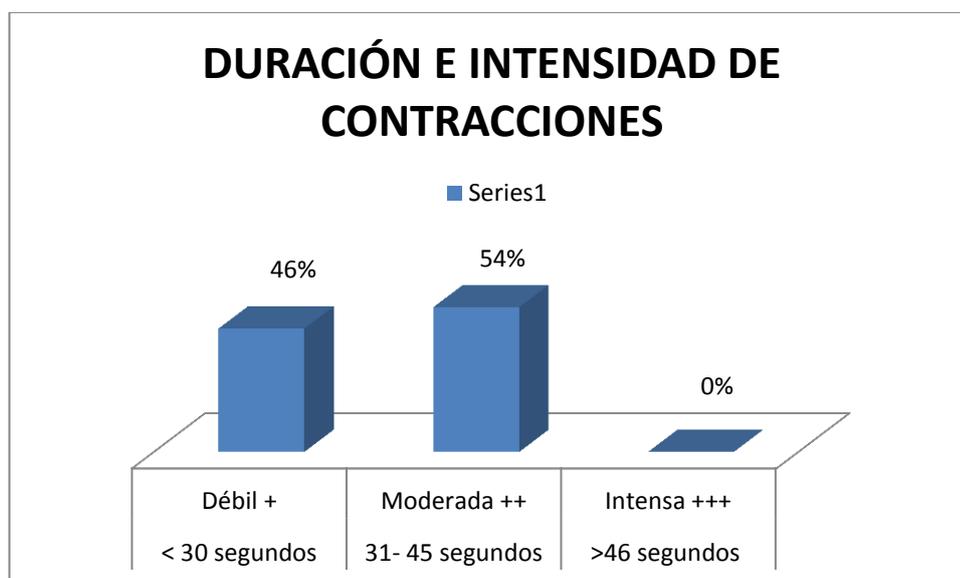
TABLA N° 2

**DURACIÓN E INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS
PRESENTADAS EN GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRE
TÉRMINO TRATADAS CON DIDROGESTERONA**

Duración de contracciones	Intensidad de contracciones	Frecuencia de gestantes	Porcentaje
< 30 segundos	Débil +	12	46.15%
31- 45 segundos	Moderada ++	14	53.84%
>46 segundos	Intensa +++	0	0%
TOTAL		26	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRAFICO N° 2



INTERPRETACIÓN

De 26 gestantes seleccionadas para instaurar el tratamiento con didrogesterona 14 casos (53.84%) presentaron contracciones de moderada intensidad, seguida de 12 casos (46.15%) presentaron contracciones de leve intensidad.

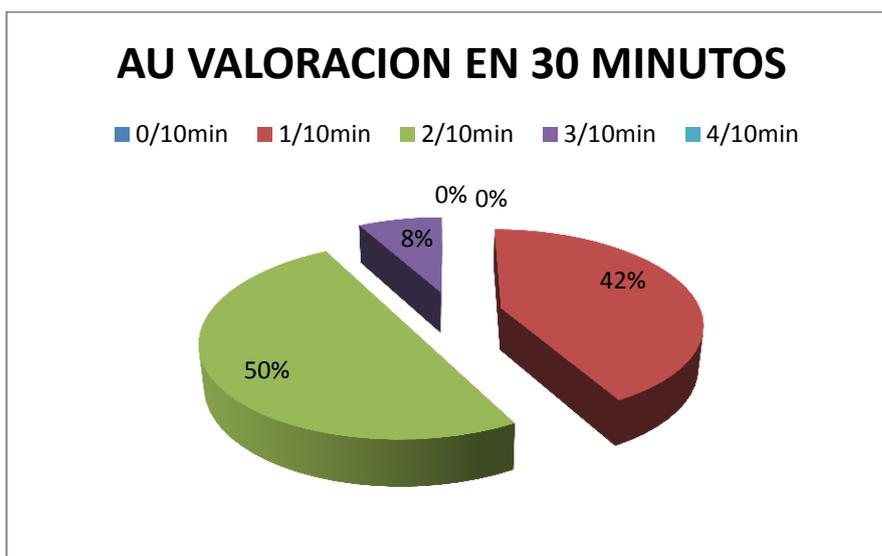
TABLA N° 3

**ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS POS ÚTERO INHIBICIÓN CON
DIDROGESTERONA VALORADA EN 30 MINUTOS**

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS	VALORACION LUEGO DE 30 MINUTOS DE INICIADO TRATAMINETO DIDROGESTERONA	
	Frecuencia	Porcentaje
0/10	0	0%
1/10	11	42.30%
2/10	13	50%
3/10	2	7.69%
4/10	0	0%
TOTAL	26	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 3



INTERPRETACIÓN:

Luego de iniciado el tratamiento con didrogesterona en 26 usuarias con amenaza de parto pretérmino se realizó una primera valoración a los 30 minutos donde se determinó que 13 casos (50%) presentaron 2 contracciones en 10 minutos, seguida de 11 casos (42.30%) que presentaron 1 contracción en 10 minutos, y finalmente 2 casos (7.69%) presentaron 3 contracciones en 10 minutos.

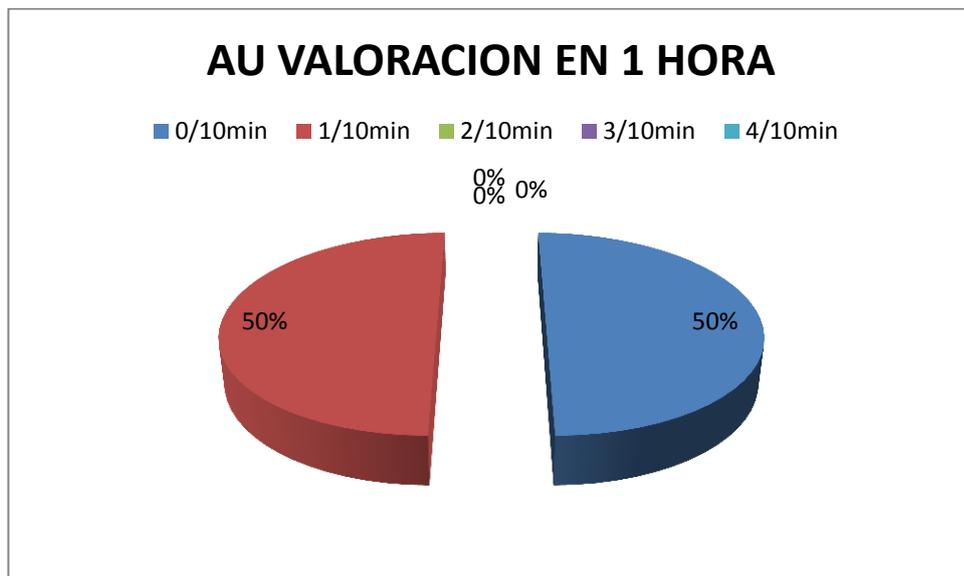
TABLA N° 3.1

**ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS POST ÚTERO INHIBICIÓN CON
DIDROGESTERONA VALORADA EN 60 MINUTOS**

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS	VALORACION LUEGO DE 1 HORA DE INICIADO TRATAMINETO DIDROGESTERONA	
	Frecuencia	Porcentaje
0/10	13	50%
1/10	13	50%
2/10	0	0%
3/10	0	0%
4/10	0	0%
TOTAL	26	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 3.1



INTERPRETACIÓN:

Luego del tratamiento con didrogesterona y valoradas a los 60 minutos, de las 26 usuarias 13 casos (50%) presentaron 1 contracción en 10 minutos, y 13 casos (50%) presentaron ausencia de actividad uterina.

TABLA N° 3.2

**ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS POST ÚTERO INHIBICIÓN CON
DIDROGESTERONA VALORADA EN 2 HORAS**

CONTRACCION UTERINA EN 10 MINUTOS	VALORACION LUEGO DE 2 HORAS DE INICIADO TRATAMINETO DIDROGESTERONA	
	Frecuencia	Porcentaje
0/10	26	100%
1/10	0	0%
2/10	0	0%
3/10	0	0%
4/10	0	0%
TOTAL	26	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas

Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

INTERPRETACIÓN:

Luego de iniciado el tratamiento con didrogesterona y valoradas a las 2 horas de las 26 usuarias 26 casos (100%) no presentaron actividad uterina.

TABLA N° 4

**EFFECTOS ADVERSOS EN LAS GESTANTES CON AMENAZA
DE PARTO PRETÉRMINO EN RELACIÓN A LA
DIDROGESTERONA (ÚTERO INHIBICIÓN)**

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Cefalea	0	0%
Migraña	0	0%
Metrorragia	0	0%
Alteraciones de la función Hepática	0	0%
Dermatitis alérgica	0	0%
Mastalgia	0	0%
Anemia Hemolítica	0	0%
Angioedema	0	0%
Edema	0	0%
OTRAS:	0	0%
TOTAL	0	0%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

INTERPRETACIÓN:

De 26 gestantes seleccionadas manejadas con didrogesterona 26 casos (100%) no presentaron reacciones adversas

RESULTADOS ESPECÍFICOS DE USUARIAS
CON DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO TRATADAS CON NIFEDIPINO

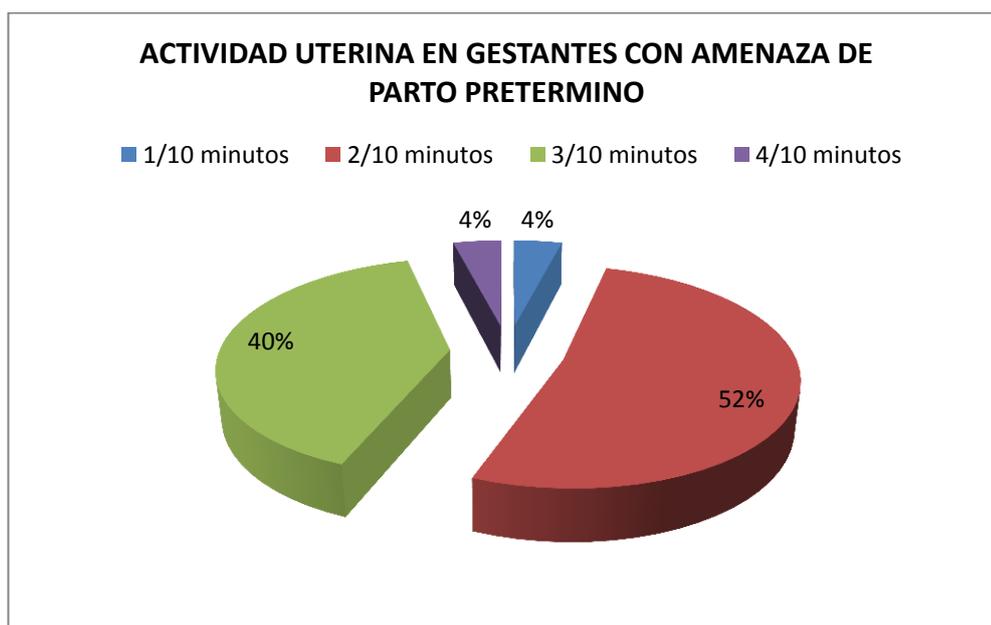
TABLA N° 9

ACTIVIDAD UTERINA EN GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO TRATADAS CON NIFEDIPINO

Contracciones en 10 minutos	Frecuencia	Porcentaje
1/10	1	4%
2/10	13	52%
3/10	10	40%
4/10	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 4



INTERPRETACIÓN:

De 25 gestantes seleccionadas para útero inhibición con nifedipino, 13 casos (52%) presentan 2 contracciones en 10 minutos, seguida de 10 casos (40%) presentan 3 contracciones en 10 minutos, y 1 caso (4%) presentan 1 contracción en 10 minutos, y finalmente 1 caso (4%) presentan 4 contracción en 10 minutos.

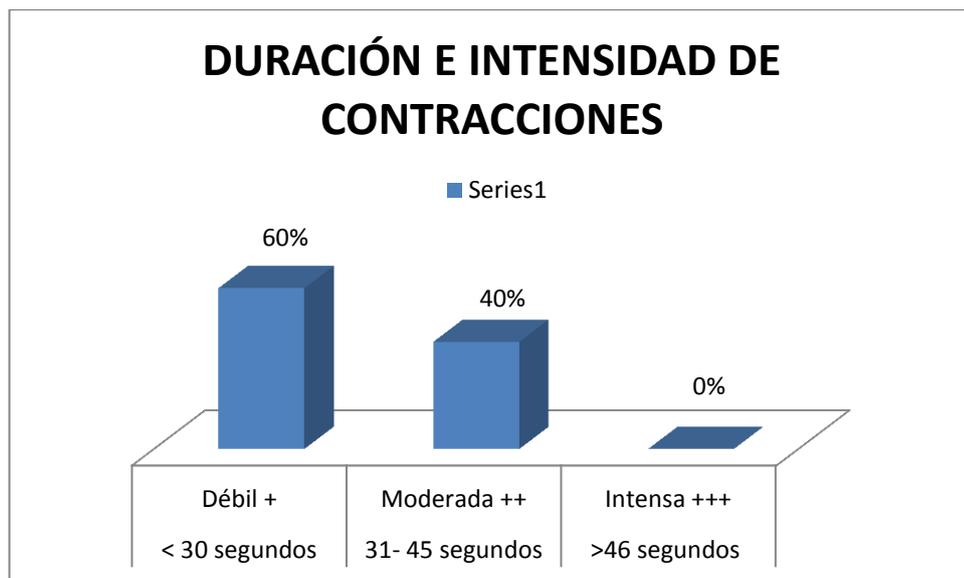
TABLA N° 10

**DURACIÓN E INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS
PRESENTADAS EN GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO TRATADAS CON NIFEDIPINO**

Duración de contracciones	Intensidad de contracciones	Frecuencia de gestantes	Porcentaje
< 30 segundos	Débil +	15	60%
31- 45 segundos	Moderada ++	10	40%
>46 segundos	Intensa +++	0	0%
TOTAL		25	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 5



INTERPRETACIÓN

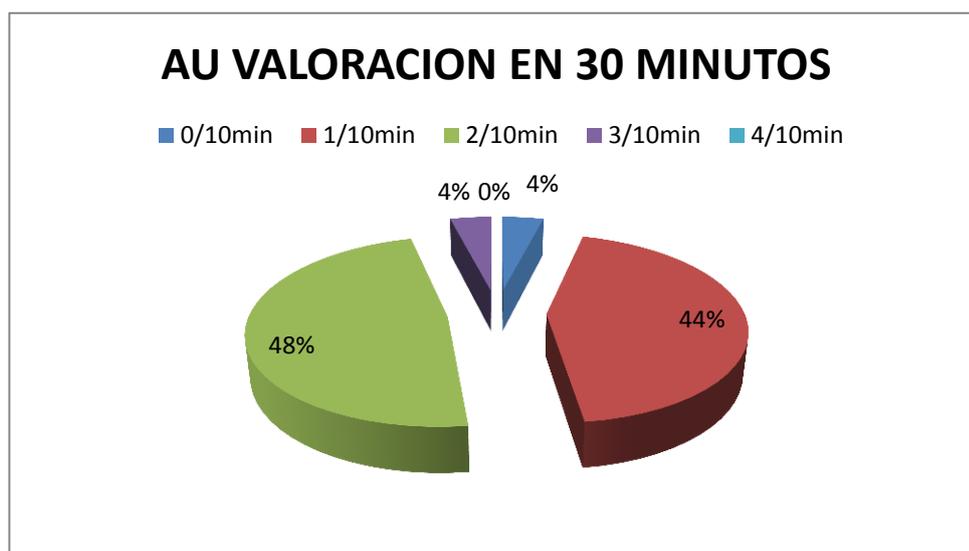
De 25 gestantes seleccionadas para instaurar el tratamiento con nifedipino 15 casos (60%) presentaron contracciones de leve intensidad, seguido de 10 casos (40%) de moderada intensidad.

TABLA N° 11
ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS POST UTERO INHIBICIÓN CON
NIFEDIPINO VALORADA EN 30 MINUTOS

CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS	VALORACION LUEGO DE 30 MINUTOS DE INICIADO TRATAMINETO NIFEDIPINO	
	Frecuencia	Porcentaje
0/10	1	4%
1/10	11	44%
2/10	12	48%
3/10	1	4%
4/10	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
 Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 6



INTERPRETACIÓN:

Luego de iniciado el tratamiento con Nifedipino en 25 usuarias con amenaza de parto pretérmino se realizó una primera valoración a los 30 minutos donde se determinó que 12 casos (48%) presentaron 2 contracciones en 10 minutos, seguida de 11 casos (44%) que presentaron 1 contracción en 10 minutos, 1 caso (4%) con 4 contracciones en 10 minutos al igual que 1 caso (4%) no presentó actividad uterina

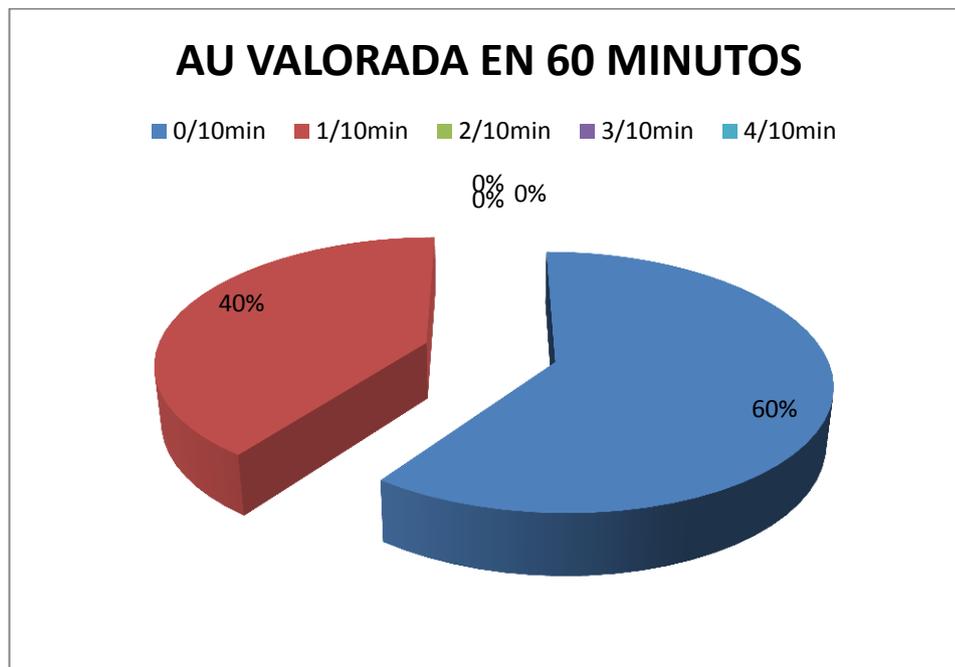
TABLA N° 11.1

ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS POST UTERO INHIBICIÓN CON NIFEDIPINO VALORADA EN 60 MINUTOS

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS	VALORACION LUEGO DE 60 MINUTOS DE INICIADO TRATAMINETO NIFEDIPINO	
	Frecuencia	Porcentaje
0/10	15	60%
1/10	10	40%
2/10	0	0%
3/10	0	0%
4/10	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 6.1



INTERPRETACIÓN:

Luego del tratamiento con Nifedipino y valoradas a los 60 minutos de las 25 usuarias 15 casos (60%) presentaron ausencia de actividad uterina, 10 casos (40%) presentaron 1 contracción en 10 minutos

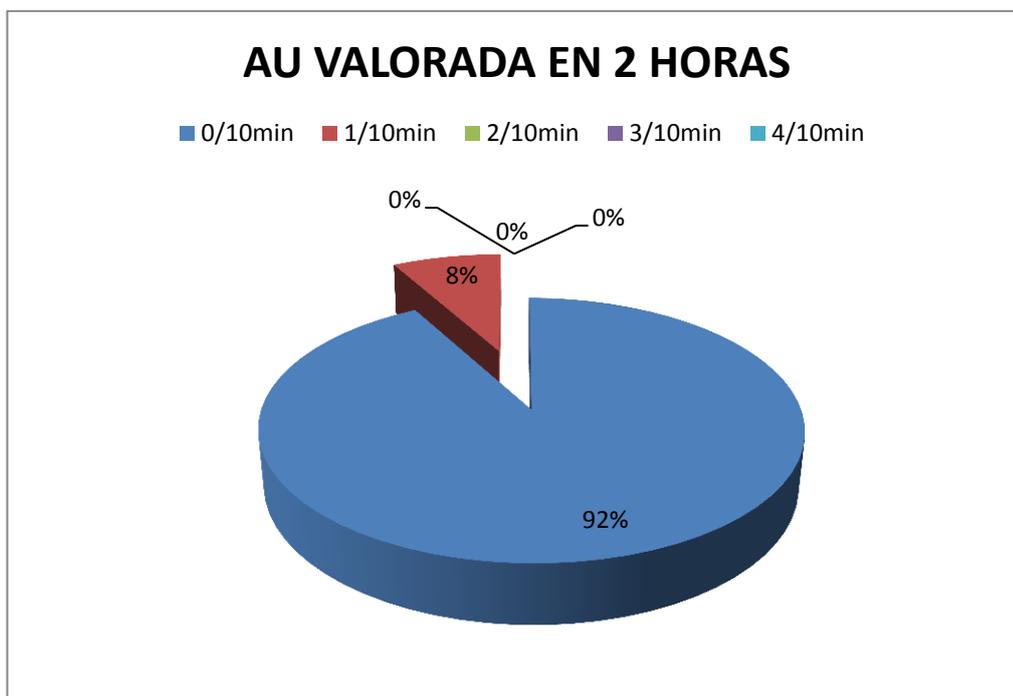
TABLA N° 11.2

ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS POST UTERO INHIBICIÓN CON NIFEDIPINO VALORADA EN 2 HORAS

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS	VALORACION LUEGO DE 2 HORAS DE INICIADO TRATAMINETO NIFEDIPINO	
	Frecuencia	Porcentaje
0/10	23	92%
1/10	2	8%
2/10	0	0%
3/10	0	0%
4/10	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

GRÁFICO N° 6.2



INTERPRETACIÓN:

A las 2 horas post útero inhibición con Nifedipino de las 25 usuarias 23 casos (92%) no presentaron actividad uterina, 2 casos (8%) presentaron 1 contracción en 10 minutos

TABLA N° 11.3

**ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS POST UTERO INHIBICIÓN CON
NIFEDIPINO VALORADA EN 3 HORAS**

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS	VALORACION LUEGO DE 3 HORAS DE INICIADO TRATAMINETO NIFEDIPINO	
	Frecuencia	Porcentaje
0/10	25	100%
1/10	0	0%
2/10	0	0%
3/10	0	0%
4/10	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

INTERPRETACIÓN:

Luego de iniciado el tratamiento con Nifedipino y valoradas a las 3 horas, de las 25 usuarias 25 casos (100%) no presentaron actividad uterina

TABLA N° 12

EFFECTOS ADVERSOS DEL NIFEDIPINO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Sintomatología	Frecuencia	Porcentaje
Cefalea	0	0%
Migraña	0	0%
Metrorragia	0	0%
Alteraciones de la función Hepática	0	0%
Dermatitis alérgica	0	0%
Mastalgia	0	0%
Anemia Hemolítica	0	0%
Angioedema	0	0%
Edema	0	0%
OTRAS:	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Datos recolectados de pacientes e historias Clínicas
Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

INTERPRETACIÓN:

De las 25 gestantes seleccionadas 25 casos (100%) no presentó reacciones adversas.

TABLA N° 13

FÁRMACO:	VALOR UNITARIO	TRATAMIENTO 3 DÍAS		VALOR TOTAL
		40mg STAT luego 10mg c/8 horas (primer día)	10 mg cada 8 horas (dosis de mantenimiento 48 horas luego)	
DIDROGESTERONA tabletas 10 mg	0.84	7	6	10.92

Fuente: Farmacias de la ciudad de Loja y Bibliografías de MSP y monografías
 Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

FÁRMACOS:	VALOR UNITARIO	Tratamiento en 3 Días	Tratamiento en 5 Días
		10mg C/20 min x 3 ocasiones mantenimiento 10mg c/8 Horas	10mg C/20 min x 3 ocasiones mantenimiento 10mg c/8 Horas
NIFEDIPINO	0.08	12	18
TOTAL		0.96ctv	1.44ctvs

Fuente: Farmacias de la ciudad de Loja y Bibliografías de OMS, MSP y monografías
 Autora: Paulina Nataly Ríos Jaramillo

INTERPRETACIÓN:

El tratamiento recomendado en la amenaza de parto pre término a base de didrogesterona está recomienda por el lapso de 72 horas, en donde se utilizan el primer día 7 tabletas con un valor unitario de 0.84 centavos, los dos días siguientes se utilizan 3 tabletas; el costo total de tratamiento es de 10.92.

EL tratamiento de útero inhibición a base de nifedipino esta recomendad por algunos autores por 72 horas, en donde se utilizan por día 18 tabletas con un valor unitario de 0.08 centavos, el costo total de tratamiento es de 0.96ctvs. Otros autores recomiendan su uso por 5 días lo que nos daría un costo total de tratamiento de 1.44

DISCUSIÓN

9. DISCUSIÓN

Como parte general se investigó sobre datos específicos de las usuarias como: edad cronológica, su estado civil, ocupación, paridad, edad gestacional y la patología base que desencadena la amenaza de parto pre término.

En la literatura revisada de la “Coordinación científica EPS SURA publicada en el mes de Marzo de 2013” se pone en manifiesto que uno de los factores de riesgo para la amenaza de parto pre término es la edad cronológica comprendida en menores de 17 años o mayores de 35 años. En el proyecto de tesis del Dr. Pedro Romo Laris, Universidad de Colima en el año de 2007 menciona de igual manera que la edad de las pacientes es uno de los factores predisponentes más importantes, de igual manera como en otras literaturas son las edades menores de 17 años y mayores de 35 años; estos datos se relacionan con los obtenidos en este trabajo investigativo donde se presentaron 26 casos (50.98%) donde las usuarias se encuentran entre la edad de 17 a 25 años

El estudio realizado por el Dr. Byron Inga y el Dr. Iván Veliz, en 2011 publicado en la universidad Técnica de Babahoyo donde las gestantes tanto primigestas como multíparas en un 40% son las usuarias con que mayor frecuencia presentan amenaza de parto pre termino. En el trabajo investigativo de la Dra. Olga Estrada, publicado en el año de 2013, en la universidad de Guayaquil determino que el 61% son usuarias multíparas, estos datos no se relacionan con los resultados de mi estudio ya que en los resultados se encontró que un 43.13% son gestantes primíparas

En la tesis presentada por Dr. Fabricio Triviño y el Dr. Rodrigo Castro Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en el año 2010, determinaron que otro factor de riesgo es el estado civil de la paciente, donde se determinó que el estado civil más frecuente era la unión libre con el 70.07%. Estos datos no se relacionan con la investigación que se realizó, puesto que un 47.05% de las gestantes estudiadas son casadas.

El trabajo investigativo de la Dra. Olga Estrada, publicado en el año de 2013, en la universidad de Guayaquil, determina que la ocupación es un determinante para la amenaza de parto pre término, en su estudio el 92% de las gestantes se dedican a quehaceres domésticos, estos datos se relacionan con los resultados de la investigación en donde un 49.01% son amas de casa.

El estudio presentado por en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en el año 2010 por el Dr. Fabricio Triviño y el Dr. Rodrigo Castro indican que el 46.47% de las usuarias con amenaza de parto pre termino se encontraban en una EG comprendida entre las 34- 36.6 semanas, estos datos coinciden con los resultados obtenidos en donde el 47.05% de las usuarias se encuentran en una EG entre 32 a 36.6 semanas.

En varias literaturas como: Botero, Rouda; como en trabajos investigativos realizados en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara- Venezuela por el Dr. Pedro Faneite y el Dr. Ramón Gómez en 2006, indican que una de las patologías de base para que se produzca la Amenaza de parto pretérmino son las IVU en un 68.69%, estos se relacionan con los datos obtenidos ya que en el presente estudio la patología que con mayor frecuencia se asoció a la amenaza de parto pre termino fueron las infecciones de vías urinarias

El tratamiento de elección para la amenaza de parto pre término en nuestro medio, como a nivel internacional se basa en el uso de tocolíticos principalmente los bloqueadores de Calcio (Nifedipino), betabloqueantes (Fenoterol), Antagonistas de oxitocina como lo mencionan varios autores Botero, Williams y varias Guías Clínicas de Amenaza de parto pre término.

Se ha propuesto estudiar la utilización de la didrogesterona en la amenaza de parto pre término, mismo que en el presente trabajo investigativo ha tenido buenos resultados.

Por no haber estudios investigativos sobre la utilización de la didrogesterona en la patología en estudio, y conociendo sobre los mecanismos de esta

droga sobre la musculatura uterina es de interés conocer cuáles son los resultados en las gestantes con amenaza de parto pretérmino tratadas con dicho fármaco, es por eso que los datos obtenidos en la investigación son resultados únicos y las comparaciones que se han llegado a obtener es sobre dosis orales de progesterona diferentes a las utilizadas en esta investigación

Literaturas tales como González Merlo, Cifuentes, OMS, consideran un diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino cuando las usuarias presentan actividad uterina más cambios cervicales, de las 26 usuarias con amenaza pretérmino tratadas con didrogesterona 12 casos (46.15%) llegaron al servicio de Gineco- Obstetricia con AU de 3 contracciones en 10 minutos. La intensidad de las contracciones en mayor porcentaje 53.84% fueron de moderada intensidad.

En el Hospital Nacional Especializado de Maternidad, la Dra. Nancy Martínez, presenta el estudio titulado “PROGESTERONA MICRONIZADA VIA ORAL COMO TOCOLITICO COADYUVANTE EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL AÑO 2011” en donde obtuvo los siguientes resultados: el uso de progesterona como tocolíticos resuelve el evento entre las 2 a 3 horas de tratamiento. Estos resultados son similares a los obtenidos; en mi estudio se determinó que en la valoración realizada a las 2 horas de iniciado el tratamiento el 100% de las usuarias la actividad uterina ceso

En el estudio mencionado en el párrafo anterior las dosis de progesterona micronozada utilizada fueron de 400mg junto a este fármaco se utilizó el fenoterol y como se mencionó anteriormente el efecto tocolítico se evidencia entre las 2 a 3 horas de tratamiento, en relación a los resultados obtenidos una dosis diaria de didrogesterona como fármaco único para la amenaza de parto pretérmino es de 70 mg lo que demuestra que con dosis bajas se consigue el cese de actividad uterina.

El Comité de “Medicina Materna Fetal” de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Canadá refiere que el uso de progesterona como útero inhibidor es eficiente, en retrasar el parto prematuro hasta 5 a 7 días facilitando que el niño reciba los beneficios de la maduración pulmonar; en los resultados que se obtuvieron en la investigación con la utilización de la didrogesterona la amenaza de parto pretérmino se resolvió y ninguno de los casos evoluciono hasta el parto prematuro.

En la literatura de la casa farmacéutica Abbott sobre la didrogesterona reporta que los efectos adversos más frecuentes, (1 a 10%) presentan cefalea o migraña, reacciones adversas que no se presentaron en mi investigación.

El nifedipino se ha convertido en el tratamiento de elección en instituciones públicas de nuestro medio para la amenaza de parto pretérmino por su eficacia en dar oportunidad de maduración pulmonar o para prolongar el embarazo deteniendo la actividad uterina en gestantes con EG menor a 37 semanas.

En la investigación titulada Uso del nifedipino en la Amenaza de parto pre termino publicada en la revista Médica UNAH (Universidad Nacional Autónoma de Honduras) en Enero de 1997 de las 100 usuarias estudiadas un 60% presentaron AU de 2 a 3 contracciones en 10 minutos, en relación al presente estudio de las 25 usuarias tratadas con nifedipino a su llegada al HRIA presentan actividad uterina de 2 contracciones en 10 minutos con un porcentaje del 52%.

En la investigación mencionada anteriormente las contracciones de las usuarias en estudio eran de 30 segundos en un 65%, estos datos de igual manera se relacionan con los obtenidos en la tesis ya que de nuestras 25 gestantes el 60% presentaron contracciones de leve intensidad (menores de 30 segundas)

Estudio realizado en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús, 2011, determinaron que el inicio del efecto tocolíticos del nifedipino se culmina a las 72 horas en un 45%. En la tesis de la Dra. Evelyn Córdova, Universidad De Guayaquil en Febrero 2013 reporta que el 40% de las usuarias el efecto útero inhibidor del nifedipino empieza a actuar entre 20 a 40 minutos; en el estudio el 100% de las usuarias no presentaron AU a las 72 horas luego de iniciado el tratamiento.

De igual manera en la revisión bibliográfica de la tesis de la Dra. Evelyn Córdova, un 4% de las usuarias en estudio presentan reacciones adversas ocasionadas por el nifedipino entre ellas dos de ellas cefalea, y una de ellas nauseas. En la revista Médica UNAH (Universidad Nacional Autónoma de Honduras), en 15 de 100 pacientes estudiadas presentaron taquicardia de 10 latidos por minuto.

A pesar de que en esta investigación ninguna de las usuarias presentaron efectos adversos con el uso del nifedipino, Gari Cunnigan. F, Williams, exponen que sería necesaria más investigaciones para conocer los efectos de las diferentes dosis de Nifedipino sobre el resultado materno y neonatal y aclarar sus potenciales riesgos maternos o fetales debido a que la relajación del músculo liso producida por la Nifedipino no se limita al músculo uterino, sino que incluye a la vasculatura sistémica y la uterina. El descenso de la resistencia vascular inducida por este fármaco podría conducir a hipotensión materna y por lo tanto a disminución de la perfusión útero-placentaria.

De igual manera, en el trabajo realizado por María Eréndira Ortiz Ruiz, Ángel Matute Labrador, Rodrigo Ayala Yáñez en el 2010 y publicado por la revista "Asociación Médica", volumen 55, indican que en las pacientes tratadas con nifedipino un 30% presentaron hipotensión leve luego de 10 minutos luego de la administración sublingual y 20 minutos luego de la administración por vía oral, además se reportaron algunos casos hepatitis e isquemia de miocardio.

Medizzine, Portal hispano de medicina y medicamentos, reportan en el 2009, que tras experimentos en animales con el nifedipino se encontraron efectos embriotóxicos, teratogénicos, fetotóxicos y placentotóxicos, incluyendo distrofias fetales, anomalías en los dedos, deformidades costales, fisuras velo- palatinas y diversas alteraciones placentarias.

La utilización de la didrogesterona se la recomienda por 3 días (Duphaston, Ventajas de la didrogesterona, Abbott), con respecto al tratamiento a base de Nifedipino el MSP recomienda su uso por 3 días; en el Hospital Regional Isidro Ayora se utiliza el nifedipino por 5 días. El costo total del tratamiento con didrogesterona es de 10.92ctv, mientras que el tratamiento con nifedipino (5 días) es de 1. 44 ctvs.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos me permito concluir:

1. En las usuarias tratadas con didrogesterona el 46.15% fueron ingresadas al servicio de Gineco- Obstetricia con 3 contracciones en 10 minutos. El 53.84% de intensidad de 31- 45 segundos de intensidad moderada (++)).
2. Luego del tratamiento con didrogesterona, se realiza una primera valoración a los 30 minutos, determinándose que un 42.30% de las usuarias estudiadas presentaron una contracción en 10 minutos. La segunda valoración se realiza a los 60 minutos, en el 50% la actividad uterina ceso. A las dos horas el 100% no presentaron actividad uterina
3. En las usuarias tratadas con nifedipino, el 52% fueron ingresadas al servicio de Gineco- Obstetricia con 2 contracciones en 10 minutos. El 60% de intensidad >30 segundos de leve intensidad (+)
4. Luego del tratamiento con nifedipino, se realiza una primera valoración a los 30 minutos, determinándose que un 48% de las usuarias estudiadas presentaron dos contracciones en 10 minutos. La segunda valoración se realiza a los 60 minutos, en el 60% la actividad uterina ceso. A las dos horas el 92% de las gestantes no presentaron actividad uterina. A las 3 horas el 100% no presentaron actividad uterina.
5. Tanto en el tratamiento con didrogesterona como en el tratamiento con nifedipino el 100% las gestantes no presentaron efectos adversos.
6. En relación al costo del tratamiento de la Amenaza de parto pretérmino, el nifedipino es un 86.81% más barato que la didrogesterona, además el nifedipino es parte del protocolo dispuesto por el MSP. Sin embargo la didrogesterona es accesible a la mayoría de la población y por sus resultados se convierte en una alternativa de tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. El control prenatal precoz, periódico, oportuno y de calidad, como método de prevención y detección de complicaciones materno-fetales; debe implementarse en todas las usuarias, con la finalidad de determinar y tratar las complicaciones que ponen en riesgo la salud y la vida del binomio madre- hijo, además se recomienda el control prenatal como una herramienta de fácil acceso y bajo costo.
2. La didrogesterona por su eficacia, ausencia de efectos adversos sé cómo un fármaco de elección para la amenaza de parto pretérmino y acorde al protocolo del MSP para el manejo de la APP, por lo que se recomienda su empleo.
3. Es necesario la realización de nuevas investigaciones con una mayor muestra de usuarias, para corroborar los resultados obtenidos en el presente trabajo o para evaluar otros parámetros que no se pudieron encontrar en la presente investigación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrero Roura L., Cabrillo Rodríguez E. Prevención del parto pre término. Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo I. España: Madrid. Panamericana. 2003. 526-531
2. Cifuentes B. R. Parto pre término Intervenciones farmacológicas basadas en la evidencia. Ginecología y Obstetricia. 2da edición. Colombia. Distribuna. 2009. 319- 326
3. Cifuentes B. R. Parto pre término Factores predictivos. Ginecología y Obstetricia. 2da edición. Colombia. Distribuna. 2009.326- 332.
4. CCAP. Volumen 9 numero 4 DIDROGESTERONA Bibliografía Casa farmacéutica ABBOTT
5. Gonzalez L, Puigventós F. Actualización del protocolo de Amenaza de Parto Prematuro (APP). Portal Farmacoterapia Hospital Universitario.Palma de Mallorca 2012. Consultado 05/03/2013. Disponible en URL:http://www.elcomprimido.com/FARHSD/PROT_PARTOPREMATURO_HUSE_ACTUALIZACION_2012.doc Consultado Enero 2012OBJETIVOS
6. OCHOA, A., PEREZ, J. Amenaza de parto Pretérmino. Ruptura prematura de membranas. Coriamnionitis. URL: scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia3.pdf
7. Boletín de la Organización Mundial de la Salud URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
8. Guías Clínicas Minsal 2010, Ministerio de Salud de Chile. URL: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>
9. Guía de Prácticas Clínicas. Amenaza de Parto Pretérmino. Dra. Laterra Cristina, Andina Elsa ,Di Marco Ingrid. Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. URL: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/Guias-AmenazaPartoPrematuro.pdf>

10. PROGESTERONA EN LA PREVENCIÓN DE LA PREMATURIDAD; Setefilla López Criado, Ángel Santalla Hernández, Irene Vico Zúñiga, José Luis Gallo Vallejo URL: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ ficheros/curso2012_mmf_02_progesteronaprevenciondra_lopez_criado.pdf
11. Koucký M, Germanová A, Hájek Z, Parížek A, Kalousová M, Kopecký P. Prenatal and perinatal management of preterm labour. Prague Med Rep 2009; páginas: 269-277.
12. Botero Uribe J., Jubizhazbún A., Henao G. Segunda Parte Medicina Materno Infantil, Atención pre natal. OBSTETRICA Y GINECOLOGIA. 7ma edición. Colombia: Universidad de Antioquia. Qubecor World.2004. 108-126
13. Organización Mundial de Salud OMS. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros». 2013
14. Progestational effects of dydrogesteron en in vitro, in vivo, and on the human endometrium. Adolf E. Schindler. Institute for Medical Research and education, Huferlandtrasse 55. Germany.
15. Dra. María Carpio Coordinadora de la res de salud pública de Loja.
16. Ensayos/Amenaza de parto pre término73405562.html
17. Cunningham G., Levno K., Bloom S., Haut J., Rouse D., Spong G., ParoPrematuro. Williams. Obstetricia. 23va. Colombia: Bogotá. McGRAW-HILL. 2011. 804-831
18. Estrada Carrillo Olga. 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". Universidad de Guayaquil.

19. Romo Laris Pedro. FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES QUE PRESENTARON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. Universidad de Colima. 2006
20. CÓRDOVA BERMÚDEZ EVELYN. Efecto del nifedipino como agente tocolítico en la amenaza de parto pretérmino. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL. 2013
21. INGA UBIDIA B., VELIZ I. Amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden a la consulta Gineco obstétrica del Hospital Martín Icaza. Universidad Técnica de Babahoyo. 2011.
22. Abad Zurita A. Nifedipino como útero inhibidor y sus efectos colaterales en amenaza de parto pretérmino. Estudio de casos en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús. Guayaquil. 2011
23. Triviño García F. Nifedipino como útero inhibidor y sus efectos colaterales en amenaza de parto pretérmino. Estudio de casos en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús. Manabí. 2010
24. Revista Médica UNAH Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Volumen 2. 1997
25. T Cobo, M López, M Palacio. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínico de Barcelona. PROTOCOLOS MEDICINA MATERNOFETAL: MANEJO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO. Fecha de creación: 03/06/08. Última actualización: 17/01/10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192012000100012
26. Guías Clínicas Medicina Fetal Perinatal Servicio de Medicina Materno- Fetal. Hospital Clínica Barcelona. España. 2012
27. R amis M, Febles M, Le-Senne C, Tejedor A, Usandizaga M. Resultados de la experiencia de uso de nifedipino en el Hospital Son Dureta. Comunicación a Congreso SEGO, junio 2005. [Accedido 10 Abril 2008.] En: Informe: nifedipino para el tratamiento tocolítico en amenaza de parto prematuro como indicación no recogida en ficha

técnica. 2005;32-41. 10/01/214 Disponible en:
[http://www.elcomprimido.com/FARHSD/
EVALNIFEDIPINODossierCompletoMayo2005.doc](http://www.elcomprimido.com/FARHSD/EVALNIFEDIPINODossierCompletoMayo2005.doc)

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA



CARRERA DE MEDICINA HUMANA

NIVEL DE GRADO

Número de Historia Clínica	
Edad:	
FUM:	
FPP:	
Edad Gestacional por FUM:	
Edad Gestacional por ECO:	

DIAGNÓSTICO:

Actividad Uterina en 10 minutos	Duración de Contracciones	Intensidad de contracciones	
1/10 <input type="checkbox"/>	<30 segundos	Débil +	<input type="checkbox"/>
2/10 <input type="checkbox"/>	31- 45 segundos	Moderada ++	<input type="checkbox"/>
3/10 <input type="checkbox"/>	>46 segundos	Grave +++	<input type="checkbox"/>
4/10 <input type="checkbox"/>			

Fármaco utilizado:

1. NIFEDIPINO

Dosis Inicial: 10mg c/20min por 3 dosis

Dosis de Mantenimiento 10mg c/8horas

Actividad Uterina en 10 minutos Valorada luego de iniciado el tratamiento en:			
CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS	30 minutos	60 minutos	48 horas
1/10			
2/10			
3/10			
4/10			

TOTAL DE TRATAMIENTO			
DIAS		COSTO POR DIA	VALOR TOTAL DE TRATAMIENTO
1			
2			
3			
4			
5			

EFFECTOS ADVERSOS

Edema Periférico	
Hipotensión	
Palpitaciones	
Síncope	
Arritmias	
Taquicardia	
Mareos	
Cefalea	
Somnolencia	
Parestesias/ Debilidad	
Rash/ prurito/ Urticaria	
Flatulencia/retortijones/ dispepsia/diarrea	
Anemia/ Leucopenia/ Trombocitopenia	
Congestión nasal/ Respiración Jadeante/ Disnea	

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA



CARRERA DE MEDICINA HUMANA

NIVEL DE GRADO

Número de Historia Clínica	
Edad:	
FUM:	
FPP:	
Edad Gestacional por FUM:	
Edad Gestacional por ECO:	

DIAGNÓSTICO:

Actividad Uterina en 10 minutos	Duración de Contracciones	Intensidad de contracciones	
1/10 <input type="checkbox"/>	<30 segundos	Débil +	<input type="checkbox"/>
2/10 <input type="checkbox"/>	31- 45 segundos	Moderada ++	<input type="checkbox"/>
3/10 <input type="checkbox"/>	>46 segundos	Grave +++	<input type="checkbox"/>
4/10 <input type="checkbox"/>			

Fármaco utilizado:

1. DIDROGESTERONA

Dosis Inicial: 40mg STAT

Dosis de Mantenimiento 10mg c/8horas

Actividad Uterina en 10 minutos Valorada luego de iniciado el tratamiento en:			
CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS	30 minutos	60 minutos	48 horas
1/10			
2/10			
3/10			
4/10			

TOTAL DE TRATAMIENTO			
DIAS		COSTO POR DIA	VALOR TOTAL DE TRATAMIENTO
1			
2			
3			
4			
5			

EFFECTOS ADVERSOS

Cefalea	
Migraña	
Metrorragia	
Alteraciones de la función Hepática	
Dermatitis alérgica	
Mastalgia	
Anemia Hemolítica	
Angioedema	
Edema	
OTRAS:	

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad.

Yo,....., como paciente o yo,....., como su representante, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADO/A por el Dr.....en entrevista personal realizada el día....., de que es necesario que se me aplique el tratamiento a base de hidrogesterona para la amenaza de parto prematuro.

Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas sobre la naturaleza y propósitos del procedimiento, beneficios, riesgos, alternativas y medios con que cuenta el Hospital para su realización, habiendo tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO:

Que he entendido y estoy satisfecho de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso médico citado.

Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico terapéutico:

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento

Firma del paciente y CI
(O su representante legal)

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento.

Firma del testigo y CI

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pagina
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
1. TÍTULO	1
2. RESUMEN	2
2.1 SUMMARY	5
3. INTRODUCCIÓN	8
4. PROBLEMATIZACIÓN	10
5. OBJETIVOS	13
6. REVISIÓN DE LITERATURA	14
6.1 AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	15
6.1.1 Definición	15
6.1.2 Incidencia	15
6.1.3 Epidemiología	16
6.1.4 Sintomatología	17
6.1.5 Factores de Riesgo Asociados	17
6.1.6 Evaluación de Riesgo	19
6.1.7 Diagnostico	19
6.1.8 Signos de alarma	21
6.1.9 Complicaciones	21
6.1.10 Tratamiento	21
6.2 NIFEDIPINO	29
6.2.1 Indicaciones terapéuticas	29
6.2.2 Farmacocinética y farmacodinamia	29
6.2.3 Contraindicaciones	29
6.2.4 Reacciones secundarias y adversas	30

6.2.5	Interacciones medicamentosas y de otro género	30
6.2.6	Dosis y vía de administración	31
6.3	DIDROGESTERONA	32
6.3.1	Indicaciones terapéuticas	32
6.3.2	Química	32
6.3.3	Farmacocinética y farmacodinamia	33
6.3.4	Contraindicaciones	34
6.3.5	Restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia	34
6.3.6	Reacciones secundarias y adversas	35
6.3.7	Interacciones medicamentosas y de otro género	35
6.3.8	Alteraciones en los resultados de pruebas de Laboratorio	35
6.3.9	Dosis y vía de administración	35
6.3.10	Presentaciones	36
7.	MATERIALES Y MÉTODOS	38
7.1	TIPO Y ÁREA DE ESTUDIO	38
7.2	UNIVERSO Y MUESTRA	38
7.3	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS	39
7.4	VARIABLES E HIPÓTESIS	40
8	RESULTADOS	44
9	DISCUSIÓN	70
10	CONCLUSIONES	76
11	RECOMENDACIONES	78
12	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
13	ANEXOS	85