UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO, SCREENING DE CERVICOMETRIA ESTUDIO A REALIZAR EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA - HOSPITAL IESS DURÁN, AÑO 2015

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR
VACA SALAZAR CESAR BOLIVAR

TUTOR
DR. BOLIVAR VACA MENDIETA

GUAYAQUIL - ECUADOR
AÑO 2015

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, SCREENING DE CERVICOMETRIA,ESTUDIO A REALIZARSE EN SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICA – HOSPITAL IEES DURAN, AÑO 2015		
AUTOR/ ES: VACA SALAZAR CESAR BOLIVAR	**REVISORES:** DR. BOLIVAR VACA MENDIETA	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	**FACULTAD:** CIENCIAS MÉDICAS	
CARRERA: ESCUELA DE MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACION:	**Nª DE PÁGS:** 70	
ÁREAS TEMÁTICAS:		
PALABRAS CLAVE: parto pretérmino, diagnostico, ultrasonografía, longitud cervical, prevención, tratamiento, corticosteroides, factores de riesgo, educación		
RESUMEN: El parto pretérmino se define como aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales. La amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, puede conducir a un parto pretérmino. La hospitalización por APP supone gran parte de los costes asociados al cuidado prenatal y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	**Nº DE CLASIFICACIÓN:**	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	**SI X**	**NO**
CONTACTO CON AUTOR/ES: VACA SALZAR CESAR BOLIVAR	**Teléfono:** 0967385054	**E-mail:** @hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	**Nombre:** UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	
	Teléfono: (04) 228-4505 – (04) 22390311	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR EL SR. **VACA SALZAR CESAR BOLIVAR** CON C.I. # **092682365-9**

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES **AMENAZA DE PARTO PRETERMINO, SCREENING DE CERVICOMETRIA ESTUDIO A REALIZAR EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA - HOSPITAL IESS DURÁN, AÑO 2015**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

_____

DR. BOLIVAR VACA MENDIETA
TUTOR

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al Sr. **VACA SALAZAR CESAR BOLIVAR** ha sido aprobado, luego de su defensa publica, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de **MEDICINA** como requisito parcial para optar **POR EL TÍTULO DE MÉDICO.**

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL **MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación, está dedicado en primer lugar a mis padres Wilson y Jeanneth, quienes con su sabiduría y el esfuerzo diario y constante que siempre me han brindado, logre culminar esta primera etapa en mi vida.

A Ana María, mi esposa, mejor amiga, mi cómplice y compañera en mi vida, por ser siempre mí ayuda a progresar de manera personal y profesional.

A Cristina, mí querida hija, razón y mi motivo para superarme en mi vida.

A mis hermanos Juan Carlos y Grace por su apoyo y contribución.

A mi tutor de tesis Dr. Bolívar Vaca, por su apoyo en la realización de este proyecto académico.

AGRADECIMIENTO

DOY GRACIAS A DIOS por darme salud y la fuerza necesaria para salir adelante en esta carrera de perseverancia, a mi padre y mi madre, que día a día se esforzaron y sacrificaron para poder salir adelante y estuvieron en los días más difíciles de mi vida como estudiante, mi esposa por siempre tenerme paciencia, por confiar en mí, a mi hija, motivo de superación personal, a mis hermanos, por su apoyo, a mis distinguidos maestros, que con nobleza y entusiasmo, vertieron todos sus conocimientos durante el proceso universitario.

César Bolívar Vaca Salazar

RESUMEN

El parto pretérmino se define como aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales.

La amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, puede conducir a un parto pretérmino. La hospitalización por APP supone gran parte de los costes asociados al cuidado prenatal y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad.

Como complemento a la valoración del cérvix mediante tacto vaginal y para aumentar su sensibilidad diagnóstica, disponemos de marcadores del parto pretérmino como son la longitud cervical medida por ecografía transvaginal y el test de la fibronectina (fFN). Aunque es conocido el alto valor predictivo negativo de la combinación del test de fFN negativo y una longitud cervical >25 mm, en la actualidad no está clara la rentabilidad del uso de una sola, o de las dos en combinación

El propósito de este estudio es determinar por observación indirecta, un análisis completo sobre eficacia de este método de diagnóstico, para ayudar a la recolección de datos sobre uso de este método de imagen, y con esta información contribuir a la mejora de la calidad de vida de las pacientes. Este trabajo es un estudio de naturaleza tecnológica, un estudio básico, retrospectivo y descriptivo que se realiza a través la observación indirecta, mediante el análisis de historias clínicas de las pacientes que acuden a la consulta externa del departamento de Ginecología del Hospital IESS de Duran durante el periodo 2015.

Palabras Claves: parto pretérmino, diagnostico, ultrasonografía, longitud cervical, prevención, tratamiento, corticosteroides, factores de riesgo, educación

ABSTRACT

Preterm birth is defined as that which occurs before week 37 of pregnancy. Its etiology is complex and multifactorial, in which can intervene simultaneously inflammatory, ischemic, immunological, mechanical and hormonal factors.
The preterm labor threat (PLT) is the symptomatic clinical process that without treatment, or when this fails, it can lead to a preterm delivery. Hospitalization by PLT assumes much of the costs associated with prenatal care and is one of the main reasons for entry of a pregnant woman before childbirth. Therefore, the PLT would be the last step in the prevention of prematurity.

As a complement to the assessment of the cervix via vaginal touch and to increase its sensitivity, we have markers of preterm birth such as cervical length measured by transvaginal ultrasound and fibronectin (FNT) test. Though it is known the high negative predictive value of the combination of the test negative FNT and a cervical length; 25 mm, currently is not clear profitability of the use of a single, or the two in combination

The purpose of this study is to determine by indirect observation, a complete analysis on effectiveness of this method of diagnosis, to help collect data on use of this method of image, and with this information contribute to the improvement of the quality of life of the patients. This work is a study of a technological nature, a basic, descriptive and retrospective study performed through indirect observation, through the analysis of medical records of the patients attending the outpatient Department of Gynecology of the IESS Hospital Duran during the 2015 period.

Keywords: preterm labor, diagnosis, ultrasonography, cervical lengh, prevention, treatment, corticosteroids, steroids, risk factors, education

INDICE

CONTENIDO

CERVICOMETRIA 15
TRATAMIENTO 16
OPINION DEL AUTOR 17
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN O HIPÓTESIS 18
VARIABLES 18
CAPÍTULO III 19
MATERIALES Y MÉTODOS 19
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO 19
UNIVERSO Y MUESTRA 20
UNIVERSO 20
MUESTRA 20
VIABILIDAD 20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 21
CRITERIOS DE INCLUSION 21
CRITERIOS DE EXCLUSION 21
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN 22
OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 23
TIPO DE INVESTIGACIÓN 23
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS 23
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS 23
HUMANOS 23
FÍSICOS 24
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O DE RECOLECCIÓN DE DATOS 24
METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 24
CAPÍTULO IV 25
ANALISIS DE RESULTADOS 25
CAPÍTULO V 31
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 31
CAPÍTULO VI 32

PROPUESTAS 32
BIBLIOGRAFÍA 33
ANEXOS 35
ANEXO 1 35
ANEXO 2 35

INTRODUCCION

La amenaza de parto pretérmino se define por la presencia de contracciones uterinas dolorosas y regulares, y clínicamente reconocibles, que comienzan después de la semana 20 de embarazo y antes de las 37 semanas. 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%).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2005 se registraron 12,9 millones de partos pretérmino, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso. En América Latina y el Caribe se produjeron 0,9 millones de partos pretérmino. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). La tasa de partos pretérminos ha aumentado un 20% en los últimos 10 años. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

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, etc.) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar focalidad infecciosa de otras partes del organismo (pielonefritis, apendicitis).

Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos. Entre estos métodos podemos destacar la ecografía transvaginal y métodos bioquímicos como la fibronectina, la detección de IGFBP-1 o PAMG-1. Por su bajo coste y su facilidad en la aplicación clínica en nuestro contexto, nuestro centro utilizará la medición de la longitud cervical como la exploración complementaria de primera elección.

El propósito de este estudio es determinar por observación indirecta, un análisis completo sobre eficacia de este método de diagnóstico, para ayudar a la recolección de datos sobre uso de este método de imagen, y con esta información contribuir a la mejora de la calidad de vida de las pacientes. Este trabajo es un estudio de naturaleza tecnológica, un estudio básico, retrospectivo y descriptivo que se realiza a través la observación indirecta, mediante el análisis de historias clínicas de las pacientes que acuden a la consulta externa del departamento de Ginecología del Hospital IESS de Duran durante el periodo 2015.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se relaciona la medición del cervix con la amenaza de parto pretermino y cuál es el efecto o complicación de no llegar a su diagnóstico precoz?

El parto prematuro es la principal causa de muerte neonatal (muerte en los primeros 28 días de vida) y es responsable del 27% de las muertes neonatales en todo el mundo en la actualidad, provocando un millón de muertes cada año.

El riesgo de muerte neonatal disminuye a medida que se incrementa la edad gestacional al parto, pero la relación es no lineal. Por otro lado, como consecuencia de un PP ocurren consecuencias graves para el recién nacido pretérmino, como una mayor morbilidad y una mayor tasa de secuelas a largo plazo, incluyendo déficits del desarrollo psicomotor (por ejemplo parálisis cerebral, alteración en aprendizaje o alteraciones visuales), así como un incremento en el riesgo de enfermedad crónica en la etapa adulta

El porcentaje de recién nacidos de bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos) ha disminuido sólo de manera mínima desde un 1.46% en 2014 al 1.45% en 2015. Por tanto, el parto prematuro continúa siendo un determinante mayor en la morbilidad a corto y a largo plazo en los recién nacidos, lactantes y niños.

Sólo algunos países disponen de información fiable sobre la prevalencia nacional de parto prematuro. La tasa en todo el mundo se estima alrededor del 11% (oscila en un 5% − en algunos países europeos − y un 18% − en algunos países africanos−), y alrededor de 15 millones de niños nacen pretérmino cada año (con un rango entre 12 y 18 millones).

De estos, un 84% ocurre entre la 32 y 36 semanas, un 10% entre la 28 y 32 semanas y un 5% ocurre por debajo de la semana 28. En Estados Unidos en 2014, el 11.99% de los partos fueron pretérmino. Los partos prematuros se distribuyen de la siguiente manera: 34 a 36 semanas (8.49%), 32 a 33 semanas (1.53%), menos de 32 semanas (1.97%).

JUSTIFICACIÓN

La exploración ecográfica transvaginal del cérvix permite una valoración más completa del cérvix ya que valora también la porción interna del canal cuando el orificio externo está cerrado.

La técnica consiste en realizar una ecografía transvaginal (aunque también puede realizarse transperineal o translabial) con una magnificación suficiente para ver en toda su longitud el canal cervical y el orificio cervical interno. Esta técnica disminuye las variaciones interobservador de la valoración mediante tacto vaginal, aumenta la sensibilidad del diagnóstico de verdadera amenaza de parto prematuro y se disminuye la necesidad de tratamiento tocolítico innecesario.

También puede ayudar a aclarar la causa en el caso de existir sangrado vaginal de origen incierto. El cérvix uterino normal tiene una longitud media en el segundo trimestre de 3.5 cm, y su longitud va disminuyendo ligeramente durante la gestación normal, algo más en gestaciones múltiples que en aquellas con feto único.

DETERMINACIÓN DE PROBLEMA

Campo: Salud Pública.

Área: Consulta Externa Ginecología.

Aspecto: Amenaza de parto pretérmino, screening de cervicometria.

Tema de Investigación: Amenaza de parto pretermino, Diagnóstico imagenologico en Consulta Externa del Servicio de Gineco-Obstetricia - Hospital IESS Durán, Año 2015.

Universo: Mujeres que acuden a la Consulta Externa del Servicio de Ginecología del Hospital Nivel 2 IESS Durán en una muestra demostrativa obtenida a través de fórmulas estadísticas en el año 2015.

Lugar: Hospital Nivel 2 IESS Durán.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la edad gestacional más frecuente de amenaza de parto pretérmino?

¿Cuáles son las consecuencias de la falta de control de la amenaza de parto pretermino?

¿Cuál es la utilidad de la cervicometria en la amenaza de parto pretermino?

OBJETIVOS GENERALES

- Determinar el diámetro del cervix mediante el estudio de imagen (Eco transvaginal) realizadas a las mujeres que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Nivel 2 IESS Durán.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar por medio de ecografia los cambios del cervix a las diferentes usuarias que acuden a la consulta externa de ginecología.

- Establecer medidas preventivas a las mujeres acerca de la amenaza de parto pretermino.

- Recabar información de revistas científicas internacionales con el fin de conocer la problemática mundial de la Amenaza de parto pretermino.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

FISIOLOGIA DEL PARTO

El conocimiento del inicio del parto es actualmente desconocido en gran medida. Existen elementos y factores bastante convincentes, sin embargo, cada uno de ellos parece ser insuficiente en alguno de sus aspectos. La importancia clínica del conocimiento de este proceso fisiológico complejo reside en la mejor comprensión del inicio del parto en fetos pretérminos, y por lo tanto, un mejor diagnóstico y manejo terapéutico de esta situación clínica con unas elevadas tasas de morbilidad y mortalidad fetal.

Desde el punto de vista teórico podemos diferenciar dos conceptos del "inicio del parto":

1. Inicio del parto fisiológico: Comienza el parto a prepararse ya desde las primeras fases de la gestación. Se refieren a todos los cambios que se producen en el organismo y que dan lugar al parto o a la preparación del mismo.

2. Inicio del parto desde el punto de vista clínico: Se produce cuando la actividad uterina es regular (2 contracciones cada 10 minutos) y modificación del cuello uterino. La progresión entre la gestación y el parto no es brusca y es difícil de precisar en los momentos iniciales, cuando se ha desencadenado el parto.

Este proceso se ha dividido académicamente en cuatro fases, que son las siguientes: · FASE 0: Se inicia con la misma gestación, con los cambios fisiológicos de la musculatura uterina, determinados por esta. Se caracteriza por una escasa actividad contráctil, con muy poca sensibilidad a la oxitocina, y una gran resistencia del cérvix a su dilatación.

FASE I: Ocurre en las últimas 3-4 semanas, y es en este período cuando se producen los fenómenos fundamentales de la preparación para el desencadenamiento del parto. Se

observa un aumento progresivo de la actividad contráctil uterina, un aumento de la respuesta a la oxitocina y modificaciones en el cérvix.

Al final de esta fase se produce la fase de latencia descrita por Friedman, en ella se producen los cambios finales preparatorios del cérvix, en especial su reblandecimiento y borramiento, mientras que de forma paralela van aumentando las contracciones uterinas, que son percibidas clínicamente no como dolor sino como presión o endurecimiento uterino.

· FASE II: Es el propio parto, caracterizado por una actividad contráctil uterina coordinada y eficaz que determina la dilatación cervical y la expulsión fetal y placentaria. La respuesta a la oxitocina es ya muy acusada. En la Fase II se describen tres estadios o periodos:

· Primer periodo o fase de dilatación: Se produce la dilatación cervical hasta alcanzar la dilatación máxima o completa.

· Segundo periodo o fase de expulsión: Se produce la expulsión fetal, finalizando con su salida completa al exterior del canal del parto.

· Tercer periodo o alumbramiento: Abarca el periodo desde la expulsión fetal hasta el alumbramiento completo de la placenta.

· Cuarto periodo: Descrito recientemente, se inicia tras la expulsión de la placenta y finaliza unas dos horas después, en el que acontecen los mecanismos de hemostasia de los vasos que alcanzaban la placenta. Más que un espacio definido, es el intento de llamar la atención sobre un periodo clínico en el que se pueden producir graves fenómenos hemorrágicos de fracasar estos mecanismos, y así llamar la atención sobre su vigilancia y control.

· FASE III: Es la fase en la que se produce la recuperación completa del aparato genital a su estado pregestacional, se le conoce con el nombre de puerperio y acontece en un

lapso de tiempo de 7 a 10 semanas. Utilizando este modelo se define el inicio del parto como la transición entre las fases 0 y I. Por lo tanto, los mecanismos responsables del inicio del trabajo del parto son aquellos que hacen que el útero pase a la Fase I y en los cuales nos vamos a centrar en este tema.

En la actualidad existen múltiples teorías sobre el inicio del parto, pero las que prevalecen desde una perspectiva superficial consisten en la hipótesis del mantenimiento del embarazo y la teoría de la inducción del parto por una uterotonina. Muchos autores, además, especulan con la participación del feto humano maduro, mediante un mecanismo todavía indefinido, como origen de la señal inicial para el conocimiento del parto.

PARTO PRETERMINO

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

El nacimiento pretérmino afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas.

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber

proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no habérseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos

La prematurez continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. El parto prematuro espontáneo y la rotura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos pretérminos; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales.

Las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar. Existen numerosas controversias con respecto a su prevención, diagnóstico y tratamiento. Las estrategias para prevenirlo, y el diagnóstico precoz han fracasado aun en los países más evolucionados. Por otro, lado existe un alto número de diagnósticos falsos positivos, que llevan a tratamientos innecesarios.1 Se describen tres entidades clínicas bien definidas relacionadas con el parto prematuro: • Amenaza de parto pretérmino con membranas íntegras. • Rotura prematura de membranas. • Complicaciones propias del embarazo/iatrogénicas.

CERVICOMETRIA

La cervicometria es un estudio ecográfico que se realiza por vía transvaginal y permite evaluar las características del cervix (cuello) uterino materno con el objeto de establecer el riesgo de parto prematuro durante la gestación.

Se valora esencialmente la longitud cervical y embudización, que se ha documentado en la literatura médica son los elementos más importantes para predecir el riesgo de parto prematuro.

Puede requerirse la valoración del cervix por vía transvaginal para evaluar con precisión la presencia de placenta previa o de otras anormalidades como la presencia de inserción velamentosa del cordón umbilical con un vaso sanguíneo del cordón previo a la presentación del feto (vasa previa).

La cervicometria es útil en aquellas pacientes con gestaciones de alto riesgo de parto prematuro como el antecedente de parto prematuro previo, anormalidades uterinas, los embarazos múltiples, aumento de la cantidad de líquido amniótico y otras.

Así mismo ayuda a definir el tipo de manejo y el riesgo en el caso de las pacientes con un patrón de contracciones uterinas aumentado para la edad gestacional y en aquellas pacientes donde se documenta clínicamente acortamiento del cervix o amenaza de parto prematuro.

Este estudio ecográfico se realiza a la semana 20 a 24 cuando existe un riesgo elevado de parto prematuro por la historia clínica. En los casos de alguna situación clínica durante la gestación como la amenaza de parto prematuro o el aumento de líquido amniótico se realizara en el momento necesario.

FACTORES DE RIESGO

Los siguientes factores que aumentan el riesgo de la amenaza de parto pretérmino tenemos:

- Tabaquismo
- Consumo de drogas
- Mujeres con edades menores de 20 años y mayores de 35 años
- Desnutrición, anemia, actividad física excesiva
- Embarazo múltiple
- Anomalías estructurales del útero
- Infección genital baja, IVU, vaginosis bacteriana

- Anomalías del volumen de líquido amniótico
- Enfermedades febriles: Infección urinaria, dengue, malaria, etc.
- Cirugía abdominal, trauma
- Hipertensión arterial
- Rotura prematura de membranas
- Diabetes mellitus/ gestacional
- Antecedente de parto prematuro
- Anomalías congénitas fetales
- Nivel socioeconómico bajo

CUADRO CLINICO

Paciente con embarazo entre las semanas 20 y 37 calculada desde la fecha de la última regla y la documentación de actividad uterina de al menos una hora con una frecuencia de 4/20 minutos u 8/60 minutos. Membranas íntegras con presencia de modificaciones a nivel cervical documentada, borramiento de 80% y/o dilatación de 2 cm.

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes UNO O MÁS de los siguientes criterios:

Criterios clínicos:

1. Bishop ≥ 5.
2. Parto pretérmino anterior espontáneo antes de la semana 34.
3. Pérdida gestacional tardía (≥ 17.0 semanas).
4. Gestación múltiple.
5. Portadora de cerclaje cervical en gestación actual.

Criterios ecográficos:
Gestaciones únicas:

1. Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas.
2. Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas.
3. Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más.

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

DIAGNOSTICO

La identificación de los síntomas de parto pretérmino podría ayudar a detectar aquellas pacientes candidatas a realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Los signos y síntomas incluyen:

Contracciones frecuentes (más de 4 por hora), calambres, presión pelviana, excesivo flujo vaginal, dolor de espalda y dolor abdominal bajo.
Los síntomas suelen ser inespecíficos.

El diagnóstico deberá realizarse en pacientes entre 20 y 36 semanas y seis días de gestación si las contracciones uterinas ocurren con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, y están acompañadas de cualquiera de los siguientes hallazgos: RPM, dilatación cervical >2 cm, borramiento cervical del 50%, o cambios cervicales detectados en exámenes seriados

Si el cérvix aparece borrado >70% y/o dilatado de 2 cm o más, se considera diagnóstico de APP al igual que un borramiento y dilatación cervical progresivas. La realización del tacto vaginal es subjetiva y se puede perder mucha información. Hay una tasa de falsos positivos del 40%.

MARCADOR BIOQUÍMICO

La fibronectina fetal es una glucoproteína producida por el corion. Está relacionada con la adherencia de la placenta y membranas a la decidua. La separación entre decidua y corion conlleva un aumento de esta glucoproteína en secreción cérvicovaginal y esto

reflejaría un comienzo espontáneo de parto. Es normal detectar la fibronectina en gestaciones menores de 20 semanas y mayores de 37 semanas. Está contraindicada en los siguientes casos:

- Rotura prematura de membranas o >3 cm de dilatación
- Cerclaje
- Placenta previa y/o sangrado
- Exploraciones o relaciones en < 24 horas

Está indicada en:

- Mujeres sintomáticas entre 24-34 semanas
- Dilatación

Las mujeres con síntomas y signos de APP y un test de fibronectina negativo (fibronectina negativo (<50ng/ml) tienen un riesgo de parto prematuro en las dos semanas siguientes menor al 1% El valor predictivo negativo de esta prueba es muy elevado. Sirve más para descartar una APP que para confirmarla.

Un test de fibronectina positivo tiene menos valor que una longitud de cérvix corta. El 30% de las pacientes con test positivo tendrá un parto pretérmino

CERCLAJE

Existe controversia acerca de los beneficios y efectos adversos del cerclaje cervical en mujeres con riesgo de parto pretérmino causado por incompetencia ístmico-cervical. El cerclaje cervical ha mostrado sólo beneficios en aquellas mujeres con diagnóstico de incompetencia que presentaron antecedentes de tres o más partos pretérmino, pero se encontraron complicaciones asociadas con la cirugía y con el riesgo de estimulación de las contracciones uterinas.

Los últimos trabajos han mostrado resultados contradictorios. Un estudio reciente donde se evaluaron embarazadas a las que se les efectuó cerclaje y reposo versus reposo mostró beneficios con el procedimiento. Los autores concluyeron que el cerclaje asociado al

reposo reduce los nacimientos anteriores a las 34 semanas en mujeres con factores de riesgo y/o síntomas de incompetencia cervical y con longitud cervical menor a 25 mm antes de las 27 semanas

Otros investigadores encontraron que el cerclaje en pacientes con diagnóstico de dilatación cervical por ultrasonografía durante el segundo trimestre del embarazo no mejoró los resultados perinatales.

CERVICOMETRIA

La valoración del cuello uterino mediante la ecografía transvaginal es un mé- todo más objetivo, reproductible y con un valor más predictivo. Para tener una correcta reproductibilidad de la ecografía transvaginal es necesario:

- Magnificar la imagen del cérvix al 75% de la pantalla.
- El orificio cervical interno debe verse triangular o plano.
- Visualización del canal cervical en toda su longitud.
- El canal cervical debe estar equidistante del labio anterior y posterior.
- Realizar la ecografía con la vejiga vacía.
- No hacer excesiva presión sobre el cérvix o fondo de saco.
- Practicar tres mediciones y tener en cuenta la menor de ellas.
- Medir el canal cervical residual. No medir el funnel pero tenerlo en cuenta así como la dilatación del canal

El borramiento cervical evoluciona en dirección cráneo-caudal. Hasta que los orificios cervicales interno y externo se unen el cuello se va acortando y el canal cervical adopta diferentes formas.

Una medición >30 mm tiene un elevado valor predictivo negativo para parto prematuro en mujeres sintomáticas. Excluye el diagnóstico de parto pretérmino4-6. El punto de corte para discriminar la verdadera de la falsa APP es 25 mm.

Para garantizar un buen valor predictivo de la longitud cervical, su medida debe realizarse de forma adecuada. Se recomienda realizarla de la siguiente manera:

- Vaciamiento previo de la vejiga urinaria.
- Introducir la sonda vaginal hasta el fondo de saco vaginal anterior, evitando una excesiva presión. La ecogenicidad de ambos labios cervicales debe ser similar.
- Obtener una imagen medio-sagital del cérvix, identificándose el canal cervical y la mucosa endocervical, el área triangular del orificio cervical externo y la muesca con forma de V del orificio cervical interno.
- Aumentar la imagen para que el cérvix ocupe al menos el 75% de la imagen.
- Medir la distancia del canal sin incluir el embudo. La presión fúndica puede ser de utilidad para revelar el orificio cervical interno o provocar tunelización (funnelling).
- Obtener tres medidas y registrar la menor de ellas.

TRATAMIENTO

Existen dos opciones que ayudan a enfrentar el nacimiento prematuro: demorar el nacimiento cuanto sea posible, o preparar la llegada del feto prematuro. Ambas pueden ser usadas simultáneamente.

Retardar el nacimiento prematuro es la opción más favorable. Esto da al feto, o los fetos, más tiempo para madurar en el vientre. Existen varias técnicas que ayudan a lograrlo. El primer recurso es reposo absoluto en cama. Mantener una posición horizontal reduce la presión cervical, lo que le permite estar más alargada por más tiempo, reduciendo la irritación uterina producida por movimientos innecesarios, lo que podrían provocar contracciones. Así mismo, hidratación y nutrición adecuadas son importantes: la deshidratación ayuda a las contracciones uterinas prematuras.

En el caso de hospitalización, se puede detener el trabajo de parto prematuro simplemente mejorando la hidratación de la madre por medio de suero intravenoso.

En el último de los casos, existen medicamentos que evitan las contracciones (tocolíticos), como ritodrine, fenoterol,nifedipina y atosiban.

La terapia prenatal con corticoides para la inducción de la maduración pulmonar fetal disminuye la mortalidad, el síndrome de distress respiratorio y la hemorragia intraventicular en niños prematuros.

Estos beneficios se extienden a edades gestacionales comprendidas entre las 24 y 34 semanas.

Los estudios realizados en animales refieren cierto efecto neurotóxico de la dexametasona. Por otra parte, se observó un mayor efecto protector de la betametasona sobre la leucomalasia periventricular en los recién nacidos de muy bajo peso.

Los efectos teóricamente negativos de la dexametasona deberían ser motivo suficiente para evitar su uso antenatal, de ser posible, hasta que esté disponible información definitiva.

No existen pruebas que refuercen el criterio de aplicar dosis semanales.Los estudios en humanos para evaluar los riesgos de dosis múltiples son contradictorios y todavía muchos no se han completado.

Algunos sugieren efectos adversos. Estudios recientes han hallado que dosis semanales de corticoides antenatales no reducen la morbilidad neonatal comparado con una sola dosis.

Las dosis múltiples de corticosteroides antenatales deben ser reservadas para las pacientes enroladas en estudios randomizados.

Si se prolongara el embarazo más allá de una semana desde la aplicación de la primera dosis, se evaluará la repetición del corticoide si la paciente presenta nuevamente riesgo de nacimiento pretérmino.

OPINION DEL AUTOR

Dada la gran prevalencia y la incidencia en aumento del tema en discusión, es necesario tomar muy en cuenta y prestar atención a esta gran problemática internacional como lo

es la amenaza de parto pretermino, aprender a identificar y determinar la medición del cérvix mediante ecografia, de esta manera llegar al diagnóstico precoz y así tratar de disminuir las posibles consecuencias perjudiciales en el embarazo, esto es el parto preamturo. El presente trabajo de investigación involucra cada uno de los datos a investigar, prestando atención significativamente sobre los factores de riesgo y medidas de prevención. Se ha desarrollado un estudio descriptivo y analítico de mujeres que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital IESS Durán, durante el año 2015. Tomando en cuenta solo a pacientes a las cuales se les realizó la cervicometria durante el año en gestión dando un total de 621 pacientes, de los cuales se reportaron 113 casos confirmados de parto prematuro como complicación más importante, más adelante mostraremos las tablas de resultados y cuadros estadísticos correspondientes al estudio propuesto.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN O HIPÓTESIS

Según datos epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud existiría un incremento de la incidencia y prevalencia de la amenaza de parto pretermino, de la misma manera un aumento del parto prematuro, lo cual nos lleva a plantear las siguientes hipótesis:

1. Existe relación entre la medición del cervix en la amenaza de parto pretermino y el parto prematuro.
2. El inicio precoz de las relaciones sexuales a temprana edad favorece al embarazo juvenil que entra en los factores de riesgo.
3. Mujeres mayores de 35 años que se encuentran en estado gestacional.

VARIABLES

- Variables Dependientes
- Variables Independientes
- Variables Intervinientes

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica, basada fundamentalmente en las publicaciones de revistas médicas de prestigio como lo son New England Journal of Medicine, Medscape, PubMed, Scielo, Esevier, entre otros.

Se trató de utilizar la bibliografía de los últimos 5 años, y se hace referencia a artículos originales de importancia de años anteriores.

Se revisaron los siguientes aspectos: Definiciones, Amenaza de Parto Pretermino, Cervicometria, epidemiología, diagnóstico, factores de riesgo, tratamientos, prevención primaria y secundaria y problemas sociales derivados basados en la evidencia.

Se realizará un estudio descriptivo y analítico de mujeres que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Nivel 2 IESS Durán, durante el año 2015, mediante la revisión de historias clínicas y datos de laboratorio que reposan en el sistema de estadística del centro hospitalario.

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

PAIS: Ecuador
PROVINCIA: Guayas
CANTÓN: Durán
PARROQUIA: Eloy Alfaro
LUGAR: Hospital Básico IESS Durán
DIRECCIÓN: Avenida Gonzalo Aparicio y Guillermo Davis

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

UNIVERSO: Mujeres que acuden a la Consulta Externa del Servicio de Ginecología del Hospital Nivel 2 IESS Durán, las cuales estén en etapa gestacional, bajo código **(O47) FALSO TRABAJO DE PARTO**, siendo un total de **1.203** pacientes, estudio comprendido durante el año 2015.

MUESTRA

Comprende a las pacientes las cuales se les realiza cervicometria, y la medida del cérvix este < de 20mm, siendo un total de **617** casos positivos diagnosticados como APP, además cumplen criterios de inclusión y exclusión.

VIABILIDAD

Para la realización del estudio se cuenta con el apoyo incondicional de la Dirección Médica de la Institución Hospitalaria a la cual pertenezco y formo parte del Grupo de Internado Rotativo Periodo 2015 - 2016, Hospital Básico IESS Durán, la cual otorga la autorización para acceder a los documentos informáticos y estadísticos que reposan en el sistema del Centro Hospitalario, así mismo se cuenta con el apoyo de nuestros docentes en especial el Dr. Johnny Potes D. (Jefe del Consulta Externa), Dra. Patricia Párraga P. (Jefa de Centro Quirúrgico y Coordinadora de Docencia), quienes otorgarán todo el conocimiento y ayuda necesaria para la resolución de este proyecto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes que cuenten con historia clínica completa y con seguimiento en el mismo centro hospitalario Hospital Nivel 2 IESS Durán.

2. Pacientes a la cual se les haya realizado cervicometria en el mismo centro hospitalario Hospital Nivel 2 IESS Durán.

3. Pacientes con factores de riesgo evidentes.

4. Pacientes que presenten sintomatología clínica y subclínica de Amenaza de parto pretérmino.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que no cuenten con historia clínica completa, las cuales no hayan tenido seguimiento o hayan abandonado el Servicio Ginecológico del Hospital.
2. Pacientes que se encuentren fuera del periodo de estudio.
3. Pacientes a las cuales no se les haya realizado cervicometria en el centro hospitalario.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES	TIPO	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
Mujeres que se realizan cervicometria	Independiente	Prueba de detección temprana para determinar amenaza de parto pretérmino	Número de pacientes que se realizaron cervicometria	Numérica Porcentual	AS400
Falso trabajo de parto CIE10 - O47	Dependiente	La aparición de contracciones uterinas breves e irregulares tanto en intervalo como en duración sin cambios cervicales	Número de pacientes cuyo resultado fue aparición de contracciones uterinas sin alteraciones cervicales	Numérica Porcentual	AS400
Parto prematuro - O60	Dependiente	el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, contadas desde el primer día de la última menstruación	Número de pacientes con cervicometria positiva para APP, que tuvieron su parto antes de las 37 semanas de gestación	Numérica Porcentual	AS400
Edad	Intermitente	comprendidas entre los 14 a 40 años de edad	14 - 19 Años 20 - 35 Años 36 - 40 Años	Numérica Porcentual	AS400

Autor: IRM. César Bolívar Vaca Salazar

Fuente: Balcón de Servicios Estadísticos - Hospital Básico IESS Durán

OPERACIONALIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para la realización del presente trabajo de titulación, se procedió a la recolección de datos estadísticos inmersos en el sistema de la Institución Hospitalaria, datos que cumplen con criterios de inclusión y exclusión, previamente solicitados mediante oficio a la Dirección Médica para la extracción de los mismos.

Cabe destacar que los datos obtenidos, son reflejo de las diferentes historias clínicas detalladas en el sistema AS400 de la Institución, de las diferentes pacientes que se sometieron a la cervicometria en la Consulta Externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico IESS Durán.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y el método es observacional y analítico.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Para la siguiente investigación y recolección de datos se tomó en consideración los 4 principios bioéticos básicos como son la beneficencia, no maleficencias, autonomía y justicia. Los datos recolectados no representan riesgo alguno para los participantes, estos se guardaran en anonimato y fueron solo utilizados para fines investigativos.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

HUMANOS

1. Autor de Tesis
2. Tutor de Tesis
3. Departamento de Imagenologia Hospital Básico IESS Durán
4. Departamento de Gineco-Obstetricia Consulta Externa
5. Responsable de Balcón de Servicios - Estadísticos

FÍSICOS

1. Tratados de Ginecología
2. Revistas Internacionales
3. Publicaciones Médicas
4. Archivos de Internet
5. Materiales Electrónicos (computadora, ecografía)
6. Papelería

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información o recolección de datos fue tomada del Área de Balcón de Servicios Estadísticos del Hospital Básico IESS Durán, previa solicitud mediante oficio solicitado al Director Médico.

Los datos que se toman en consideración son las mujeres que acuden a la Consulta Externa del Servicio de Ginecología del Hospital Básico IESS Durán las cuales estén en etapa gestacional, bajo código **CIE10 O47 FALSO TRABAJO DE PARTO**, siendo un total de **1.203** pacientes, estudio comprendido durante el año 2015 y a las pacientes las cuales se les realiza una cervicometria y la medida del cérvix este < de 20mm, siendo un total de **617** casos positivos diagnosticados como APP, de los cuales se reportaron 50 casos confirmados de **CIE10 O60 PARTO PREMATURO** como complicación más importante, además cumplen criterios de inclusión y exclusión.

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se plasman los datos obtenidos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, donde se expresan por escala porcentual y numérica.

CAPÍTULO IV

ANALISIS DE RESULTADOS

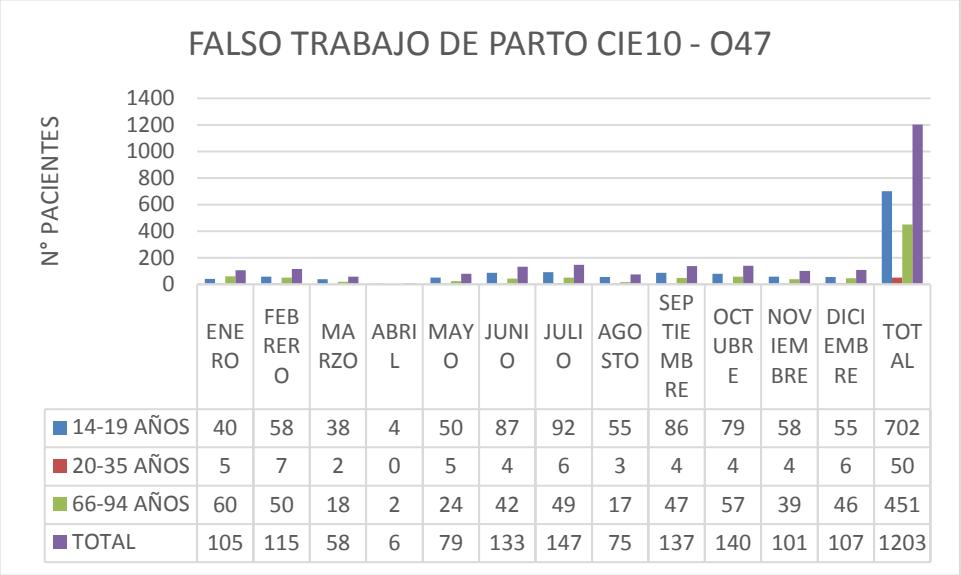
El siguiente trabajo de investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo y analítico de mujeres que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Básico IESS Durán, durante el año 2015.

Los datos que se toman en consideración son las mujeres que acuden a la Consulta Externa del Servicio de Ginecología del Hospital Básico IESS Durán, las cuales estén en etapa gestacional, bajo código **CIE10 O47 FALSO TRABAJO DE PARTO**, siendo un total de **1.203** pacientes, estudio comprendido durante el año 2015 y a las pacientes las cuales se les realiza una cervicometria y la medida del cérvix este < de 20mm, siendo un total de **617** casos positivos diagnosticados como APP de los cuales se reportaron **50** casos confirmados de **CIE10 O60 PARTO PREMATURO** como complicación más importante, además cumplen criterios de inclusión y exclusión.

FALSO TRABAJO DE PARTO - CIE10 O47	14-19 AÑOS	20-35 AÑOS	66-94 AÑOS	TOTAL
ENERO	40	5	60	105
FEBRERO	58	7	50	115
MARZO	38	2	18	58
ABRIL	4	0	2	6
MAYO	50	5	24	79
JUNIO	87	4	42	133
JULIO	92	6	49	147
AGOSTO	55	3	17	75
SEPTIEMBRE	86	4	47	137
OCTUBRE	79	4	57	140
NOVIEMBRE	58	4	39	101
DICIEMBRE	55	6	46	107
TOTAL	702	50	451	1203

Tabla 1: Número de Mujeres que realizaron Falso trabajo de parto - Grupos de Edad - Año 2015

FUENTE: Balcón de Servicios - Estadística Hospital Básico IESS Durán



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
14-19 AÑOS	40	58	38	4	50	87	92	55	86	79	58	55	702
20-35 AÑOS	5	7	2	0	5	4	6	3	4	4	4	6	50
66-94 AÑOS	60	50	18	2	24	42	49	17	47	57	39	46	451
TOTAL	105	115	58	6	79	133	147	75	137	140	101	107	1203

Gráfico No. 1: Mujeres que realizaron Test de Falso trabajo de parto - Dato Mensual - Año 2015

FUENTE: Balcón de Servicios - Estadística Hospital Básico IESS Durán

Análisis e Interpretación: Observamos en las gráficas el número total de pacientes, mujeres que realizaron Falso trabajo de parto - Diciembre del Año 2015, con un Total de 1.203 resultados de Cervicometria, esto representa el 100%.

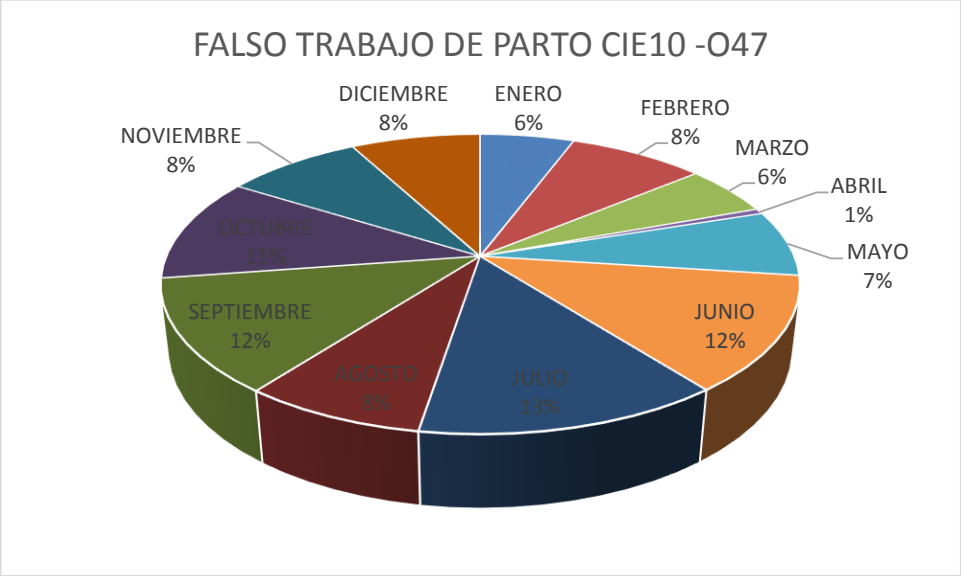
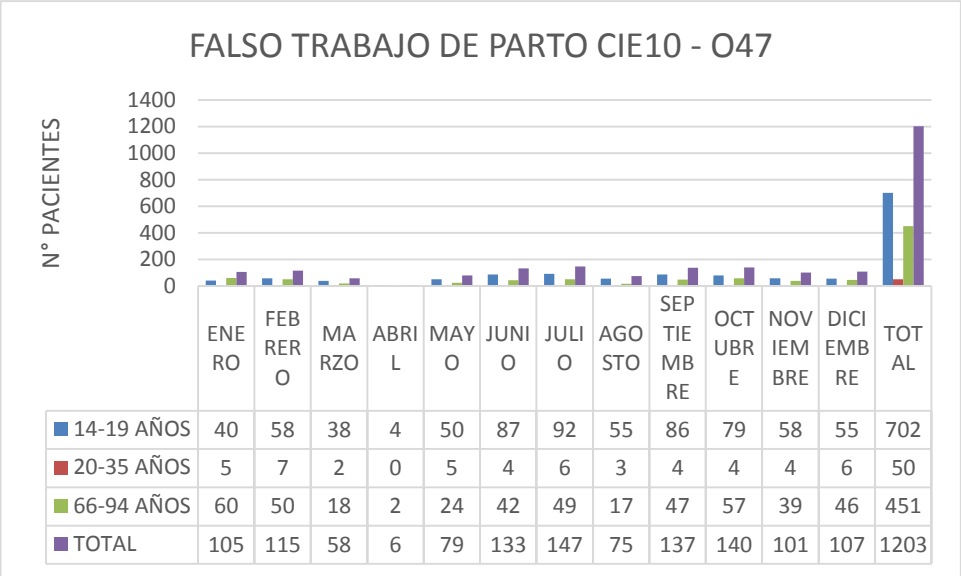


Gráfico No. 2: Porcentaje de Mujeres que realizaron Falso trabajo de parto - Dato Mensual - 2015

FUENTE: Balcón de Servicios - Estadística Hospital Básico IESS Durán

Análisis e Interpretación: Existe un bajo porcentaje de Test de Papanicolaou en el mes de Abril, esto es debido a que no se contaba con servicio de ecografía por mantenimiento de máquinas, mas no representa falta de interés del paciente.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
14-19 AÑOS	40	58	38	4	50	87	92	55	86	79	58	55	702
20-35 AÑOS	5	7	2	0	5	4	6	3	4	4	4	6	50
66-94 AÑOS	60	50	18	2	24	42	49	17	47	57	39	46	451
TOTAL	105	115	58	6	79	133	147	75	137	140	101	107	1203

Gráfico No. 3: Mujeres que realizaron Falso trabajo de Parto - Grupos de Edad - Año 2015
FUENTE: Balcón de Servicios - Estadística Hospital Básico IESS Durán

Análisis e Interpretación: Observamos en las gráficas el número total de pacientes, mujeres que realizaron Falso trabajo de parto durante el Periodo Enero - Diciembre del Año 2015, organizados por Grupos de Edad con un Total de 1.203 resultados de Laboratorio, siendo 702 pacientes en edades comprendidas entre los 14-19 años; 50 pacientes entre los 20-35 años y 451 pacientes entre los 36-40 años de edad.

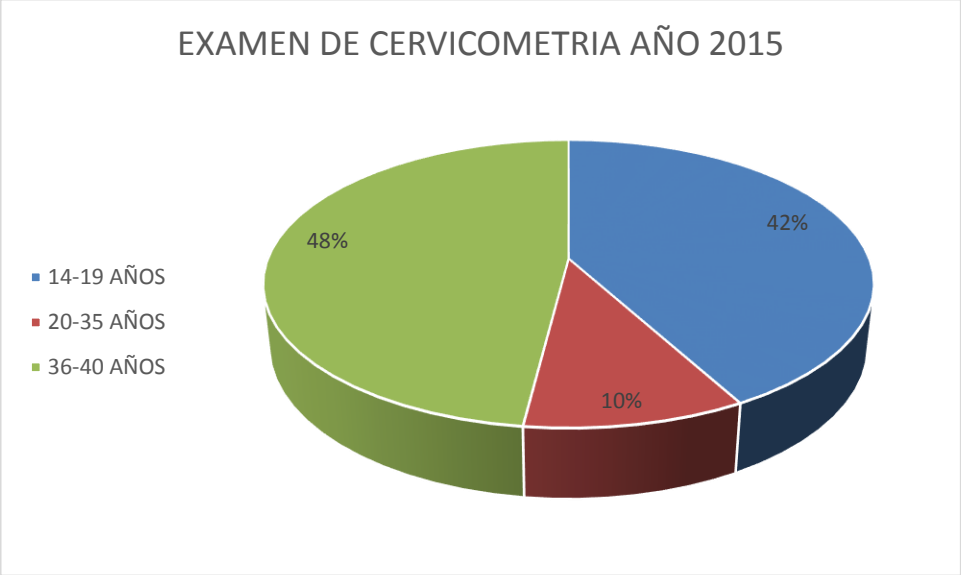


Gráfico No. 4: Porcentaje de Mujeres que se realizaron Cervicometria - Grupos de Edad - Año 2015 FUENTE: Balcón de Servicios - Estadística Hospital Básico IESS Durán

Análisis e Interpretación: El siguiente gráfico muestra que las pacientes que se realizaron la cervicometria en edades comprendidas entre 14-19 años de edad y 36-40 años de edad comparten un 42%, mientras las pacientes en el rango de 20-35 años tienen un rango de 16%.

EXAMEN DE CERVICOMETRIA	14-19 AÑOS	20-35 AÑOS	36-40 AÑOS	TOTAL
ENERO	30	10	25	65
FEBRERO	20	6	30	56
MARZO	20	10	23	53
ABRIL	10	5	10	25
MAYO	20	10	15	45
JUNIO	25	5	25	55
JULIO	20	12	20	52
AGOSTO	23	10	21	54
SEPTIEMBRE	28	5	12	45
OCTUBRE	20	6	30	56
NOVIEMBRE	20	11	20	51
DICIEMBRE	25	10	25	60
TOTAL	261	100	256	**617**

Tabla 2: Cerv - Infección por VPH - Grupos de Edad - Año 2015

FUENTE: Balcón de Servicios - Estadística Hospital Básico IESS Durán

Del total de cervicometria, 617 Pruebas de cervicometria a mujeres que cumplían con criterios de inclusión y exclusión, se comprobó la medida del cérvix es < de 20mm, cuyo diagnóstico definitivo parto prematuro, dando como resultado final un total de 50 casos positivos. A continuación se plasman los resultados de la investigación de campo mediante gráficos numéricos y porcentuales ordenados por mes y grupos de edad.

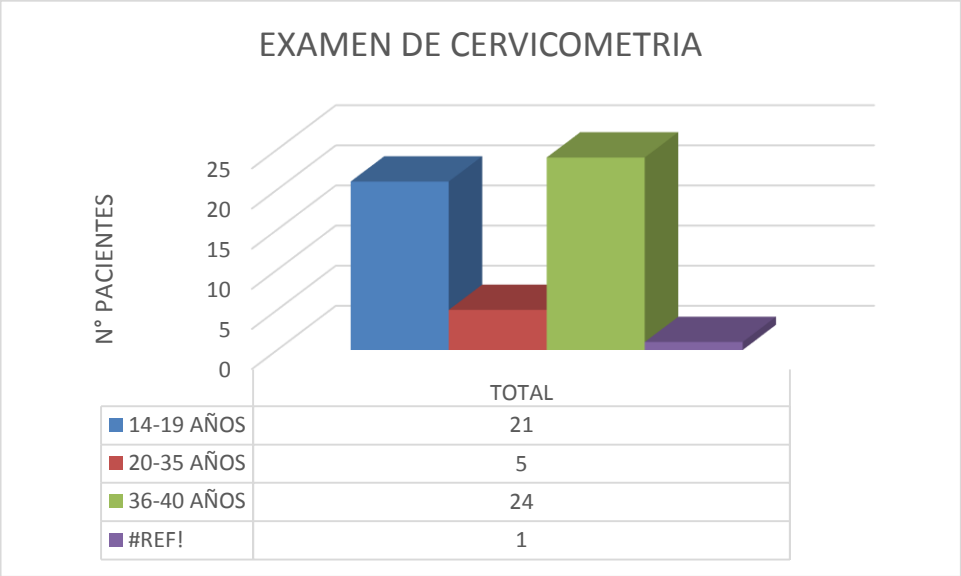


Gráfico No. 5: Cervicometrias realizadas - Grupos de Edad - Año 2015
FUENTE: Balcón de Servicios - Estadística Hospital Básico IESS Durán

Análisis e Interpretación: Observamos en la gráfica el número total de pacientes, mujeres a las cuales se les realizo la Cervicometria durante el Periodo Enero - Diciembre del Año 2015, organizados por Grupos de Edad con un Total de 617 casos reportados.

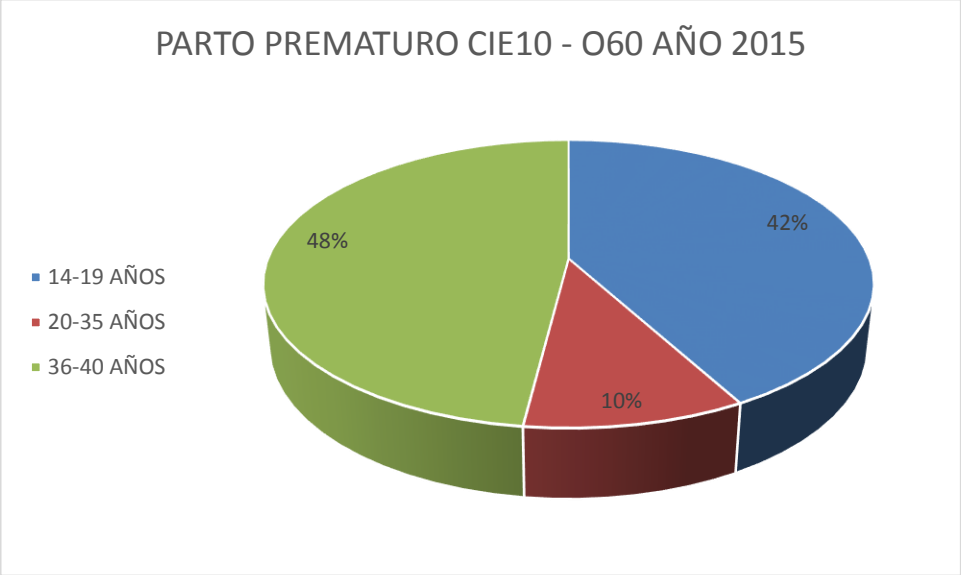


Gráfico No. 6: Porcentaje de Casos de Parto prematuro – Amenaza de parto prematuro - Año 2015
FUENTE: Balcón de Servicios - Estadística Hospital Básico IESS Durán

Análisis e Interpretación: El siguiente gráfico muestra que el 48% de los casos de parto prematuro se detectaron en pacientes en edades comprendidas entre los 14-19 años, el 42% en edades entre 36-40 años y el 10% en edades entre los 20-35 años de edad, manteniendo así que el rango de edad más vulnerable al realizar un parto prematuro está entre los 14 y 19 años de edad, tal como lo demuestran los diferentes estudios epidemiológicos en cuanto a factores de riesgo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Considerando los objetivos planteados y tras la exposición de los resultados otorgados por nuestra unidad académica Hospital Básico IESS Durán se llega a la conclusión que el número total de mujeres gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en la Consulta Externa de Gineco-Obstetricia fue de 1.203 que corresponde el 100%, de los cuales 617 que se les realizó la cervicometria corresponden al 63% realizadas a mujeres en edades comprendidas entre los 14 y 40 años; 403 pruebas corresponden al 33% y fueron realizadas a mujeres en edades comprendidas entre los 46 y 65 años, mientras que las 50 pruebas restantes corresponden al 4% y fueron realizadas a mujeres en edades comprendidas entre los 66 y 94 años.

Del total de pruebas (1.203) se identificaron un total de 50 partos pretermino, esto quiere decir, que, estas pacientes terminaron su gestación antes de las 37 semanas.

De las 50 Citologías con parto pretermino que corresponde el 100%, 21 partos prematuros fueron obtenidas en mujeres en edades comprendidas entre los 14 y 19 años, lo que corresponde al 48%; 5 partos prematuros fueron obtenidas en mujeres entre los 20 y 35 años, corresponde el 10% y 24 partos prematuros fueron reportadas en edades entre los 36 y 40 años, lo que corresponde al 42%.

Estos datos nos llevan a la conclusión final que se cumple la teoría expuesta en la bibliografía en cuanto a factores de riesgo para realizar un parto prematuro, por consiguiente en mujeres de edades comprendidas entre los 14 y 19 años y de 36 y 40 años con vida sexual activa. Por lo tanto el conocimiento oportuno de esta enfermedad permitirá detectarlo de manera precoz y en algunos casos detener su evolución y evitar partos pretérminos mediante la medición del cérvix (cervicometria) en la amenaza de parto pretérmino.

CAPÍTULO VI

PROPUESTAS

1. Fortalecer los programas de información, educación y comunicación sobre las estrategias de prevención primaria y secundaria de la Amenaza de parto pretérmino, y la Cervicometria

2. Implementación de programas institucionalizados que favorezcan la detección precoz de la Amenaza de parto pretérmino.

3. Se recomienda la cervicometria a las mujeres gestantes con factores de riesgo según el esquema recomendado por OMS, debida a la alta prevalencia de parto prematuro

BIBLIOGRAFÍA

1. Andersen HF, Nugent CE, Wanty SD, et al. Prediction of risk for preterm delivery by ultrosonographic measurement of cervical length. Am J Obstet Gynecol. 1990;163: 859.
2. Cabero Ll. Parto pretérmino. En: Lluis Cabero Roura (editor). Elevado Riesgo Obstétrico. Barcelona: Masson SA; 1996: 47-95.
3. Cabero Ll, Cerquiera MJ. Amenaza de arto prematuro. En: Protocolos de Medicina Materno Fetal (Perinatolgía). 2da edición. Madrid: Ediciones Ergon, SA; 2000:56-60..
4. Canete L.M. Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Edit Fiscam, 2003:139-50.
5. Freitas F, Lópes G, Martins-Costa S. Conducta no parto pretérmino. Medicina Materna e Perinatal. Edit. Revinter. 2000:131-5.
6. Gomez R, Galasso M, et al. Ultrasonographic examination of uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likehood of premature delivery in patients with preterm labor and intac membranes. Am J Obstet Gynecol. 1994;171:956.
7. Lams JD. Prediction and early deteccion of preterm labor. Obstet Gynecol. 2003;101 (2):402-12.
8. Miskovic B, Klobucar A, Kos M, Latin V. Evaluación del cérvix durante el embarazo. Ecografia en Medicina Materno- Fetal. Barcelona: Masson SA; 2001:325-30.
9. Pacora P, Romero R. El parto pretérmino y el nacimiento prematuro. En: Pacheco J (editor). Ginecología, Obstetricia y Reproducción, 2da. Edición. 2007:1244-67.
10. Ramos JG, Martins Costa S. Parto prétermino. En: Freitas FM, Martins-Costa S, Ramos JGL y col. Rotinas em Obstetrícia. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993:119-29.
11. Prats Coll R, Albaladejo Cortes M, Bardon Fernández R, Checa Jane M. Análisis de la problemática del parto prematuro. Una visión epidemiológica. En: Parto prematuro. Madrid: Médica Panamericana; 2004:1-17. Goldenberg RL, Culhane

JF, Jams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 2008;371:75-84.

12. Buhimschi IA, Zhao G, Rosemberg VA. Multidimensional proteomics analysis of amniotic fluid yo provide insight into the mechanisms of idiopathic preterm birth. Plos One. 2008;3(4):200-49.
13. Buhimschi IA, Buhimschi CS. Proteomics of amniotic fluid in assessment of the placenta. Relevance for preterm birth. Placenta. 2008:s95-s101.
14. Carreras Moratonas E, Crispi Brillas F. Marcadores ecográficos de prematuridad. La longitud cervical. En: Parto pretérmino. Madrid: Médica Panamericana; 2004:91-9.
15. López Criado MS, Sontalla Aguilar T, Molina FManzBromn JE, Mnzanares S. Casos clínicos: medición cervical. Técnica y errores. En: Actualización en obstetricia y ginecología. Granada:HUVN; 2009.
16. Oliva Rodríguez JA. Parto pretérmino. Valor de la ultrasonografia vaginal. En: Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.p. 289-300.
17. Berghella V, Kuhlman K, Weiner S. Cervical funneling sonographic predictive of preterm delivery ultrasound. Obstet Gynecol.1997;10:161.
18. Brown JE, Thieman GA, Shad DM, Fleisher AC, Bohen FH. Transabdominal and transvaginal endosography: evaluation of the cervix and lower uterine segment in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1986;155:721-6.
19. Berghella V, Bega Y, TolosaJ. Ultrasound assessment of the cervix. Clin Obstet Gynecol. 2003;46:947.
20. Manzanares S, Setefilla López M, Redondo P, Garrote A, Molina F, Paz Carrillo M, et al. Amenaza de parto prematuro. Valor de la cervicometria y la fibronectina. Actualización en obstetricia y ginecología. [Internet]. 2009 [citado 5 Sep 2011] Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/07 app valordelacervicometriasmanzanares.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

4 TEST DE BISHOP

	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2cm	3-4cm	5-6cm
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	≥80%
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Consistencia	Dura	Media	Blanda	
Altura de la presentación	-3	-2	-1/0	1/2

ANEXO 2

Tabla 4: ***Dosis recomendadas para la inducción de la maduración pulmonar fetal***

Medicación	Dosis
Betametasona	12 mg (6 mg fosfato y 6 mg acetato) IM cada 24 horas por dos dosis.
Dexametasona	6 mg IM cada 12 horas por cuatro dosis IM.[80]