UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

"Factores de riesgo en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015"

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA: López Márquez, Sandra Beatriz

DIRECTORA: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

LOJA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.
DIRECTORA DE TESIS

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo denominado: "Factores de riesgo en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el hospital Isidro Ayora de Loja; de agosto a noviembre 2015" realizado por el profesional en formación: López Márquez Sandra Beatriz; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Nacional de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, 16 de septiembre del 2016

f)……
Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Loja, 16 de Septiembre de 2016

AUTORÍA

Yo López Márquez Sandra Beatriz declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición de la Universidad Nacional de Loja y las leyes que conforman en la realización de trabajas investigativos para el fin de estudios de pregrado.

.

Firma: .....

Autora: Sandra Beatriz López Márquez

Cédula: 1105169690

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Sandra Beatriz López Márquez declaro ser autora de la tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DE AGOSTO A NOVIEMBRE 2015", 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 el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia que realice de la tesis un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días, del mes de septiembre, del dos mil dieciséis, firma el autor.

Firma: .....

Autora: Sandra Beatriz López Márquez

Cédula: 1105169690

Dirección: San Cayetano Bajo **Correo Electrónico:** sandra.lopezmarquez73@gmail.com

Teléfono: 2578140 **Celular:** 0994866991

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de tesis: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Tribunal de Grado: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Dr. Augusto Yamil Prado Falconi, Esp.

DEDICATORIA:

Al concluir el presente trabajo de investigación dejo constancia de mis sinceros agradecimientos a todos los docentes que participaron durante mi carrera estudiantil al compartir sus sabios conocimientos y a todos mis familiares y amigos que generosamente siempre están ahí para apoyarme y poder alcanzar todas mis metas propuestas

A todos gracias.

Sandra

AGRADECIMIENTO

A DIOS, forjador de cada pensamiento y acción, quien me ha dado la fuerza para llevar a feliz término este sueño.

A las Autoridades de la Universidad Nacional de Loja, de la Carrera de Medicina Humana, y en especial la Dra. Karina Calva por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

A las personas del Hospital General Isidro Ayora de Loja ya que sin su apertura y ayuda incondicional no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Sandra

ÍNDICE

Caratula	**I**
Certificación	**II**
Autoría	**III**
Autorización	**IV**
Dedicatoria	**V**
Agradecimiento	**VI**
Índice	**VII**
Título	**1**
Resumen	**2**
Abstract	**3**
Introducción	**4**
Revisión de literatura	**8**
Definición	**8**
Clasificación	**8**
Embarazos menores a 32 semanas	**8**
Embarazos mayores a 32 semanas	**8**
Etiopatogenia	**9**
Factores de riesgo	**10**
Infección de vías urinarias	**11**

Signos y síntomas de infección vaginal según etiología 13

Tratamiento de la infección vaginal 13

Acciones a desarrollar 14

Nivel primario 15

Estilo de vida y conductas 15

Suplementos nutricionales 15

Cuidado odontológico 15

Pesquisa de infecciones urinarias 15

Nivel secundario 16

Estilo de vida 16

Suplementos nutricionales 16

Antibioticoterapia en vaginosis bacteriana. 16

Uso de Progesterona 16

Ecografía transvaginal para medición de longitud cervical 17

Nivel terciario 18

Test de Fibronectina 18

Ecografía transvaginal mujeres sintomáticas 18

Diagnóstico de la Amenaza de Parto Pretérmino (APP) 18

Condiciones para la uteroinhibición de la APP 19

Evaluación clínica y obstétrica 20

Controles materno-fetales durante el tratamiento de ataque **21**

Reposo en cama **21**

Terapia tocolítica **21**

Atosibán **22**

Agentes betamiméticos **22**

Bloqueantes cálcicos **22**

Sulfato de magnesio **22**

Indometacina **23**

Progesterona **23**

Maduración pulmonar fetal (MPF) **24**

Dosis de tocolíticos usados en la amenaza de parto pretérmino **24**

Metodología **25**

Resultados **26**

Discusión **29**

Conclusión **36**

Recomendaciones **38**

Bibliografía **39**

Anexos **40**

43

TÍTULO

“Factores de riesgo en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015”

RESUMEN

El presente trabajo investigativo, trata sobre factores de riesgo en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015, donde se consideró como objetivo general: Determinar los factores de riesgo que inciden en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres que ingresan al Hospital Isidro Ayora de Loja desde agosto a noviembre 2015; y objetivos específicos: Determinar la incidencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015; Identificar las patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja de agosto a noviembre 2015; Establecer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015; estudio descriptivo retrospectivo, cuantitativo trasversal, universo de 569 pacientes atendidas durante dicho periodo, de las cuales 182 resultaron con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino; se hizo uso del método de observación y como instrumentos se utilizaron fichas de recolección de datos hacia las historias clínicas de cada paciente en el Hospital Isidro Ayora de Loja. Como resultados se obtuvo, desde el punto de vista de la incidencia de amenaza de parto pretérmino en un promedio de 32% de las pacientes ingresadas al servicio de gineco-obstetricia; mientras que las patologías de riesgo de amenaza de parto pre termino fueron infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales y los antecedentes gineco-obstétricos fueron de pacientes primigestas con una media de dos parejas sexuales. Llegando a la conclusión que los factores de riesgo en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el hospital Isidro Ayora de Loja en este periodo son infecciones de vías urinarias con predominio del agente causal de Escherichia Coli e infecciones vaginales con Gardenella vaginalis.

.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, amenaza de parto pretérmino.

ABSTRACT

This research work deals with risk factors in patients with premature birth at the Isidro Ayora Hospital of Loja, from August to November 2015, where it was considered as main objective: To determine the risk factors that affect in women with premature labor at the Isidro Ayora Hospital of Loja from August to November 2015, also specific objectives are: to determine the frequency of premature labor at the Isidro Ayora hospital of Loja, from August to November 2015. To identify risk pathologies of premature childbirth at the Isidro Ayora hospital of Loja, from August to November 2015; to establish gynecologists-obstetric history of the patients treated at the Isidro Ayora hospital of Loja, from August to November 2015; in addition, a retrospective study as transversal quantitative from 596 treated patients during this period, where 182 patients reflected preterm labor. Besides, Obsevation method was used as well as data collection sheets were used as instruments from medical records of each patient at the Isidro Ayora Hospital of Loja. The results reflected that 32% of patients were admitted to the gynecologists-obstetric service by incidence of preterm labor, meanwhile the pathologies of the premature labor were caused by Urinary tract infections (UTIs) and vaginal infections, whereas gynecologists and obstetric history were first pregnancy patients with an average of two sexual partners. Concluding that the risk factors in patients with preterm labor treated at the hospital Isidro Ayora hospital of Loja during the period were caused by urinary tract infection (UTIs) with the causative agent of Escherichia coli and vaginal infections with Gardenella vaginalis.

KEYWORDS: Risk factors, preterm labor (premature labor, premature birth, premature deliver)

Revised by: Anderson Fernando Reyes Benitez
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION MENCION IDIOMA INGLES
Registro: 1008-15-1421365

INTRODUCCIÓN

Amenaza de parto pretérmino es definido como la presencia de actividad uterina asociada a cambios cervicales entre las semanas 20 y 37 de gestación siendo responsable del 70% de la mortalidad perinatal y el 75% de la morbilidad. Puede ser clasificado en aquel que debido a determinadas condiciones maternas o fetales indican la interrupción del embarazo, lo cual ocurre en un 30-35% de los casos, o espontáneo el cual es observado en el 70% restante. (Narcisa, 2014)

Se estima que el parto pretérmino ocurre en aproximadamente un 10% de todos los embarazos, siendo variable en las diferentes poblaciones debido a los factores demográficos de las mismas, encontrando una prevalencia que varía entre el 6.5 y el 11%. (Narcisa, 2014)

La amenaza y el parto pretérmino son considerados esencialmente una enfermedad social, lo que explica porque, en los países pobres, las minorías postergadas, presenten cifras superiores al 20% de los partos.

Se conoce que la incidencia de amenaza de parto pretérmino en países desarrollados es de alrededor del 5-10%. Pero en países como el nuestro (en vías de desarrollo) no hay estadísticas confiables, estimándose entre el 10% y el 15%, variando de una población a otra. Es importante destacar que, el mismo constituye la principal causa de morbimortalidad perinatal a nivel mundial, por lo cual es necesario identificar a aquellas pacientes sobre las qué, determinadas acciones podrían resultar beneficiosas, disminuyendo así la frecuencia de Recién nacidos Prematuros (Narcisa, 2014)

Esta es una causa importante de morbimortalidad neonatal; se asocia con 60-80% de muertes en infantes sin anormalidades congénitas; entre los problemas frecuentes se asocian síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia interventricular, sepsis, parálisis cerebral, déficit intelectual, ceguera e hipoacusia. Por lo anterior, es importante saber reconocerlo teniendo en cuenta los factores de riesgo de cada paciente mediante la realización de una adecuada historia clínica, tomar medidas para prevenirlo y manejarlo a tiempo.
Entre los factores de riesgo se encuentran: (Osorio & Garcia, 2015)
Antecedente de parto pretérmino: 15% después de uno, 30% si fueron dos partos pretérmino. Este antecedente incrementa de 1,5 a 2 veces el riesgo.

Es importante tener en cuenta el número de partos anteriores y la edad gestacional a la que ocurrieron.

En las mujeres con antecedente de embarazo múltiple, el riesgo de parto pretérmino en el siguiente embarazo simple varía dependiendo de la edad gestacional del parto múltiple, con un riesgo de recurrencia de cerca de 40% si el parto fue menor de las 30 semanas. (Osorio & Garcia, 2015)

Longitud cervical corta.

Factores epidemiológicos y ambientales: factores socioeconómicos y psicosociales, afroamericanas (16-18%), abuso de sustancias (tabaquismo), factores nutricionales (bajo peso materno, índice de masa corporal (IMC) menor de 19,8) y periodo intergenésico corto (el riesgo de efectos secundarios fetales adversos disminuye si el periodo entre los partos es de 18 a 23 meses).

Infecciones (25-40%, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, Gardnerella vaginalis, peptostreptococcus y bacteroides), vaginosis bacteriana (12-25%), sangrado vaginal, infección de vías urinarias y periodontales; sin embargo, no se ha demostrado que realizar tratamiento para estas patologías disminuya el riesgo de parto pretérmino.

Embarazo múltiple: 50% de mujeres con embarazos múltiples van a tener el parto antes de las 37 semanas.

Ruptura prematura de membranas (1/3).

Extirpación amplia con asa de la zona de transformación (LLETZ, Large Loop Excision of the Transformation Zone). Esta incrementa el riesgo 2,8 veces con un procedimiento y 9,9 veces con dos procedimientos.

Cirugía cervical previa, como dilatación y curetaje, se asocian con mayor riesgo de parto pretérmino en algunos estudios debido a colonización intrauterina y lesión del endometrio.

Antecedente de anormalidad uterina congénita.

Condiciones maternas (preeclampsia y diabetes) o fetales (retraso del crecimiento intrauterino) (Osorio & Garcia, 2015)

El Ecuador tiene actualmente una población estimada de alrededor de 16 millones de habitantes y el número de nacidos vivos cada año es de 300.000. Desde la década de los noventa, la mortalidad infantil se ha ido reduciendo progresivamente; sin embargo, el segmento correspondiente a la mortalidad neonatal y su morbilidad asociada aporta cerca del 60% en muertes de menores de un año. En consecuencia, constituye un desafío para los servicios públicos de salud del país. (MSP E. , 2015)

Se estima que cerca del 70% de esas defunciones de menores de 28 días ocurre en la primera semana de vida. Los RN de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 gramos al nacer) representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 40% de la mortalidad infantil.

El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6% y 10%. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. (Belarús 4,1; Ecuador 5,1; Letonia 5,3; Finlandia, Croacia y Samoa 5,5; Lituania y Estonia 5,7; Barbados/Antigua 5,8; Japón 5,9).2 Pero paradójicamente, la primera causa de mortalidad infantil en el país, según datos del INEC, es la duración corta de la gestación. (MSP E. , 2015)

En el ámbito local, un estudio realizado por estudiantes de la Universidad Nacional de Loja en el Hospital Isidro Ayora cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo en Amenaza de parto pretérmino periodo 2008 a 2009; en el mismo se pudo constatar que durante el periodo de estudio, existió un total de 2711 pacientes atendidas de las cuales 99 presentaron diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, lo que representa una prevalencia el 3,65%; los factores de riesgo que predominaron fueron Infección de vías urinarias con el 61%, Infecciones genitales que representan el 57%, gestantes con anemia que correspondió al 32%, Antecedente de parto pretérmino reportando valores de 9% y La gestación múltiple junto con la hipertensión gestacional presentaron índices bajos de prevalencia en Amenaza de parto pretérmino constituyendo el 2% de los casos.

Por lo mencionado anteriormente, es fácil comprender que todos los esfuerzos que se haga para prevenir la amenaza y el parto pretérmino, se verán reflejados en la mejoría de los índices de morbimortalidad perinatal.

De esta manera el presente trabajo investigativo tiene como objetivo general: Determinar los factores de riesgo que inciden en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres que ingresan al Hospital Isidro Ayora de Loja desde agosto a noviembre 2015.

Y objetivos específicos: Determinar la incidencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015; Identificar las patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja de agosto a noviembre 2015; Establecer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

En el Hospital Isidro Ayora de Loja de acuerdo al departamento de estadísticas del mismo la amenaza de parto pretérmino (CIE P073) ocupa el tercer lugar dentro de las 10 principales causas de ingreso al departamento de Gineco Obstetricia; por lo tanto al conocer sus factores de riesgo (infección vaginal, IVU, estrés, etc.) que pueden influir en su presentación en esta población, me ha motivado a realizar este estudio.

Los resultados de dicho estudio serán puestos al servicio de la comunidad de tal manera que se les pueda explicar a las madres sobre la importancia del control prenatal, incentivarlas a que al primer síntoma de APP acudan a un centro de salud, adicionalmente se educara a las madres y a la población sobre los factores de riesgo que desencadenan amenaza de parto pretérmino, se trabajará juntamente con director del departamento de Gineco Obstetricia y el resto de obstetras y médicos en lo que concierne a prevención.

REVISIÓN DE LITERATURA

Definición

Se define la amenaza de parto pretérmino (APP) como aquella situación en la que el inicio del trabajo de parto y las modificaciones cervicales suponen un riesgo elevado de que el nacimiento tenga lugar entre la 22 y las 36 semanas completas de gestación. El PP es definido por la Organización Mundial de la Salud como el que ocurre entre las semanas 20 y 37 de gestación. (Laterraa & Susacasab, 2011)

Clasificación. Según su evolución clínica:

- Pretérmino < 32 semanas.
- Pretérmino ≥ 32 semanas (32 a 36 semanas).

Embarazos menores a las 32 semanas. Se dividen a su vez en:

- Extremos: 20 a 27 semanas y,
- Moderados: 28 a 32 semanas.

Tienen mayor morbilidad y mortalidad a corto y largo plazo y se acompañan más frecuentemente de signos clínicos o subclínicos de infección genital y/o urinaria. Son los que tienden a recidivar en embarazos posteriores y clínicamente se acompañan de: enfermedad periodontal, estrés materno o fetal, predominan en ciertas poblaciones como la raza afroamericana e hispana y están asociados a factores genéticos.

La vía de infección más frecuente es la vaginal ascendente. Estudios realizados en membranas de PP espontáneos que terminaron en cesárea encontraron altos porcentajes de infección ocasionada por los mismos gérmenes que se encuentran en vagina.

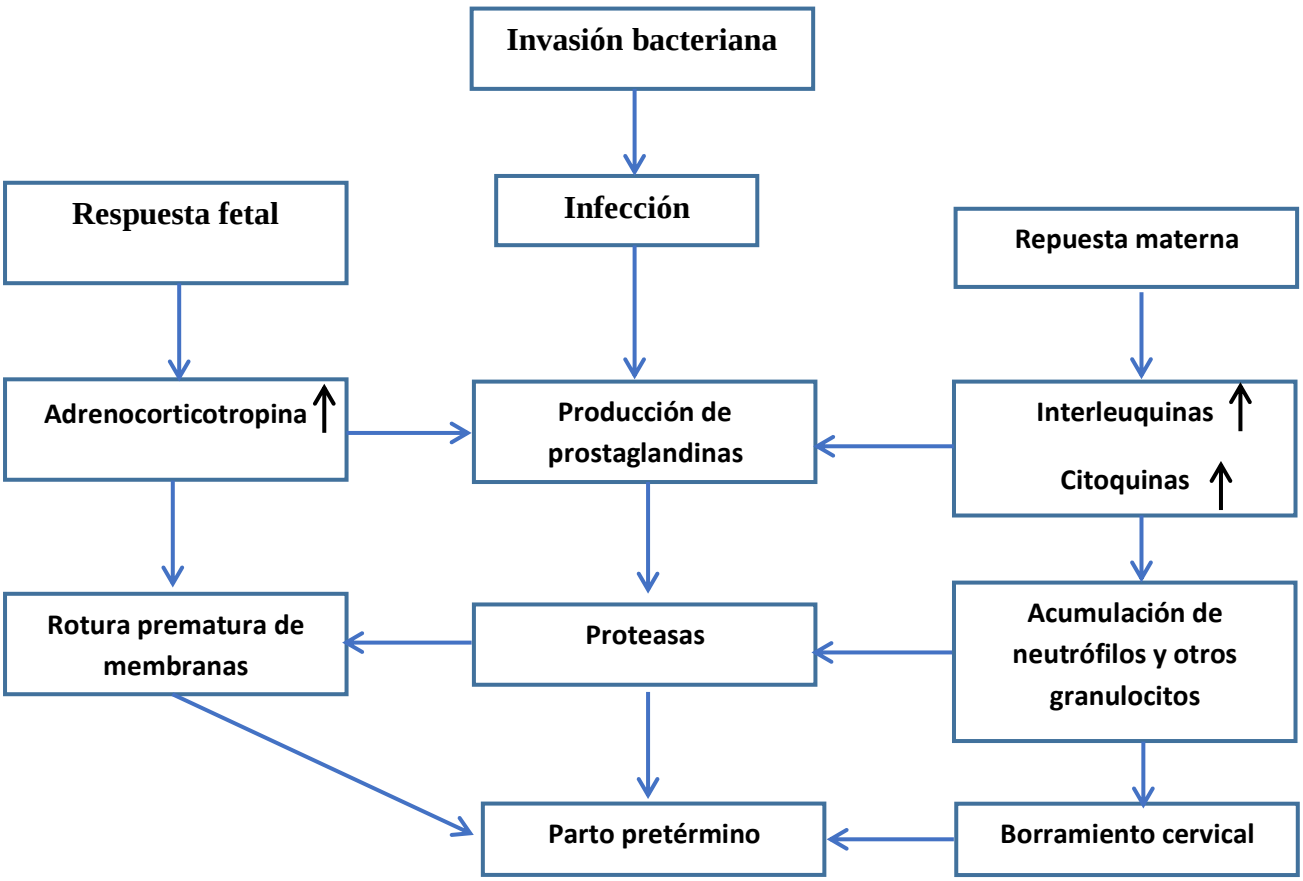
Los porcentajes de cultivos positivos resultaron en proporción inversa a la edad gestacional (EG): 60% positivos a las 23 y 24 semanas y menos frecuente alrededor de las 34 semanas de EG. También se encontraron gérmenes que acompañan a las vaginosis bacterianas como Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, Gardnerella vaginalis, Chlamydia trachomanis, Bacteroides, Peptoestreptococcus, Tricomonas, Escherichia Coli y Estreptococos del grupo B.

En cuanto a los factores genéticos se encontró una hipersensibilidad para la respuesta a la infección y una mayor presencia de polimorfismo para el alelo del Factor de Necrosis Tumoral alfa 308 (FNT a 308) en mujeres de ascendencia africana e hispana que además presentan mayor frecuencia de vaginosis bacteriana. (Picot, 2010)

Embarazos mayores a 32 semanas. Presentan menor morbilidad y menor probabilidad de recidiva. Se vinculan frecuentemente a mayor volumen uterino: polihidramnios y gestaciones múltiples. Se asocian además con metrorragias del primer y segundo trimestre, traumatismos y hábitos de vida perjudiciales como violencia, excesos laborales, consumo de tabaco y drogas. (Laterra, Andina, & Di Marco, 2010)

Etiopatogenia

Mecanismo patogénico implicado en la infección asociada a APP. (Laterraa & Susacasab, 2011)



Fuente: (Laterraa & Susacasab, 2011)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino

Son muchos los estudios que han intentado establecer las causas de la APP. La hiperdistensión uterina, el aumento de receptores de Oxitocina hacia el final de la gestación, el metabolismo del calcio y la presencia de mediadores celulares como las prostaglandinas y las citocinas, son algunos de los mecanismos fisiológicos que se han relacionado con el inicio del parto prematuro. En general, se acepta la multicausalidad como origen del proceso. (Souza & Cecatti, 2015)

En la práctica, se han descrito unos factores cuya relación con la APP ha sido demostrada.

- Infecciones urinarias.
- Vaginosis bacteriana.
- Pielonefritis.
- Antecedentes de partos pretérminos anteriores.
- Antecedente de aborto tardío (posterior a las 17semanas).
- Antecedente de fetos muertos.
- Antecedentes de ruptura prematura de membranas.
- Factores uterinos (como malformaciones).
- Conización cervical.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna ≤18 a ≥ 40 años.
- Stress, abuso doméstico, violencia familiar.
- Índice de masa corporal inicial bajo (<percentil 10).
- Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Infecciones de transmisión sexual.

- Embarazo doble o múltiple.
- Polihidramnios.
- Traumas físicos o emocionales graves.
- Metrorragias del primer o segundo trimestre. (Nargisse & Meryem, 2014)

Infección de vías urinarias en el embarazo

Bacteriuria asintomática (MSP E. , 2013)

El examen general de orina o la prueba con tira reactiva no deben utilizarse para el tamisaje de BA. - La detección de BA a traves del examen general de orina o con tirillas reactivas (Dipsticks) que detectan leucocituria, nitritos y bacterias tiene una sensibilidad baja, misma que disminuye ante la presencia de leucorrea. - La deteción de bacteriuria asintomática a traves del EMO (leucocituria, nitritos y bacterias) tiene una sensibilidad de 50% a 92% y un valor predictivo negativos de 92%. La sensibilidad disminuye ante la presencia de leucorrea.	A1+
Se debe realizar tamizaje con urocultivo para diagnóstico y tratamiento oprotuno de BA en las embarazadas. - La BA sin tratamiento progresa a pielonefritis en 20% a 40% de los casos. - La BA sin tratamiento se asocia con ruptura prematura de menbranas, parto pretérmino y productos con bajo peso al nacer.	A1++/2+
El urocultivo es la prueba de lección adecuada y mas practica para el diagnóstico de BA, el cual se establece con el aislamiento de más de 100000 unidades formadoras de colonias/ml de un solo germen. - Se acepta la detección en una sola muestra obtenida del chorro medio de orina, para el diagnóstico de BA.	A
Solicitar el urocultivo para el tamizaje de BA en la semana 12–16 de embarazo (U.S. Preventive Task Force) o en la primera consulta prenatal (ACOG), en caso de que la paciente acuda por primera vez a control prenatal luego de la fecha recomendada. - Aunque aún no se conoce el momento óptimo para realizar el urocultivo, ni la frecuencia; obtenido en las semanas 12-16 de gestación, detectará aproximadamente 80% de las pacientes con BA.	C3
A las pacientes con urocultivo de tamizaje negativo en el primer trimestre del embarazo, no se les debe repetir el urocultivo para tamizaje. - Solo 1% a 2% de las mujeres con cultivo negativo inicial desarrollarán pielonefritis durante el embarazo.	

Fuente: (MSP E. , infeccion de vias urinarias en el embarazo, 2013)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

CISTITIS

En mujeres sin otra patología, el diagnóstico puede realizarse sobre la base de los datos clínicos (no se requiere solicitar urocultivo para iniciar el tratamiento). - Los datos clínicos de cistitis y del examen general de orina (disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, así como piuria y hematuria en ausencia de síntomas vaginales), sin evidencia de enfermedad sistémica, tienen una sensibilidad alta (70% a 80%) para el diagnóstico de cistitis.	C3

Fuente: (MSP E. , infeccion de vias urinarias en el embarazo, 2013)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Tratamiento de la Bacteriuria asintomática y cistitis. (MSP E. , 2013)

Los patrones de resistencia antimicrobiana varían de acuerdo al sitio geográfico. En el Ecuador, las tasas de resistencia bacteriana son altas para ampicilina, ampicilina/sulbactam, amoxicilina, amoxicilina/clavulánico y sulfas, por lo que no se recomienda el tratamiento empírico con estos fármacos.	3
Previa toma de muestra para urocultivo, se inicia tratamiento con UNO de los siguientes antibióticos según evidencia de farmacorresistencia local en Ecuador: (valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo): - Nitrofurantoína liberación retardada 100 mg cada 12 horas (no sobre 37 semanas) - Nitrofurantoína 50 – 100 mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas) - Fosfomicina 3 g VO dosis única - Fosfomicina 500 mg VO cada 8 horas - Cefalosporinas de segunda generación 250-500 mg VO cada 6 horas.	1
La nitrofurantoína es segura durante el embarazo y logra concentraciones terapéuticas solo en orina y presenta un nivel bajo de resistencia a los uropatógenos (incluido el Ecuador). Las concentraciones plasmáticas de los betalactámicos disminuyen alrededor de 50% en el embarazo, lo que puede aumentar los niveles de resistencia.	2b
Cefalexina es la cefalosporina que se usa con mayor frecuencia en el embarazo. - Las cefalosporinas son bien toleradas y seguras en el embarazo.	B
Ampicilina y amoxicilina con o sin inhibidores de betalactamasas y sulfas tienen tasas de resistencia local que superan las recomendaciones internacionales. - Por este motivo, Ampicilina en presentación oral ya no consta dentro del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB - Octava revisión. 2010).	
El uso de trimetoprim con sulfametoxasol está contraindicado en el primer trimestre por su inhibición del metabolismo de folatos y asociación a defectos del tubo neural (2b) y en el tercer trimestre del embarazo se ha asociado con ictericia en el recién nacido (desplaza a la bilirrubina de su unión con la albúmina)(3). Por su potencial teratogenicidad se sugiere no utilizarla en embarazadas.	B/2b-3
El tratamiento debe tener una duración no menor a siete días. En caso de persistir la bacteriuria, el tratamiento debe durar siete a 14 días. 1-3 - No hay suficiente evidencia que apoye menor recurrencia de BA con tratamientos cortos.	D4

Fuente: (MSP E. , infeccion de vias urinarias en el embarazo, 2013)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Signos y síntomas de infección vaginal según etiología. (MSP, 2014)

Signos y sintomas	Vaginosis Bacteriana	Candidiasis Vulvo Vaginal	Tricomoniasis
Secresión	Mínima	Abundante, blanca	Escasa, espesa
Olor	Sugiere a pescado	No mal olor	Fétido
Prurito	Ninguno	Prurito vulvar	Prurito vulvar
Otros sintomas posibles		Dolor, dispareunia, disuria	Disuria, dolor abdomina
Signos visibles	Secresión en la vagina y el vestíbulo, no inflamación vulvar	Hallazgos normales o eritema vulvar, edema, fisuras, lesiones satélites	Secreción amarrilla espumosa, vulvitis, vaginitis, cervicitis
Test de pH vaginal	Mayor a 4,5	Menor o igual a 4,5	Mayor a 4,5

Fuente: (MSP E. , 2014)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

*Tratamiento de la infección vaginal***.** (MSP, 2014)

	Terapia farmacológica para vaginosis bacteriana	
	Terapias orales	**Terapias intravaginales**
Medicamento de elección	**Metronidazol:** 500 mg dos veces al día durante siete días **Metronidazol:** 250 mg tres veces al día durante siete días.	**Metronidazol:** un óvulo de 500 mg diario intravaginal por siete días
Medicamento alternativo	**Clindamicina:** 300 mg dos veces al día por siete días	**Clindamicina:** aplicar 5 gramos (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina por la noche, durante siete días.

Fuente: (MSP E. , 2014)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

	Terapia farmacológica para tricomoniasis vaginal
	TERAPIAS ORALES
Medicamento de elección	**Metronidazol** 2 g en dosis única a cualquier momento del embarazo, o **Metronidazol** 500 mg, dos veces al día por siete días
Medicamento alternativo	En caso de falla del tratamiento o recurrencia, repetir **Metronidazol** 500 mg por siete días más, hasta completar los 14 días.

Fuente: (MSP E. , 2014)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

	Terapia farmacológica para candidiasis vulvovaginal no complicada	
	Terapias orales	**Terapias intravaginales**
Medicamento de elección	La medicación intravaginal es la primera elección	**Clotrimazol** 1% crema. Aplicar 5 g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por siete días, o **Clotrimazol** 2% crema. Aplicar 5 g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por tres días.
Medicamento alternativo	**Fluconazol,** 150 mg una tableta en dosis única	**Miconazol** crema al 2%. Aplicar 5 g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por siete días, o **Miconazol** crema al 4%. Aplicar 5 g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por tres días, o **Miconazol** 100 mg. Un supositorio vaginal por siete días, o **Miconazol** 200 mg. Un supositorio vaginal por tres días

Fuente: (MSP E. , 2014)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

	Terapia farmacológica para candidiasis vulvovaginal recurrente o complicada	
	Terapias orales	**Terapias intravaginales**
Medicamento de elección	La medicación intravaginal es de primera elección	**Clotrimazol** 2% crema. Aplicar 5 g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 14 días.
Medicamento alternativo	**Fluconazol** 150 mg. Una tableta cada 3 días (día 1, 3 y 7). **VALORAR RIESGO-BENEFICIO**	**Miconazol** crema al 2% o al 4%. Aplicar 5 g (un aplicador lleno) de la crema profundamente en la vagina y en la vulva por la noche por 14 días.

Fuente: (MSP E. , 2014)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Acciones a desarrollar

Debemos encarar la prevención del APP desde los tres niveles de atención:

Nivel primario se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir factores de riesgo en la población general sin antecedentes de APP. Podemos actuar en etapa de preconcepción o en etapas tempranas del embarazo.

Nivel secundario. Se refiere a las acciones de diagnóstico y prevención tempranos de enfermedades recurrentes en personas con riesgo demostrado. Es decir aquellas pacientes que ya presentaron un embarazo con un APP o que presentan otros factores de riesgo.

***Nivel terciario*.** Son las acciones destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad después que se ha producido el daño. Es decir una vez que se ha desencadenado una amenaza de PP o un trabajo de PP.

Acciones a Nivel Primario

- Estilo de vida y conductas: Evitar adicciones, tabaco, alcohol y drogas. Derivación a consultorio de cesación tabáquica, psicología. Mejorar condiciones laborales y de vida (stress).
- Suplementos nutricionales: Se ha observado que en poblaciones con una alimentación rica en ácidos omega 3 el embarazo se prolonga una semana en relación a poblaciones con otra alimentación.
- Cuidado odontológico: Si bien las investigaciones no llegan a conclusiones definitivas se aconseja tanto en la etapa preconcepcional como durante la gestación una consulta odontológica para asegurar una correcta salud bucal en la embarazada.
- Pesquisa de infecciones urinarias, bacteriurias asintomáticas: Búsqueda de infección del tracto urinario para detectar y tratar las infecciones urinarias en etapas precoces del embarazo. Se ha encontrado fuerte asociación entre infecciones urinarias altas y APP.

Realizar screening para detectar la presencia de bacteriuria en la primera visita a todas las embarazadas. Se debe solicitar un urocultivo alrededor de las 12 semanas de EG. Las embarazadas asintomáticas y las embarazadas de bajo riesgo no deben ser sometidas a tamizaje para vaginosis bacteriana.

Acciones a Nivel Secundario

- Estilo de vida: Se aconseja a las embarazadas con factores de riesgo que eviten las jornadas laborales prolongadas, en especial si su actividad se realiza parada durante largos periodos, así como evitar los trabajos que impliquen actividad durante las horas de la noche.

- Suplementos nutricionales: Se sugiere una alimentación completa con todos los nutrientes vitaminas y minerales. Últimamente se han encontrado beneficios con la suplementación con ácidos omega 3 en el embarazo en pacientes con antecedentes de AP. (Laterraa & Susacasab, 2011)

- Antibioticoterapia en vaginosis bacteriana: Las embarazadas con alto riesgo de experimentar PP pueden resultar beneficiadas con el tamizaje y el tratamiento para vaginosis bacteriana. Se propone el siguiente esquema de tratamiento:

  Metronidazol 500 mg vía oral dos veces por día (1 gr/día) durante siete días o,
  Clindamicina 300 mg vía oral dos veces por día (600 mg/día) durante siete días.

El test debe repetirse al mes para confirmar la eficacia del mismo.

Uso de progesterona en prevención secundaria

El uso de progesterona podría ser útil en aquellas pacientes con antecedentes de PP o con cuello uterino acortado. Desde la aparición del primer trabajo en el año 1956 se han publicado numerosos estudios al respecto. En los últimos años se halló evidencia suficiente que sustenta el uso de la progesterona en pacientes con antecedentes de PP con el objetivo de prevenir un NP posterior.

No se han encontrado efectos adversos fetales con el uso de la progesterona. No se halló asociación entre exposición a las hormonas sexuales en el primer trimestre y malformaciones genitales externas. Aquellas mujeres expuestas a las hormonas sexuales después de la concepción mediante fertilización asistida no aumentaron el riesgo fetal de malformaciones en primer trimestre. Las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) indican que es importante ofrecer el uso de la progesterona para la prolongación del embarazo solamente a mujeres con historia documentada de PP espontáneos < de 37 semanas. Son necesarios mayores estudios para evaluar la mejor preparación, dosis, vía de administración así como otras indicaciones en su uso para la prevención de esta entidad. En cuanto a los resultados neonatales se ha encontrado disminución de la incidencia de HIV y de peso inferior a los 2500 g. (Raman & Wighardt, 2008)

Finalmente, sobre la base a la evidencia actual:

1) Las mujeres con riesgo de PP deben ser alentadas a participar en estudios para valorar el rol de la progesterona como reductora de los riesgos del mismo.

2) Las pacientes deben ser informadas sobre la falta de conocimiento en los resultados neonatales y sobre la dosis y vía de administración. Y aquellas con cuello corto sobre los beneficios encontrados con el uso de progesterona para prevenir el PP.

3) Las mujeres y los médicos tratantes deben saber que aquellas con antecedente de PP previo y/o cuello uterino <15 mm a las 22-26 semanas (diagnosticado por ecografía NP) podrían ser candidatas para el uso de progesterona.

Si se opta por el uso de progesterona las dosis serán las siguientes:

a) Para prevención en mujeres con historia de parto pretérmino previo: 17 a hidroxiprogesterona 250 mg IM semanal o progesterona micronizada 100 mg intravaginal al día.

b) Para prevención en mujeres con cuello <15mm detectado por ultrasonografia TV a las 22-26 semanas: progesterona micronizada 200 mg intravaginal por día. (Farine & Dodd, 2009)

Ecografía TV para medición de longitud cervical

La evaluación seriada semanal por ultrasonografía TV entre las 16 y 18,6 semanas de gestación predice el parto pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas de gestación en mujeres de alto riesgo. NE2.

Según las últimas recomendaciones:

- La vía TV es de elección para la valoración ecográfica del cérvix utilizando la medida más corta de la longitud cervical. NE2B

- Su realización está indicada en pacientes con alto riesgo de PP ya que el acortamiento de cuello se asocia con aumento del riesgo de NP. NE2B

- La ecografía TV tiene un alto valor predictivo negativo si la longitud cervical es de 3 cm o más después de las 24 semanas de EG. Esta información debe ser utilizada para evitar internaciones innecesarias. NE2B

- La medición TV es superior a la digital para predecir PP. El examen digital y el ultrasonográfico deben complementarse al considerar posición reblandecimiento y dilatación, sobre todo en embarazos con EG ≥34 semanas. (Farine & Dodd, 2009)

Acciones a Nivel Terciario

Consisten en diagnosticar tempranamente los signos de amenaza de PP e indicar el tratamiento en forma oportuna.

Test de Fibronectina

El test para fibronectina posee alta especificidad y baja sensibilidad para un punto de corte de 50 ng/ml. NE1A

La presencia de fibronectina (>50 ng/ml) en la secreción cervicovaginal representa un riesgo incrementado para NP. Su excelente valor predictivo negativo es tranquilizador, especialmente dentro de un período de 15 días posterior a la toma de la muestra. Es clínicamente útil para descartar NP en pacientes sintomáticas, lo que evitaría tratamientos innecesarios. No contamos aún con la posibilidad de su utilización en nuestra institución.

Ecografía transvaginal en mujeres sintomáticas

La medición de la longitud del cérvix a través de la ultrasonografía transvaginal es más apropiada que el examen digital para la evaluación del riesgo de NP en pacientes con membranas intactas. Se toma como punto de corte para predecir PP las siguientes longitudes cervicales mediante ecografía transvaginal:

- En embarazos < 32 semanas: ≤25 mm.
- En embarazos ≥ 32 semanas: ≤15 mm.

La fibronectina fetal y la ultrasonografia transvaginal fueron poco exitosas para predecir PP pero resultaron sumamente útiles para identificar a aquellas pacientes que no presentaron riesgo inmediato de PP evitando así intervenciones innecesarias. (Laterraa & Susacasab, 2011)

Conducta en pacientes sintomáticas

Diagnóstico clínico de la Amenaza de Parto Pretérmino

Se efectuará el diagnóstico de APP ante:

Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 en 10 minutos, 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, acompañadas de cualquiera de los siguientes ítems:

- Rotura de membranas
- Dilatación cervical ≤ 3 cm
- Borramiento ≤ 50% ó cambios cervicales detectados en exámenes seriados entre las 20 y 36,6 semanas de gestación

Si es posible, completar el examen de cérvix con ecografía transvaginal sobre todo cuando la contractilidad no es franca o las modificaciones cervicales es dudosa.

Si la ecografía TV muestra una longitud cervical ≥3cm independientemente de la EG, se evitará la internación de la paciente. Si hay dudas se aconseja reevaluar a la paciente después de una o dos horas en reposo.

Ante el cese de la sintomatología que motivó la consulta y ausencia de modificaciones cervicales, la paciente podrá retornar a su domicilio con la recomendación de limitar la actividad física y de consultar nuevamente ante el reinicio de la sintomatología. Se citará en 7 días para control por consultorios externos. Si por el contrario el cuadro persiste, se procederá a la internación en sector de urgencias. (Laterra, Andina, & Di Marco, 2010)

Condiciones para la uteroinhibición de la APP.

- Diagnóstico de APP.
- Edad gestacional entre 20 y 36 semanas.
- Ausencia de contraindicaciones médicas u obstétricas para la uteroinhibición.
- Ausencia de contraindicaciones para el uso de los agentes tocolíticos.

Metas de la uteroinhibición de la APP: han cambiado con el advenimiento de los glucocorticoides antenatales, los avances en el cuidado intensivo neonatal y el uso del surfactante para prevenir el síndrome de distress respiratorio (SDR) en el neonato. (Laterraa & Susacasab, 2011)

Las principales metas a corto plazo de la terapia de inhibición son:

a) Retrasar el nacimiento 24-48 horas para administrar glucocorticoides.

b) Transferir a la embarazada a un centro de atención terciaria neonatológica de alta complejidad. (Gyetvai & Hannah, 2008)

Contraindicaciones para la inhibición de la amenaza de PP

Absolutas	Relativas
Infección ovular	Metrorragia
Muerte fetal	RCIU
Malformación fetal incompatible con la vida (ej.: anencefalia)	Madurez pulmonar fetal comprobada
Sufrimiento fetal	Cuadro de HTA severa

Fuente: (Gyetvai & Hannah, 2008)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Evaluación clínica y obstétrica

Se realizará una completa anamnesis en la historia clínica de la paciente a los fines de determinar presencia de factores de riesgo para prematurez, detallar tiempo transcurrido y circunstancias de inicio de la sintomatología, presencia de secreciones vaginales y/o pérdida de líquido amniótico.

Examen clínico general: TA, temperatura, frecuencia cardíaca, Estado general y nutricional, signos y síntomas asociados (disuria, polaquiuria, PPRB, etc.).

Examen obstétrico: tono uterino, contractilidad, presentación fetal, auscultación fetal. Examen genital completo: especuloscopía para visualizar cuello y observar la presencia o no de líquido amniótico a fin de descartar rotura prematura de membranas (RPM). En caso de dudas, se procederá a la toma de material de fondos de saco vaginal o cervical sobre portaobjetos para realizar Prueba de Cristalización y pH. Eventualmente, evaluación ecográfica del volumen de LA.

Se ubicará a la paciente en reposo, preferentemente en decúbito lateral en ambiente aislado y tranquilo.

Controles materno-fetales durante el tratamiento de ataque

- TA horario.
- Temperatura axilar horaria.
- Contractilidad y tono uterinos horarios.
- Frecuencia cardíaca materna cada 20 minutos.

- Frecuencia cardíaca fetal cada 20 minutos.
- Constatar posibles pérdidas por genitales externos: sangre (descartar desprendimiento placentario), líquido amniótico (RPM).
- Control estricto del ingreso hídrico y fluidos endovenosos administrados, prevenir sobrecargas.
- Laboratorio de guardia: hemograma, glucemia al acecho (aunque no se encuentre en ayunas), sedimento urinario, toma de material para urocultivo (remitir a la brevedad para bacteriología) y 2 tomas simultáneas para hemocultivo en caso de presentar fiebre de ≥ 38°C (1 de cada brazo, según técnica).
- Con glucemia normal, reiterar determinación en 12 h.
- En pacientes diabéticas, c/2 h.
- Ecografía obstétrica: edad gestacional, volumen de LA, ubicación fetal, movimientos corporales y respiratorios, ubicación y grado de madurez placentaria.
- Monitoreo fetal electrónico: en embarazos ≥32 semanas. (Picot, 2010)

Reposo en cama

No existe evidencia que respalde la indicación del reposo en cama para prevenir o tratar la APP. No debe recomendarse la hidratación endovenosa y/o la sedación para reducir el PP ni para diferenciar el verdadero del falso trabajo de PP. (Gyetvai & Hannah, 2008)

Terapia tocolítica en la APP

Las revisiones sistemáticas acerca de la terapia tocolítica concluyen que aunque los tocolíticos pueden prolongar el embarazo, no está demostrado que mejoren los resultados perinatales y además pueden tener efectos adversos en las embarazadas.

Sin embargo en algunas mujeres pueden retrasar el parto el tiempo necesario para administrar corticoides, que es una intervención claramente beneficiosa.

Por lo tanto, como regla general, se deben administrar tocolíticos y éstos deben usarse concomitantemente con los corticoides. Está discutido cuál es la EG en que deben comenzarse

a usar los tocolíticos. No existe consenso acerca de cuál es la menor edad gestacional límite para su administración.

Es conveniente comenzar la terapia tocolítica con atosiban. De no existir la posibilidad de utilizar esta droga sería adecuado indicar hexoprenalina. En caso de fracaso de la uteroinhibición con atosiban o hexoprenalina y si no presenta contraindicaciones utilizar indometacina como droga de segunda elección. (Gyetvai & Hannah, 2008)

Si comienza con contractilidad después de finalizada la tocólisis, se puede repetir la misma pero convendría cambiar la droga uteroinhibidora utilizada en la primera ocasión a la vez que se descartan otras causas desencadenantes del PP (ej.: desprendimiento placentario, infecciones, etc.). No se aconseja reiterar la tocólisis por tercer vez (excepto falta de sostén neonatólogico en la institución).

Atosiban es un antagonista competitivo del receptor de oxitocina. Tiene menor cantidad de efectos adversos en la madre y por ello es el de primera elección. Los efectos adversos pueden ser náuseas, mareos y cefaleas. Se considera que atosiban puede prolongar el embarazo entre 48 h. y 7 días.70 Múltiples estudios han investigado la utilidad de esta droga, y han demostrado que es eficaz en retrasar el parto en 24, 48 horas y 7 días, comparado con un placebo y con ritodrina.

Ha demostrado seguridad tanto en el perfil materno como en el fetal. Actualmente representa un avance en tocolíticos disponibles y debe ser considerado como de primera elección en el manejo de la APP tal como ocurre en el Reino Unido de Gran Bretaña y resto de Europa. Debe ser administrado en 3 etapas. (Kulier & Hofmeyr, 2008)

Agentes β miméticos: hexoprenalina, ritodrine e isoxuprina Según las investigaciones más recientes, la indicación del uso de ritodrine (u otro beta-mimético) estaría limitado al manejo de una APP sin otras complicaciones entre las 24 y 34 semanas. Los trabajos sugieren que se reduce el número de partos en las primeras 48 horas desde el comienzo del tratamiento pero no se observó reducción en mortalidad perinatal. Sin embargo, es el tiempo suficiente para administrar corticoides o derivar a un centro de mayor complejidad. Se deben seguir las estrictas normas de administración y dosis para evitar efectos adversos, incluidos edema pulmonar e isquemia de miocardio.

Atosiban y hexoprenalina fueron igualmente eficaces en detener las contracciones, pero el grupo atosiban presentó muchos menos efectos adversos. (Farine & Dodd, 2009)

Bloqueantes cálcicos: nifedipina. Es el bloqueante de los canales de calcio más comúnmente utilizado en tocólisis. Actúa por disminución del calcio intracelular. Se administra por vía oral y rápidamente es absorbido por la mucosa gastrointestinal. La concentración plasmática máxima ocurre entre los 15 y 90 minutos después de su administración. La vida media de la nifedipina es de 81 minutos y la duración de su acción es de alrededor de 6 horas.

Sulfato de magnesio. (MSPE, 2015)

Se recomienda el uso de sulfato de magnesio en mujeres gestantes con amenaza de parto prematuro menor a 34 semanas (inclusive), para reducir de manera significativa el riesgo de PCI.	R-A
La aplicación de sulfato de magnesio se debe realizar en gestantes con riesgo de inminente parto prematuro, definido este cuando hay trabajo de parto con dilatación de cuello mayor a 4 cm, independientemente de la rotura de membranas, o cuando se ha planeado finalizar el embarazo pretérmino por indicación materna o fetal.	E-1ª
Si se inicia la aplicación de sulfato de magnesio, se recomienda interrumpir la tocólisis.	R-C
Se recomienda interrumpir la aplicación de sulfato de magnesio si el parto no es inminente o si han transcurrido un máximo de 24 horas de la administración.	R-B
Se recomienda administrar la dosis de 4 g IV en hasta 20 minutos, seguido de una perfusión a 1 g/hora hasta el parto.	R-B
No hay evidencia suficiente para repetir la dosis de sulfato de magnesio.	E-3

Fuente: (MSP E. , Recien nacido prematuro, 2015)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Indometacina. Es un inhibidor de la síntesis de prostaglandinas. Se usa en pacientes con refractariedad a otros tratamientos, cuya ecografía actualizada haya demostrado un volumen normal de LA y con amenorreas <32 semanas. Se deberá realizar ecocardiograma fetal y ecografía obstétrica a fin de valorar LA. Dentro de los efectos adversos se describen oligoamnios y cierre del ductus arterioso fetal (se encontró en un 50% de los embarazos >32 semanas).

En cuanto a los efectos maternos, los mismos son raros y sus contraindicaciones son alergia a la medicación, úlcera péptica, disfunción hepatocelular, alteraciones hematológicas (plaquetopenia) o renales. La indometacina, utilizada con cuidado (menos de 48 horas de terapia, y <32 semanas de EG) es una droga relativamente segura y un agente tocolítico efectivo.

Progesterona (MSPE, 2015)

La progesterona vaginal administrada en la mujer asintomática con ecográfica del cuello uterino corto en el segundo trimestre del embarazo disminuye el parto prematuro y la morbilidad neonatal.	E-1a
El tratamiento con progesterona vaginal se asocia con una reducción significativa en la tasa de parto prematuro antes de las 33 semanas, del síndrome de dificultad respiratoria, de la morbilidad y mortalidad neonatal, del peso al nacer menor a 1.500 g y del ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales y necesidad de ventilación mecánica.	E-1a
No hubo diferencias significativas entre la progesterona vaginal y los grupos de placebo en la tasa de efectos adversos maternos y de anomalías congénitas.	E-1a
Se recomienda la administración de progesterona vaginal para mujeres asintomáticas con cuello uterino corto ecográficamente demostrado y en madres con historia de partos pretérmino y cérvix corto, porque reduce el riesgo de parto prematuro y la morbilidad y mortalidad neonatal.	R-A

Fuente: (MSP E. , Recien nacido prematuro, 2015)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Inducción de la maduración pulmonar fetal (MSPE, 2015)

En caso de amenaza de parto prematuro, la administración de corticoide antenatal a la madre promueve la maduración pulmonar fetal y disminuye la mortalidad perinatal, la incidencia y severidad del SDR del RN prematuro. Los mayores beneficios en relación al SDR se observan cuando el intervalo de tiempo entre el tratamiento y el parto se da entre 48 horas y los 7 días.	E-1a
Se recomienda administrar corticoide en caso de amenaza de parto prematuro entre las 26 semanas y las 34 semanas de gestación, independientemente de la proximidad del parto.	R-A
Los fetos con más de 34 semanas 6 días no se benefician de la administración de corticoides antenatales, y por lo tanto no se recomienda su administración en estas edades.	R-D
Cuando el mismo curso de corticoides antenatales fue repetido semanalmente los RN presentaron un menor perímetro cefálico, incremento en la incidencia de PCI y problemas en la infancia tardía, incremento en la incidencia de leucoencefalomalacia periventricular y alteración del desarrollo a los dos años de edad.	E-1b
No se recomienda el uso de dosis repetidas en aquellas embarazadas que no han tenido aún el parto después de siete días	R-A
Los beneficios para el prematuro superan los riesgos para madre e hijo y por lo tanto se recomienda administrar corticoide antenatal en embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis subclínica, diabetes gestacional y patología obstétrica materna. En caso de intolerancia materna a la glucosa puede llegar a necesitarse hipoglicemiante.	R-B
Se prefiere el uso de betametasona al de la dexametasona, pero ambas son opciones viables. La betametasona IM administrada en dos dosis de 12 mg cada 24 h y la dexametasona administrada en cuatro dosis de 6 mg IM con un intervalo de 12 horas entre dosis.	E-3

Fuente: (MSP E. , Recien nacido prematuro, 2015)
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Dosis de tocolíticos usados en la amenaza de parto pretérmino

Medicación	Mecanismo de acción	Dosis
Atosiban	Es un antagonista competitivo del receptor de ocitocina	3 etapas: *Paso 1:* inyección inicial EV de una ampolla de 0,9 ml (solución para inyección EV) a pasar en no menos de un minuto. *Paso 2:* dosis de carga y de mantenimiento hasta 19 h (4 ampollas de 5 ml diluidas en 180 ml). Durante 3 h: velocidad de infusión a 24 microgotas/minuto. Luego hasta terminar a 8 microgotas/minuto *Paso 3:* dosis infusión de mantenimiento hasta completar 48 h (5 ampollas de 5 ml diluidas en 225 ml). Velocidad de infusión 8 microgotas/minuto.
Hexoprenalina	B2 adrenérgico receptor agonista simpático mimético Disminuye el calcio iónico	Comenzar con una infusión de 4 ampollas de 25 mcg de hexoprenalina cada una diluidos en 500 ml de solución de dextrosa al 5% o solución fisiológica (100 mcgr/500 ml) a una dosis de 0,075 mcg/min (es decir a 7 gotas por minuto). Esta dosis puede aumentar según la respuesta uteroinhibidora considerando el pulso de la paciente en un máximo de 120 latidos por minuto hasta 0,3 mcgr/ min (30 gotas por minuto). Esta infusión se prolongará un máximo de 12 h.
Sulfato de magnesio	Antagonista del calcio intracelular	4 a 6 g dosis de ataque; entre 2 a 4 g IV por h
Terbutalina	agonista de los receptores beta adrenérgicos	0,25 a 0,5 mg SC cada tres o cuatro h
Ritodrine	tiene un efecto preferencial sobre los receptores beta y mientras que poco activa sobre los receptores alfa-adrenérgicos	50 μ hasta un máx. de 350 μ /min IV
Nifedipina	Bloqueante de los canales de calcio	5 a 10 MG SL cada 15 a 20 minutos (hasta cuatro veces), luego 10 a 20 MG oral cada cuatro a seis h
Indometacina	Inhibidor de las prostaglandinas	Puede ser administrada por vía oral o rectal. 50 a 100 mg seguida por 25 mg cada 4 a 6 h, durante un lapso no mayor a 48 h.

Fuente: (Laterraa & Susacasab, 2011)

Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

METODOLOGÍA

Tipo de estudio Según el tipo de análisis fue un estudio con diseño retrospectivo pues se lleva a cabo en el presente, pero con datos del pasado, cuantitativo porque se cuantifico las variables para sí obtener datos estadísticos y el enfoque transversal pues se realizó en un momento puntual.

Área de Estudio y tiempo.

El Hospital Isidro Ayora de Loja se encuentra ubicado en la ciudad de Loja, al este de la ciudad, en la parroquia sucre, es un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada y subespecialidades en aproximadamente 20 ramas, tiene una cobertura que abarca la ciudad y provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la provincia del Oro. Cuenta con servicios de Cuidados intensivos, consulta externa, rehabilitación, servicio de laboratorios y de imagenología entre otras.

Universo

Todas las pacientes embarazadas con amenaza de parto pretérmino atendidas en el hospital Isidro Ayora de Loja, que ingresan al departamento de Gineco-obstetricia durante el periodo comprendido de agosto a noviembre 2015.

	Frecuencia	**Porcentaje**
Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro	182	32%
Pacientes ingresadas al servicio de ginecología con otro diagnostico	387	68%
Pacientes embarazadas ingresadas al servicio de ginecología	569	100%

Muestra

La constituyeron 182 pacientes embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo comprendido de agosto a noviembre 2015

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas desde las 22 hasta las 36,6 semanas que ingresan al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja periodo agosto noviembre del 2015
- Mujeres ingresadas al servicio de Gineco-obstetricia con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Mujeres embarazadas con diagnóstico de parto pretérmino.

Criterios de exclusión:

- Pacientes embarazadas de menos de 22 semanas de gestación e igual o mayor a 37 semanas.
- Pacientes que acuden ya en trabajo de parto
- Historias clínicas incompletas desarrolladas en emergencia
- Gestantes fallecidas o transferidas a otros hospitales.

Amenazas:

- Historias incompletas que fueron llenadas en emergencia causando sesgo a la recolección de información para esta investigación.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Métodos: Observación y encuesta

Instrumentos: Encuesta de recolección de datos.

Procedimiento:

Para realizar la presente investigación utilizaremos el método científico que nos permite acceder fuentes bibliográficas de libros, artículos, guías clínicas y revistas publicadas actualmente.

La investigación fue en el departamento de estadística del hospital Isidro ayora de Loja previa autorización por sus dirigentes respectivos y mediante el CIE-10 para amenaza de parto pretérmino, se pidió las respectivas historias clínicas de acuerdo al periodo de estudio.

Se envió en primera instancia una solicitud al Director de la institución solicitando autorización para la realizar la investigación durante el periodo comprendido de agosto a noviembre 2015

Se procedió a la obtención de la información directamente de las historias clínicas mediante el uso de un formulario individual en base a las siguientes variables, (número de historia clínica, edad, edad gestacional, factores de riesgo: consumo de sustancias psicotrópicas, estrés, infección vaginal, infección de vías urinarias, antecedentes previos de amenaza de parto pretérmino, etc.,) además también se procedió a ver los resultados de laboratorio en aquellas pacientes cuyo factor de riesgo fueron las infecciones, y así de esta manera determinar cuál fue el agente causal de la infección (ver anexo 1)

Para el análisis de datos, se empleó:

- Ficha de recolección de datos
- Revisión de la información recopilada
- Análisis dinámico de indicadores y variables.

Plan de tabulación y análisis:

Para la tabulación de datos, análisis e interpretación, fue mediante cuadros, gráficos estadísticos en el programa Microsoft Excel 2007 EPI INFO 2000, como: barras, pasteles, según la valoración y los objetivos planteados dentro de la investigación.

RESULTADOS

Objetivo: Determinar los factores de riesgo que inciden en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres que ingresan al Hospital Isidro Ayora de Loja desde agosto a noviembre 2015

Tabla N°1

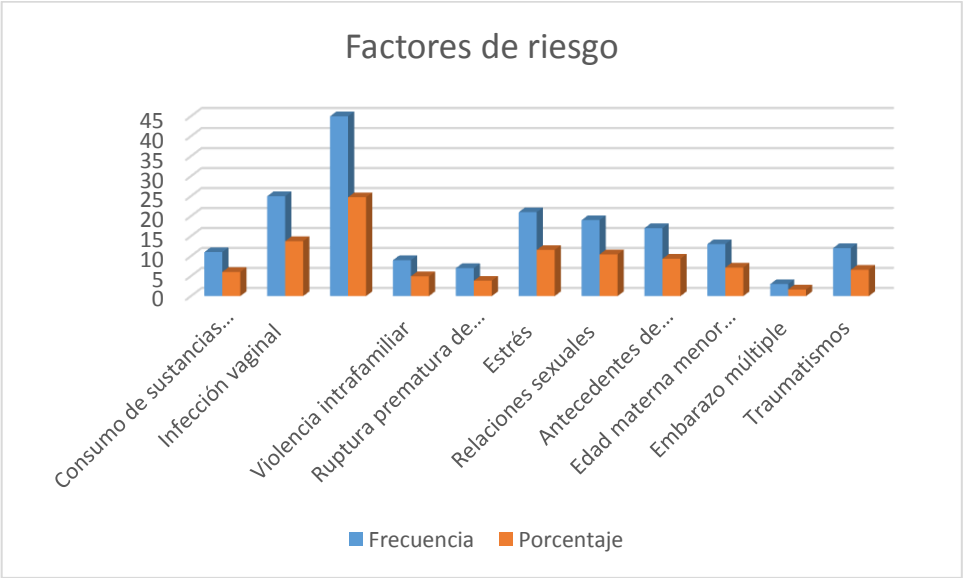
Factores de riesgo que inciden en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres que ingresan al Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

Factores de riesgo	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Consumo de sustancias psicotrópicas	11	6,04
Infección vaginal	25	13,74
Infección de vías urinarias	45	24,73
Violencia intrafamiliar	9	4,95
Ruptura prematura de membranas	7	3,85
Estrés	21	11,54
Relaciones sexuales	19	10,44
Antecedentes de amenaza pretérmino	17	9,34
Edad materna menor de 18 años y mayor de 35 años	13	7,14
Embarazo múltiple	3	1,65
Traumatismos	12	6,59
Total	**182**	**100,00**

Fuente: Encuesta de recolección de datos en el HIAL
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Grafico N°1

Factores de riesgo que inciden en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres que ingresan al Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015



Fuente: Encuesta de recolección de datos en el HIAL
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Se pudo identificar que la causa principal de amenaza de parto pretérmino es la infección de vías urinarias con 45 casos representando un 24,73% y en la causa menos frecuente tenemos embarazo múltiple con 1,65% en un total de 3 casos.

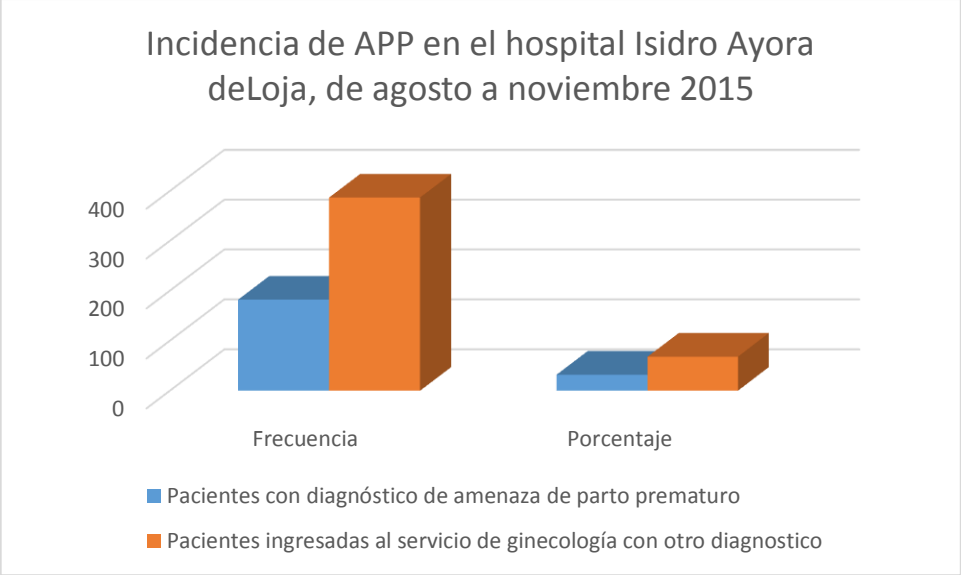
Objetivo: Determinar la incidencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

Tabla N° 2

Incidencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

Incidencia	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro	182	32
Pacientes ingresadas al servicio de ginecología con otro diagnostico	387	68
Pacientes embarazadas ingresadas al servicio de ginecología	569	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos en el HIAL
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH



Fuente: Encuesta de recolección de datos en el HIAL
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Tomando en cuenta la incidencia de amenaza de parto pretérmino, se pudo identificar que 32% de las pacientes ingresadas al servicio de ginecología del hospital Isidro Ayora de Loja, tienen diagnóstico de amenaza de parto pretérmino con un total de 182 casos.

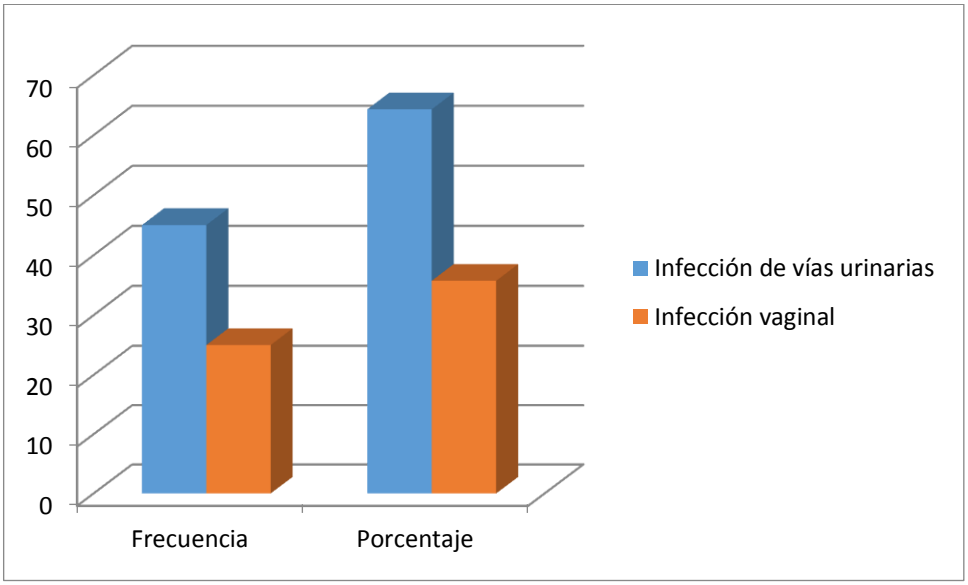
Objetivo: Identificar las patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

Tabla 3

Patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

Patologías	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Infección de vías urinarias	**45**	**64.29**
Infección vaginal	**25**	**35.71**
Total	**70**	**100,00**

Fuente: Encuesta de recolección de datos en el HIAL
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH



Fuente: Encuesta de recolección de datos en el HIAL
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Dentro de las patologías más frecuentes que causan amenaza de parto pretérmino se encuentran la infección de vías urinarias con un 64.29% en un total de 45 casos seguido de infección vaginal en un 35.71% con total de 25 casos.

Objetivo: Establecer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

Tabla 4

Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

Antecedentes gineco-obstétricos	Indicador	F	%
Método de planificación familiar	SI	125	68.68
	NO	57	31,32
Edad de inicio de vida sexual	15-20 años	38	20.88
	21-30 años	104	57.14
	Mayor a 30 a.	40	21.98
Número de parejas sexuales	0	54	29.67
	1-2	103	56.59
	Mayor a 3	25	13.74
Papanicolaou test	Si	52	28.57
	No	130	71.43
Gestas	0	85	46.70
	1-2	72	39.56
	Mayor a 3	25	13.74
Abortos	0	115	63.19
	Mayor de 1	67	36.81
Partos	0 Mayor a 1	0	0
Cesáreas	0 Mayor a 1	0	0

Fuente: Encuesta de recolección de datos en el HIAL
Elaborado: Sandra Beatriz López Márquez, estudiante de la carrera de medicina humana-ASH

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos tenemos que la mayoría de las gestantes se encuentran en edades tempranas, son primigestas, que no usan métodos de planificación familiar, y con una media de dos parejas sexuales.

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo que causan amenaza de parto pretérmino y que se propuso identificar en nuestro estudio, encontrándose: Infección vaginal, infección de vías urinarias, violencia intrafamiliar, ruptura prematura de membranas, estrés, relaciones sexuales, antecedente de APP, edad materna de <18 y >35 años, embarazo múltiple y traumatismo; se identificó que la primera causa de amenaza de parto pretermino, al igual que en el estudio de Mckenzie es la infección de vías urinarias, seguido por infecciones vaginales.

Aunque en el estudio de Mckenzie realizado en el 2009 relacionaron las ITU como factor de riesgo para el parto pretérmino y consecuentemente para la mortalidad perinatal, otros autores como Laterra no han encontrado pruebas de dicha asociación, tal vez porque en ellos se incluían múltiples factores de riesgo que podían atenuar el efecto de cada uno de ellos sobre el parto pretérmino. En nuestro trabajo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la existencia de ITU durante la gestación, con amenaza de parto pretermino.

Por otro lado, Adams, realizaron un análisis retrospectivo en el año 2010 confrontando múltiples factores, tanto sociales como de comportamiento y médicos, en una cohorte de gestantes militares. El único factor de riesgo que destacaba sobre los demás fue la historia previa de partos pretérmino, pero no encontraron que la ITU incrementase el riesgo de prematuridad. En nuestro trabajo no se excluyeron las gestantes con antecedentes de otros partos pretérmino,

En otro estudio llevado a cabo en el 2008 Guinn, coinciden con nuestro estudio respecto a la mayor frecuencia de infecciones urinarias en partos pretérmino y llegan a la conclusión de que la ITU en nulíparas podría considerarse como un factor de selección de riesgo de parto pretérmino en gestantes sin otros factores asociados. Es importante señalar nuestro hallazgo de que la mayoría de las gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron ITU (24,63% p=45), es decir, es la primera causa de amenaza de parto pretermino en estas pacientes. También las infecciones asintomáticas han sido objeto de estudio. Una revisión de artículos que cumple los criterios de la medicina basada en la evidencia (MBE) y recogidos en una publicación de la Cochrane Library, demuestra la reducción de partos pretérmino en los grupos de gestantes con bacteriuria asintomática que fueron tratadas. Se incluyeron un total de 13 ensayos clínicos controlados de mujeres embarazadas con bacteriuria en el curso del embarazo, se comparó cualquier régimen antibiótico con la ausencia de tratamiento, y se

proporcionaron datos sobre la persistencia de bacteriuria, aparición de complicaciones renales o la existencia de parto antes del término. (Gonzalez & Escudero, 2011)

En cuanto a infecciones vaginales, en nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, lo que coincide con algunos autores como Mckenzie, Adams y Laterra que afirman que las infecciones genitales suponen un pobre factor predictivo de amenaza de parto pretérmino y sólo es concluyente si se asocia a otros parámetros. Por otra parte, Schieve, sugieren una relación entre las ITU en el embarazo y la morbilidad perinatal, ya que encontraron una asociación entre estas infecciones y la muerte perinatal, sobre todo en madres jóvenes, debido quizás al bajo nivel socioeconómico que suele ser más frecuente entre las gestantes de estas edades. A pesar de los avances en los últimos años en el manejo del parto pretérmino, la prevención sigue siendo la mejor arma para combatir esta patología (Gonzalez & Escudero, 2011)

Referente a la amenaza de parto pretérmino se ha visto que existe una gran incidencia en el Hospital Isidro Ayora de Loja encontrando un total de 182 pacientes, mayor en edades tempranas y en no buena estabilidad de pareja. En un estudio con amenaza de parto pretérmino realizado por Carroli, puede concluirse que la selección de factores de riesgo, la educación de las embarazadas para que aprendan a detectar los signos de alarma, el examen vaginal seriado y el monitoreo domiciliario de la actividad uterina no han manifestado ser métodos fiables que justifiquen su incorporación en la práctica clínica. (Athabe & Carroli, 2011)

Se puede identificar que este trabajo de investigación a nivel local realizado en el Hospital Isidro Ayora de Loja tiene mucha concordancia con estudios realizados en otras estancias de salud, obteniendo resultados parecidos en factores que inciden en la amenaza de parto pretérmino, la realidad actual no se encuentra fuera de contexto, y se podría decir que la prevención que se realiza a nivel de país es buena iniciativa para mejorar esta estadística , y a su vez mejorando y evitando el parto pretérmino, y posibles consecuencias que conlleva, tanto a nivel social como desarrollo del país.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo investigativo podemos concluir que los factores de riesgo que inciden en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres que ingresan al Hospital Isidro Ayora de Loja de agosto a noviembre 2015, se encontró todos los factores de riesgo propuestos como: Infección vaginal, infección de vías urinarias, violencia intrafamiliar, ruptura prematura de membranas, estrés, relaciones sexuales, antecedente de APP, edad materna de <18 y >35 años, embarazo múltiple y traumatismo, siendo los de mayor predominio infección de vías urinarias e infecciones vaginales, y el de menor incidencia, embarazo múltiple.

Se concluye que en el Hospital Isidro Ayora de Loja dentro del periodo agosto a noviembre 2015 existe una gran incidencia de amenaza de parto pretérmino con un 32%.

Se concluye que las patologías de riesgo de amenaza de parto pretermino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015 son las infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales.

También se puede concluir que dentro de los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015 de mayor predominio en esta investigación son: gestantes en edades tempranas, la mayoría primigestas, que no usan métodos de planificación familiar, y con una media de dos parejas sexuales.

RECOMENDACIONES

Personal médico del área de gineco-obstetricia del HIAL concientizar a las pacientes sobre la importancia de los controles prenatales regulares durante el embarazo que ayudaran a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades causantes de amenaza de parto pretérmino.

Personal auxiliar del área de gineco-obstetricia del HIAL orientar a las pacientes sobre el hábito de aseo íntimo, además evitar usar ropa interior de nylon, duchas vaginales y jabones que alteren el pH vaginal.

Internos rotativos y médicos residentes de medicina del área de gineco-obstetricia del HIAL realizar una completa y correcta historia clínica de cada paciente que ingresa a dicha área para recolectar datos confiables, los mismos que servirán para todo tipo de estudio.

Ministerio de salud pública capacitar periódicamente en atención materna perinatal al personal de salud de los establecimientos periféricos, para poder identificar precozmente los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino y así evitar que desencadene a un parto pretérmino.

BIBLIOGRAFÍA

Ardith, Z. (2011). Developing the Native People for Cancer Control Telehealth Network. *telemedicine and e health*, 1-5.

ATA. (6 de febrero de 2012). *Americantelemed*. Recuperado el 13 de marzo de 2014, de http://www.americantelemed.org/about-telemedicine/what-is-telemedicine

Athabe, F., & Carroli, G. (2011). El parto pretermino detección dede riesgos y tratamientos preventivos. *Scielo public health*, 1-8.

B Tulu, C. (2099). Taxonomy of telemedicine efforts whit respect to aplications infraestructure delivery tools type os setting and purpose. *telemed j d health*, 13.

Backman, W. (2010). The telecardiology revolution improvingthe management of cardiac disease in primary care. *J R soc med*, 1-5.

Barbero, M. (7 de mayo de 2008). *El valor educativo de la telemedicina*. Recuperado el 3 de marzo de 2014, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci

Barros, M., & Magalhaes, E. (2009). Implantación del servicio de telesalud en el sistema publico de salud de belo horizonte en Brazil es posible reproducirlo. *Revistaesalud.com*, 1-14.

Biosca G. (2010). diccionario enciclopedico. En B. G., *oceano* (pág. 1792). Barcelona: panamericana.

Bucheli, A., & Echeverria, M. (2011). Analisis de las diferentes formas de enlazarteleconsultorios de centros de saludrurales con hospitales urbanosy elaboracion de crriterios para seleccionar el metodo apropiado segun el caso. *revista tecnologica ESPOL RTE*, 1-4.

Carlos Arcila, M. L. (13 de julio de 2010). diseño de un enlace de telemedicina para el hospitaL universidad san juan de dios del quindio. *Trabajo de Grado para optar el título de Ingeniero Electrónico*. Armenia, Pereira, Colombia.

Carrion, M. (18 de octubre de 2011). tesis de fin de carrera previa a la obtencion de titulo de medico. *Analisis operativo del proyecto telesaul utpl tutupaly duranteel periodo enero julio del año 2011*. Loja, Loja, Ecuador.

Catalunya, u. O. (11 de noviembre de 2011). *Asociación Catalana de Universidades Públicas (ACUP) : Red Vives de Universidades : European Universities Association*. Recuperado el 13 de junio de 2013, de http://www.uoc.edu/portal/es/sala-de-premsa/actualitat/noticies/2011/noticia_171/noticia_171.html

Chipps, J. (2012). A telepsychiatry model to support psichiatric outreachin the public sector y south africa. *African Journal of Psychiatry*, 1-7.

Choza, J. (2013). teledermatología: rural General Practitioner y Especialista metropolitana colaboradora. *Journal of medical internet research*, 1-8.

Chugani, V. M. (2009). implantacion de programas de telemedicina en la sanidad publica de españa experiencia desde la perspectiva de clinicos y decisores. *elseiver España*, 1-7.

Chugani, V. M. (2009). Implantacion de programas de telemedicina en la sanidad publica de España: experiencia desde la perspectiva de clınicos y decisores. *Elsevier España*, 1-7.

Chugani, V. M. (2009). telemedicina. *Elseiver España*, 1-7.

Chugani, V. M. (s.f.). Implantacio´n de programas de telemedicina en la sanidad pu´blica de.

Cleinaldo, A., & Chao, L. (2009). telesalud en la amazonia implantacion resultados y perspectiva. *Latin Am J Telehealth, Belo Horizonte*, 1-7.

Conae. (14 de noviembre de 2012). *comision nacional de actividades especiales*. Recuperado el 23 de junio de 2013, de http://www.conae.gov.ar/index.php/es/

Cosoi, E. (2008). telemedicina en el mundo. *revista chilena de pediatria*, 1-5.

Craig, L. (12 de 15 de 2011). Recuperado el 13 de 03 de 2014, de Jama: http://jama.ama-assn.org/content/early/2011/05/12/jama2011.697.full

Craing, L. (12 de mayo de 2011). *Jama*. Recuperado el 13 de marzo de 2011, de http:/jama.ama-assn.org/content/early/2011/05/12/jama.2011.697.full

Deambrosi, R. (2009). *diccionario enciclopedico ilustrado.* Buenos aires: Oceano.

Deambrosi, R. (2012). Diccionario enciclopedico ilustrado. En *Oceano.* Buenos aires: editorial Buenos aires.

Diaz, g. (14 de junio de 1996). *Telemática Médica - e-Health - Telecomunicaciones en Medicina*. Recuperado el 23 de junio de 2013, de http://www.drgdiaz.com/eco/telemedicina/

Einsenbach, G. (2012). What is e health. *Journal of medical internet reserch*, 1-8.

Farine, M., & Dodd, B. (2009). preventing preterm birth: the role of 17-a hydroxyprogesterone caproate. *American college of obstetricians and gynecologists.*, 200-219.

Fernandez A, O. E. (15 de noviembre de 2010). *Cepal division del desarrollo social.* Recuperado el 16 de junio de 2013, de http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/41825/P41825.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xslt

Gagmon, M. (2008). Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions what are the conditions for success. *Implement Sci*, 1-18.

Garcia, f. (2008). Evaluaciín economica en telemedicina clinica. *Revistaetelesalud*, 1-8.

Godden, D. (2011). Rational development of telehealth to support primary carerespiratory medicine patient distribution andorganisational factors. *primary care respiratory journal*, 1-6.

Gonzalez, L., & Escudero, A. (2011). Asociación entre las infecciones del tracto urinario y amenaza de parto pretermino. *Elsiever*, 1-6.

Gonzalez, P., & Morocho, V. (2010). Estrategias de sensibilizacion para ejecución de proyectos de telesalud. *Latin Am J Telehealth, Belo Horizonte*, 1-8.

Gyetvai, K., & Hannah, M. (2008). tocolytics:for preterm labor: a systematic review. *The cochrane library*, 77-92.

Hersh WR, H. D. (2008). Telemedicine for the Medicare. *uptodate*, 1-8.

JL, M. (2008). Revisión sitemica de la literatura sobre telemedicina. *Panama salud publica* , 61-257.

Knorich, M. (13 de mqrzo de 2000). *Telemedicina Contra o Câncer*. Recuperado el 23 de junio de 2013, de http://www.lsi.usp.br/rondon/

Kulier, R., & Hofmeyr, G. (2008). tocolíticos para la sospecha de distrés fetal intraparto. *Oxford: Update Software*, 10-25.

Laterra, C., Andina, E., & Di Marco, I. (2010). guia de practicas clinicas. *Guia de practicas clinicas: amenaza de parto pretermino*, 1-14.

Laterraa, C., & Susacasab, S. (2011). guia de practica clinica. *Guia de practica clinica: amenaza de parto pretermino*, 1-16.

Martinez, A. (15 de abril de 1997). *copyright enlace hispano americanode salud-designed by pexeto*. Recuperado el 23 de junio de 2013, de http://www.ehas.org/

Mesa, D. (2012). Telemedicina en Ecuadorun mundo de desafios y oportunidades. *la granja*, 1-4.

Morrisona, D. (2011). Telehealth in practice: using NormalisationProcess Theory to bridge the translational gap. *primary care respiratory journal*, 1-2.

MSP. (enero de 2012). *direccion nacional de tecnologia de informacion*. Recuperado el 26 de junio de 2013, de https://geosalud.msp.gob.ec/Gui/index_atlasEpi.php?id=3

MSP. (2012). *Geosalud*. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de http://geosalud.msp.gob.ec/Gui/indexDPA.php?id=0#mapa01

MSP. (enero de 2012). *ministerio de salud publica*. Recuperado el 12 de marzo de 2014, de http://geosalud.msp.gob.ec/Gui/indexDPA.php?id=0#mapa01

MSP, E. (2013). infeccion de vias urinarias en el embarazo. *Guia de practica clinica*, 15-21.

MSP, E. (2014). diagnostico y tratamiento de la infeccion vaginal en obstetricia. *Guia practica clinica*, 16-21.

MSP, E. (2015). Recien nacido prematuro. *Recién nacido prematuro. Guía de Práctica Clínica.*, 11.

MSPE. (2015). recien nacido prematuro. *Guia practica clinica*, 15-18.

MSPZamora. (2012). *principales causas de morbilidad consulta externa Zamora Chinchipe.* Zamora: Zamora.

Narcisa, C. (2014). Guia de practica clinica Amenaza de Parto Pretermino. *Prosego Guia de practica Clinica*, 1-16.

Nargisse, S., & Meryem, K. (2014). risk factors leading to preterm births in morocco. *Panafrican medical journal*, 1-7.

Noriega. (2008). metodología de la investigación. En canales, *manual para el desarrollo del personal de salud* (págs. 1- 327). balderas mexico df: limusa.

OMS. (enero de 2013). *OMS 2013*. Recuperado el 26 de junio de 2013, de http://www.who.int/

Osorio, A., & Garcia, J. (2015). Pharmacotherapeutic guide of the risk of premature birth. *Artículo de Revision*, 78-89.

Paredes, M. (14 de octubre de 2010). *compendio normas de sistema de pensiones capitulo IV definicion de aspectos tecnicos*. Recuperado el 6 de julio de 2013, de http://www.spensiones.cl/compendio/584/w3-propertyvalue-2880.html

Picot, M. (2010). amenaza de parto pretermino. *matronas prefesion*, 1-30.

R., l. (25 de marzo de 2011). *cedia* . Recuperado el 28 de mayo de 2013, de http://dspace.cedia.org.ec/handle/123456789/127

Raman, W., & Wighardt, E. (2008). use of progesterone to reduce preterm birth. *Society for maternal fetal medicine publications* , 112-963.

Reidagas, S., & Rendon, F. (2009). Infraestructura y servicios de telemedicina rural en el departamento del cauca Colombia. *Programa EHAS Universidad del Cauca*, 1-6.

Souza, R., & Cecatti, J. (2015). the burden of provider-initiated preterm birth and associated factors. *Cross mark*, 1-20.

Stickland, M. K. (2011). Using Telehealth technology to deliver pulmonaryrehabilitation to patients with chronic obstructivepulmonary disease. *Can Respir*, 1-5.

Tang, R. (2008). Telemedicine for eye care. *J Telemed telecare*, 1-6.

Telemedicina: generalidades y áreas. (2006). En R. Giselle, *Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud* (págs. 169-191). Berlin: Editorial Berlin.

Vega, S. (noviembre de 2011). *issuu*. Recuperado el 23 de junio de 2013, de http://issuu.com/lizethlugoz/docs/telemedicina_en_latinoamerica_con_enfasis_en_panam

virtual, f. d. (22 de febrero de 2011). *Copyright facultad de medicina virtual*. Recuperado el 23 de junio de 2013, de http://www.fmv-uba.org.ar/mainframe.html

Weinstein, R. (2009). overview of pathology virtual microscopy and whole slide imaginig. *hum pathol*, 40.

ANEXOS

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FORMULARIO N°

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA; AGOSTO A NOVIEMBRE 2015

Número de Historia Clínica:

Edad:

Estado civil:

- **Soltera**
- **Casada**
- **Unión libre**
- **Divorciada**
- **Viuda**

Edad gestacional:

- **22-26 semanas** ☐
- **27-29 semanas** ☐
- **30-32 semanas** ☐
- **33-36 semanas** ☐

Factores de riesgo:

- **Consumo de sustancias psicotrópicas** ☐
- **Infección vaginal** ☐
- **Infección de vías urinarias** ☐

- **Violencia intrafamiliar** ☐
- **Ruptura prematura de membranas** ☐
- **Estrés** ☐
- **Relaciones sexuales** ☐
- **Antecedente de APP** ☐
- **Edad materna de <18 y >35 años** ☐
- **Embarazo múltiple** ☐
- **Traumatismo** ☐

Agente causal de la secreción vaginal:

- Cándidas albicans ☐
- Trichomonas ☐
- Gardenella vaginalis ☐

Agente causal detectado en el cultivo de orina:

- Escherichia coli ☐
- Proteus ☐
- Klebsiella ☐
- Ninguno ☐

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

- **Edad de inicio de vida sexual** ☐
- **Número de parejas sexuales** ☐
- **Papanicolaou test** ☐
- **Gestas** ☐
- **Abortos** ☐
- **Partos** ☐
- **Cesáreas** ☐
- **Método de planificación familiar** ☐

Loja, 09 de Julio de 2015

Dra. Elvia Ruiz

COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

Ciudad.-

De mi consideración.

Yo, **Sandra Beatriz López Márquez**, con cédula de identidad N° **1105169690**, estudiante del décimo Módulo de la Carrera de Medicina, por medio de la presente me dirijo ante su digna autoridad para solicitarle muy comedidamente, se me otorgue el permiso correspondiente para realizar el trabajo de campo del proyecto de tesis de mi autoría titulado: **"FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA; AGOSTO A NOVIEMBRE 2015"**. Paro lo cual solicito se sirva omitir una solicitud al Sr. Ing. Byron Guerrero Jaramillo (Gerente General del Hospital Isidro Ayora), de manera que me sea permitido realizar la recolección de datos de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el Departamento de Gineco – Obstetricia. El presente trabajo se encuentra autorizado y respaldado por mi directora de tesis Dra. Karina Calva J.

Por la favorable atención que se digne a dar a la presente, le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.

Sandra Beatriz López Márquez
CI: 1105169690

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

“FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DE AGOSTO A NOVIEMBRE 2015”

Proyecto de tesis

AUTORA: López Márquez, Sandra Beatriz

LOJA – ECUADOR

2016

TEMA:

“FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DE AGOSTO A NOVIEMBRE 2015”

PROBLEMATIZACIÓN

La Amenaza de Parto Pretérmino constituye un gran problema de Salud Pública a nivel mundial, manteniéndose a su vez como una dificultad para los obstetras y neonatólogos, tanto por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y pronostico a largo plazo de la misma[1].

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22,0 hasta las 36,6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20- 30%)[2].

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios.) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar focalidad infecciosa de otras partes del organismo (pielonefritis, apendicitis.). Pero la causa conocida más frecuente es la infección/inflamación intraamniótica subclínica presente, según datos del Hospital Clínic Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona (2008-2013) y de forma muy similar a lo reportado en la literatura, en un 18% del total de mujeres que ingresan por amenaza de parto prematuro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto pretérmino, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos[3].

La amenaza de parto pretérmino es una de las principales causas de morbimortalidad maternoinfantil. Su trascendencia se debe, no únicamente a su frecuencia de aparición, sino también a las consecuencias que de este proceso se derivan, siendo las secuelas en los recién nacidos, los problemas físicos y psicológicos en la gestante y el gasto sociosanitario algunas de las más importante[4]

La incidencia general de parto pretérmino oscila entre el 5 y el 12%, dependiendo de las series, ya que estas cifras se ven incrementadas en los centros de referencia que cuentan con unidades especializadas de atención a neonatos. En nuestro país, una serie que estudió 22.339 partos entre 1997 y 2000 situó la incidencia en un 9,9%. Según la Asociación Europea de Neonatología, la prematuridad es la principal causa de morbimortalidad neonatal. En Estados Unidos, ocasiona un 75% de las muertes neonatales, superando incluso las originadas por malformaciones. Se considera recién nacido prematuro al que nace entre las semanas 36 y 28, muy prematuro al nacido entre la 27 y la 31, y prematuro extremo, entre la 22 y la 27. La progresiva disminución que ha experimentado la tasa de mortalidad en los recién nacidos prematuros se ha visto acompañada por un aumento del número absoluto de niños con secuelas. Las principales patologías neonatales asociadas a la prematuridad son el síndrome disneico neonatal; la hemorragia intraventricular y la enterocolitis necrotizante. Las alteraciones sensoriales visuales y auditivas son también frecuentes en el niño prematuro. Un estudio de la Universidad de Oxford ha demostrado que se puede utilizar la prematuridad como un factor pronóstico de un aumento de gasto sanitario del recién nacido. Este incremento del consumo de recursos se mantendría significativamente elevado durante al menos los primeros cinco años de vida. En el año 2000, se estimó que el gasto que entrañaba la atención a un prematuro en un hospital estadounidense era de 58.000 dólares, frente a los 4.300 que se dedicaban a un recién nacido a término[5]

Según la OMS 2012 más del 60% de los nacimientos prematuros se produce en África y Asia los 10 países con los mayores números de casos influyen a Brasil, Estados Unidos, India y Nigeria demostrando que el nacimiento prematuro es un verdadero problema global.

En Latinoamérica, un estudio de 333 974 nacimientos en 69 maternidades en 11 países determinó un promedio de 9%. En Quito -Ecuador en el Hospital "Patronato Municipal San José de Quito" se observó, en un total de 7702 mujeres embarazadas un 3,1% con amenaza de parto prematuro y, en 6,4% (489) se presentó parto prematuro[3].

De igual forma en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" (HGOIA) de Quito, en el año 1998 se reportó un total de 11 551 nacimientos, de los cuales 11 221 nacieron vivos y 236, muertos; el 79,7% de estos fueron neonatos pretérmino, es decir 1 de cada 59,5 nacimientos pre términos. De todos los recién nacidos, del 7% al 10% son prematuros y representan el 75% de la morbilidad y mortalidad neonatal[6].

En el Hospital Provincial, Cantón Latacunga, Provincia de Cotopaxi en enero a agosto en el año 2008 se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, donde se trabajó con una muestra de historias clínicas de pacientes que constituyen el 100 % del universo de estudio. Se observó que 90% de estos partos se produjeron en el rango de la semana 33 y < 36.6 de embarazo. El 55 % de nacimientos pretérmino se presentaron en multíparas. El rango de edad materna en quienes se presentó con mayor frecuencia fue entre 18 a 23 años con un 31%, siendo un factor de riesgo mayor. Se concluye que entre los factores de riesgos más importante para que se presente en el parto pretérmino es la edad joven, la multiparidad, embarazo en adolescente, peso inadecuado antes del embarazo, enfermedades crónicas, abuso de drogas y alcohol, un bajo nivel educacional que conlleva a malos controles prenatales incidiendo en un alto porcentaje (56%) de partos pretérmino. Se recomienda capacitar al personal de salud para mejorar la atención y controles médicos más adecuados.

En el ámbito local, un estudio realizado por estudiantes de la Universidad Nacional de Loja en el Hospital Isidro Ayora cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo en Amenaza de parto pretérmino periodo 2008 a 2009; en el mismo se pudo constatar que durante el periodo de estudio, existió un total de 2711 pacientes atendidas de las cuales 99 presentaron diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, lo que representa una prevalencia el 3,65%; los factores de riesgo que predominaron fueron Infección de vías urinarias con el 61%, Infecciones genitales que representan el 57%, gestantes con anemia que correspondió al 32%, Antecedente de parto pretérmino reportando valores de 9% y La gestación múltiple junto con la hipertensión gestacional presentaron índices bajos de prevalencia en Amenaza de parto pretérmino constituyendo el 2% de los casos.

Resulta oportuno, mencionar que las enfermedades hipertensivas durante el embarazo son consideradas por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo con gran relevancia ante las Amenaza de Parto Pretérmino, su incidencia está estimada en un rango de 20%, aunque se han reportado cifras superiores a 38%, las cuales están dadas por las diferencias de regiones, razas, factores socio-económicos y culturales, en los Estados Unidos, su incidencia varía entre 1,6 y 12,6%, lo cual se considera un alto riego obstétrico; en los países latinoamericanos su incidencia elevada de mortalidad constituyen un problema grave de salud pública, particularmente en Ecuador y Paraguay predisponiendo el alto índice de riesgo perinatal[7].

Con el tiempo se le da importancia a la patogénesis y los factores infecciosos, entre ellas tenemos 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 por 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[8].

De igual manera, tanto las infecciones vaginales como la vaginosis bacteriana por Gardenella vaginalis, es una de las infecciones más frecuentes durante el

embarazo del 15 al 20% de las gestantes pueden padecerla, se ha descrito la existencia de cierta relación entre la vaginosis bacteriana y los resultados adversos del embarazo con respecto a la amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membrana, debido a que la mitad de los microorganismos aislados en el líquido amniótico se relaciona con vaginosis bacteriana, lo que sugiere que esta infección puede desempeñar un papel fundamental en la infección del líquido amniótico.

Por lo tanto es necesario mantener la salud materna y el cuidado del niño para que mejoren los resultados mediante acciones que se inicien desde antes del embarazo y durante el mismo.

En el Hospital Isidro Ayora de Loja de acuerdo al departamento de estadísticas del mismo la amenaza de parto pretérmino (CIE P073) ocupa el tercer lugar dentro de las 10 principales causas de ingreso al departamento de Gineco Obstetricia; por lo tanto al conocer sus factores de riesgo (infección vaginal, IVU, estrés, etc.) que pueden influir en su presentación en esta población, me ha motivado a realizar el estudio de :…….¿CUÀLES SON LOS FACTORES DE RIESGO QUE INSIDEN EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIÓDO AGOSTO A NOVIEMBRE 2015?

JUSTIICACIÓN

La Amenaza de Parto Pretérmino (APP) está definida como la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 20 y 36,6 semanas de gestación1; y el Trabajo de parto pretérmino (PPT) está definido como dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto pretérmino, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm. o más[9].

La amenaza y el parto pretérmino son considerados esencialmente una enfermedad social, lo que explica porque, en los países pobres, las minorías postergadas, presenten cifras superiores al 20% de los partos.

Se conoce que la incidencia de amenaza de parto pretérmino en países desarrollados es de alrededor del 5-10%. Pero en países como el nuestro (en vías de desarrollo) no hay estadísticas confiables, estimándose entre el 10% y el 15%, variando de una población a otra. Es importante destacar que, el mismo constituye la principal causa de morbimortalidad perinatal a nivel mundial, por lo cual es necesario identificar a aquellas pacientes sobre las qué, determinadas acciones podrían resultar beneficiosas, disminuyendo así la frecuencia de Recién nacidos Prematuros.

Desde el punto de vista de los factores de riesgo, el que más importancia epidemiológica tiene es el bajo nivel socioeconómico de la madre, por la fuerte asociación con el parto pretérmino. La revisión bibliográfica indica que otros factores asociados son: Antecedente de Parto Pretérmino, escaza cantidad de controles prenatales, anemia materna, tabaquismo, embarazos múltiples, anomalías anatómicas maternas, hemorragias, etc.; con incidencias fluctuantes entre una población y otra[10].

El parto pretérmino afecta el 10% de los nacimientos en países de América Latina y Caribe. En estimaciones realizadas para el 2002-2003, fallecieron en esta Región antes de los 28 días de vida, 166.000 niños (mortalidad neonatal). De ellos el 40%, (65.000 niños) mueren por prematurez y algunos más por causas asociadas con ella[11]. El niño prematuro a su vez tiene mayor morbilidad y mayores tasas de secuelas.

Partiendo de estas definiciones los autores recalcan que todo esfuerzo para prevenir el parto pretérmino representa la medida más importante para reducir la mortalidad perinatal, ya que el 75% de ella, es debida a la prematuridad. Debido a que el riesgo de morbimortalidad en los nacimientos cercanos al término es bajo, la mayor atención se orienta en el PPT temprano (menor de 32 semanas); si bien los nacimientos de este grupo representan el 1 al 2 % de todos los partos, ellos son responsables del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60% de la mortalidad neonatal. De ahí, que el gran desafío para aumentar el número de sobrevivientes sanos, es la prevención y el tratamiento del PPT.

Por lo mencionado anteriormente, es fácil comprender que todos los esfuerzos que se haga para prevenir la amenaza y el parto pretérmino, se verán reflejados en la mejoría de los índices de morbimortalidad perinatal.

La amenaza de parto pretérmino no es solo un problema obstétrico, sino también un problema neonatal y social, que afecta en gran medida a nuestra sociedad, es esta realidad, la que me incentivó a realizar el presente trabajo investigativo y analizar los factores causantes y cuáles pueden ser las medidas para disminuir y en lo posible evitar este problema[12].

Los resultados de dicho estudio serán puestos al servicio de la comunidad de tal manera que se les pueda explicar a las madres sobre la importancia del control prenatal, incentivarlas a que al primer síntoma de APP acudan a un centro de salud, adicionalmente se educara a las madres y a la población sobre los factores de riesgo que desencadenan amenaza de parto pretérmino, se trabajará

juntamente con director del departamento de Gineco Obstetricia y el resto de obstetras y médicos en lo que concierne a prevención.

HIPOTESIS

¿Los factores de mayor frecuencia que originan la amenaza de parto pretérmino en las mujeres que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja; son las infecciones de vías urinarias y la infección vaginal?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgo que inciden en la amenaza de parto pretérmino en las mujeres que ingresan al Hospital Isidro Ayora de Loja desde agosto a noviembre 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar la incidencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015

Identificar las patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015.

Establecer los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, de agosto a noviembre 2015.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo, y transversal y que se lo realizará en el Hospital Isidro Ayora que se encuentra ubicado en la ciudad de Loja, al este de la ciudad, en la parroquia sucre, es un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada en aproximadamente 20 ramas, tiene una cobertura que abarca la ciudad y provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro. Cuenta con servicios de Cuidados intensivos, consulta externa, rehabilitación, servicio de laboratorios y de imagenología.

UNIVERSO: Todas las pacientes que ingresen al departamento de Gineco-Obstetricia, durante el período comprendido agosto – Noviembre 2015.

MUESTRA: La constituirán todas las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que acuden al servicio de Gineco- Obstetricia en el Hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período comprendido agosto- noviembre 2015.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres embarazadas desde las 22 hasta 36,6 semanas que acudan al Hospital “Isidro Ayora de Loja", periodo agosto a noviembre del 2014
2. Mujeres ingresadas en el hospital con diagnóstico de parto pretérmino.
3. Pacientes de todas las edades con diagnóstico de APP.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes embarazadas con más de 36.6 semanas de gestación.
2. Pacientes que acuden ya en trabajo de parto.
3. Historias Clínicas incompletas que se desarrollan en la emergencia.
4. Gestantes fallecidas o transferidas a otros hospitales.

Amenazas:

Historias clínicas incompletas que fueron llenadas en emergencia por ende esto podría afectar a la recolección de la información.

TECNICAS E INTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar la presente investigación utilizaremos el método científico que nos permite acceder a las fuentes bibliográficas de los libros, artículos, revistas de internet.

La investigadora acudirá al departamento de estadística del hospital Isidro Ayora de Loja previa autorización por las autoridades respectivas y mediante el CIE-10 para amenaza de parto pretérmino pediré las respectivas historias clínicas de acuerdo al periodo de estudio.

Se enviará en primera instancia una solicitud al Director asistencial de la institución solicitando la autorización para realizar la investigación durante el período comprendido Agosto – Noviembre 2015.

Se procederá a la obtención de la información directamente de las historias clínicas mediante el uso de un formulario individual en base a las siguientes variables (número de historia clínica, edad, edad gestacional, factores de riesgo: consumo de sustancias psicotrópicas, estrés, infección vaginal, IVU, antecedentes de APP, etc.), además también se procederá a ver los resultados de laboratorio en aquellas pacientes cuyo factor de riesgo fueron las infecciones para de esta manera determinar cuál fue el agente causal de la infección (ver anexo 1) .

Para el análisis de datos, se empleará:

- Ficha de recolección de datos
- Revisión de la información recopilada
- Análisis dinámico de indicadores y variables
- Tabulación de datos Análisis e interpretación de datos, mediante cuadros, gráficos estadísticos en el programa Microsoft Excel 2007, EPI INFO 2000,

como: barras, pasteles según la valoración y los objetivos planteados dentro de la investigación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Factores de riesgo **Variable dependiente:** Amenaza de parto pretérmino

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de la paciente que aumente su probabilidad de sufrir una amenaza de parto pretérmino.	Edad	15 a 20 años 25 a 35 años
		Edad gestacional	28 a 36 semanas de gestación
		Sustancias psicotrópicas (alcohol, drogas y cigarrillos)	SI NO
		IVU	SI NO
		Infección vaginal	SI NO

Amenaza de Parto pretérmino	Contracciones uterinas (por lo menos 3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm antes de las 37 semanas	Historias clínica (anamnesis)	Embarazo de 20 semanas y menos de 37 de gestación.

Cronograma de Actividades

TIEMPO	Abril 2015				Mayo 2015				JUNIO 2015				JULIO 2015				AGOSTO 2015				SEPTIEMBRE 2015				Octubre 2015				Noviembre 2015				Diciembre 2015			
ACTIVIDADES	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Aprobación de tema de tesis, elaboración del proyecto																																				
Aprobación de proyecto de tesis, solicitud para director de tesis																																				
Recopilación de información secundaria																																				
Sistematización de resultados																																				

TIEMPO	ENERO 2016				FEBRERO 2016				MARZO 2016				ABRIL 2016				MAYO 2016				JUNIO 2016				JULIO 2016				AGOSTO 2016				SEPTIEMBRE 2016			
ACTIVIDADES	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Tabulación																																				
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																				
Revisión del Asesor de Tesis																																				
Incorporación de corrección de tesis																																				
Presentación Documento Final de Tesis																																				
Defensa privada de tesis																																				
Defensa pública de tesis e incorporación																																				

PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS

Talentos humanos

- Director de Tesis
- Autor de Tesis
- Jefe del área de ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora
- Pacientes hospitalizadas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora

RECURSOS ECONOMICOS

Cantidad	Material	Total dólares
4	Impresiones	75
1	Copias	10
10	Transporte urbano	30
	Taxi	60
2	Carpetas	3
4	Internet	30
50hrs	Lápices esferos, resaltadores	8
5	Anillados	20
5	Empastado de tesis	40
3	Libreta de notas	10
Total		281

FINACIAMIENTO

- Directo autofinanciamiento.
- Indirecto: Hospital Isidro Ayora de Loja

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos, 2009. (comunicado)
2. Ahued J., Fernández C., Bailón R. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. Asociación de Ginecología y Obstetricia aplicadas. Editorial Manual Moderno. 2012.
3. Cristina M. Laterraa, Sandra Susacasab, Ingrid Di Marcoc y Eduardo Valenti. Guía de práctica clínica: Amenaza De Parto Pretérmino 2011
4. Picot Castro M. Ammenaza de parto pretermino, Matrona. Fundación Hospital de Calahorra. La Rioja 2004; vol. 5, n.º 17
5. Arias F. Guía Práctica Para el Embarazo y Parto de Alto Riesgo. 2da Edición. Editorial Harcourt Brace. 2010.
6. Botero J, Júbiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología texto integrado. Octava edición, 2008.
7. Cabero L. Parto Prematuro. 2011. Editorial Panamericana.
8. Cabero L. Riesgo Elevado Obstétrico. 2006. Colección de Medicina Materno-Fetal. Edit. Masson.
9. Goldenberg R. The management of preterm labor. The American College of Obstetricians and Gynecologist vol. 100, No. 5 November 2009.
10. Lang C, iams J. Goals and strategies for prevention of preterm birth: an obstetric perspective. Pediatric clinics of North América 2009; 56:537–563.
11. Laterra C., Andina E., Di Marco I. Guía de Prácticas Clínicas. Amenaza de Parto prematuro. Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2010. Extraído en Abril 2013.
12. Carrillo, Carlos y Wong, Fernando. Factores Asociados al Embarazo Pretérmino a Nivel del Mar y la Altura. Instituto de Investigaciones de la Altura Universidad Cayetano Heredia. Acta Andina. 3(1):19 – 28. Abril 2009.
13. Espinoza, Jimmy. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. (54):15-21. Enero 2011.

14. Usandizaga, J y De La Fuente, P. Tratado de Obstetricia Y Ginecología. 2 ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2010. pp. 341- 374
15. Meza, Jésica. Factores Maternos Relacionados con el Parto Pretérmino y su Repercusión en el Neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2008 - 2011. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. 3(2):115-125. Diciembre 2007.
16. Caballero, Grosvyn y Ochoa, Andrés. Frecuencia de Rotura Prematura de Membranas en Parto Pretérmino y Valoración de Protocolos de Manejo a Corto y Largo Plazo en la Sala de Labor y Parto del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Revista Médica Postgrado Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 6(2):143-147. Mayo-Agosto 2011.
17. Iriarte, Carlos. Parto Pretérmino en Pacientes del Hospital San Juan de Dios. Universidad Privada del Valle. Oruro-Bolivia, 2006 (investigación) http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista05/pagina05.htm 2009 09 01
18. Palomino M., Borda R. Fundación Universitaria San Martin. Extraído en Marzo 2013 de http://fusmobgin.wikispaces.com/ Amenaza+Parto+Pret%C3%A9rmino
19. Trabajo de parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino, Jaime gallego Arbeláez, Daniel cortés Díaz. (tomo I.). 2010

ANEXOS

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA **FORMULARIO N°**

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA; AGOSTO A NOVIEMBRE 2015

Número de Historia Clínica:

Edad:

Estado civil:

- **Soltera**
- **Casada**
- **Unión libre**
- **Divorciada**
- **Viuda**

Edad gestacional:

- **22-26 semanas** ☐
- **27-29 semanas** ☐
- **30-32 semanas** ☐
- **33-36 semanas** ☐

Factores de riesgo:

- **Consumo de sustancias psicotrópicas** ☐
- **Infección vaginal** ☐
- **Infección de vías urinarias** ☐
- **Violencia intrafamiliar** ☐
- **Ruptura prematura de membranas** ☐
- **Estrés** ☐
- **Relaciones sexuales** ☐
- **Antecedente de APP** ☐
- **Edad materna de <18 y >35 años** ☐
- **Embarazo múltiple** ☐
- **Traumatismo** ☐

Agente causal de la secreción vaginal:

- Cándidas albicans ☐
- Trichomonas ☐
- Gardenella vaginalis ☐

Agente causal detectado en el cultivo de orina:

- Escherichia coli ☐
- Proteus ☐
- Klebsiella ☐
- Ninguno ☐