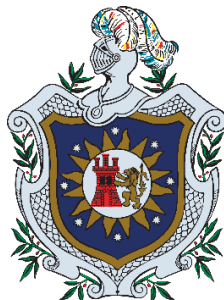


Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Área de Conocimiento de Ciencias Médicas

Departamento de Ginecología y Obstetricia



Tesis para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Tema:

Cumplimiento del protocolo de manejo de la Amenaza de Parto Pretérmino,
(Normativa 077), en pacientes ingresada en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico
en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, periodo Enero 2021 – Enero 2023

Autor:

Dr. Garry Antonio Guzmán Mercado.

(Residente de ginecología y obstétrica)

Carnet: 23-010826-00020

Tutor:

Dra. Mirleydy Emelina Paiz Cano.

(Especialista en ginecología y obstetricia)

Leon, Marzo 2026

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Área de Conocimiento de Ciencias Médicas

Departamento de Ginecología y Obstetricia



UNAN
Universidad Nacional
Autónoma de Nicaragua, León

Tesis para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Tema:

Cumplimiento del protocolo de manejo de la Amenaza de Parto Pretérmino,
(Normativa 077), en pacientes ingresada en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico
en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, periodo Enero 2021 – Enero 2023

Autor:

Dr. Garry Antonio Guzmán Mercado.

(Residente de ginecología y obstétrica)

Carnet: 23-010826-00020

Tutor:

Dra. Mirleydy Emelina Paiz Cano.

(Especialista en ginecología y obstetricia)

Leon, Marzo 2026

Agradecimiento

Quiero agradecer a cada uno que aportó una semilla, que sembró en mi camino profesional y contribuyeron a hacer posible este logro.

A mi madre querida que fue el pilar fundamental de mi vida desde la primaria hasta el día de hoy Kimmi Mercado Patherson, por su amor incondicional, esfuerzo y sacrificio constante.

A mi abuelita Denita Blanco Patherson, mi reina que en paz descanse, por su cariño, sus enseñanzas y su legado que siempre vivirán en mí.

A la Madre de mi hija Zarina Esther Bermúdez Rivera que siempre fue mi inspiración constante, un ejemplo de fortaleza y alguien que admiro profundamente.

A mi hijita preciosa Esther Alexandra Guzmán Bermúdez, quien ha sido mi mayor motivación para no rendirme jamás y seguir adelante con determinación

A mis maestros quienes formaron parte esencial en este logro: Lidia Ortiz, Dra Castellón, Dra Miurel Toruño, Dr. Jairo Pozo, así como a todos aquellos que con su ejemplo guiaron mi formación.

Abreviaturas

ABA (Alimentación básica adaptada)

AF (Actividad física)

AINEs (Antiinflamatorios no esteroideos)

AIS (Factor inductor de anemia)

AT (Alimentación tradicional)

BUN (*Blood urea nitrogen*)

ECG (Electrocardiograma)

EEG (Electroencefalograma)

FOD (Fiebre de origen desconocido)

HC (Hemograma completo / Hidratos de carbono)

RM (Resonancia magnética)

SC (Superficie corporal)

UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)

UIV (Urografía intravenosa)

VO (Vía oral)

Índice de Contenido

Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	4
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos.....	6
Marco Teórico	7
Diseño metodológico	13
Resultados.....	19
Discusión	28
Conclusión.....	30
Recomendaciones	31
Bibliografía	32
Anexos	34

Introducción

Un nacimiento prematuro se define comúnmente como aquel que ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes de finalizar las 37 semanas. De la misma manera, Amenaza de Parto Pretérmino (APP) consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares en este mismo rango de tiempo, asociado a cambios progresivos del cérvix, tales como dilatación y borramiento característicos. ¹ (MINSA, 2018)

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. ² (OMS, 2018)

El parto pretérmino representa no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70 % de la mortalidad perinatal a nivel mundial y aporta una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo. ¹ (MINSA, 2018)

El parto pretérmino puede ser espontáneo (50%), por rotura prematura de membranas en pretérmino (30%). También puede ser causado por la intervención de personal de salud (20%). ¹ (MINSA, 2018)

Hay un alto número de diagnósticos falsos positivos, que llevan a tratamientos innecesarios.

Es por esto que esta investigación apunta a conocer el nivel de cumplimiento del protocolo de amenaza de parto pretérmino en pacientes ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales.

Antecedentes

En el año 2018 en Quito, Ecuador se realizó un estudio observacional, analítico de tipo casos y controles. Con 191 casos y 100 controles. En relación con la edad, se encontró que el grupo de pacientes menores de 19 años y mayores de 35 años fue de 43,3% comparado con el grupo de 20 a 34 años que fue de 29,4%. La etnia afroecuatoriana e indígena (35,1%) presentó mayor riesgo de parto prematuro (OR 1,65) comparado con la etnia mestiza, con asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El 90,5% de los casos presentó preeclampsia y constituyó un factor de riesgo para parto prematuro y el número de controles prenatales menor a 5 se asociaron con el parto prematuro con OR de 3.24 (IC. 1.21 – 8.66%) ($p < 0,05$) y con OR 2,411 (IC. 1,46 - 3,99%) ($p < 0,001$). Los factores clínicos como el periodo intergenésico, ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario y el antecedente de parto prematuro no se asociaron significativamente. ³ (Martínez Sierra EE, Vasco Morales DE, 2018)

En El Salvador se investigó factores asociados a prematurez. Los principales resultados reflejaron que los factores de riesgo biológicos y obstétricos más frecuentes fueron el sobrepeso y obesidad en más de la mitad de las madres, las enfermedades infecciosas más prevalentes la obtuvieron Infecciones de vías urinarias, Infecciones vaginales e infecciones bucales y anemia represento un riesgo de importancia en la evolución de un embarazo prematuro. ⁴ (Arévalo Alemán RM, Azúcar Gómez OA, 2021)

Se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón sobre el manejo de la amenaza de parto pretérmino encontraron que la amenaza de parto pretérmino predomina en las edades de 20-34 años, con ocupación de ama de casa, de estado civil con unión libre, con procedencia urbana y escolaridad bachillerato incompleto. Con respecto a los datos gineco-obstétricos, predominan las pacientes Primigestas y además aquellas que poseen más de tres controles prenatales. ⁵ (Amador Cano FA y Peña Reyes AJ, 2018)

Se investigó sobre factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en adolescentes ingresadas al servicio de obstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense. Los factores que son estadísticamente significativos o que presentan mayor riesgo de generar amenazas de parto pretérmino son; tener una edad menor de 13 años, de escolaridad primaria, con antecedentes de abortos y presencia de hábitos tóxicos, con

patologías como Polihidramnios, Infecciones Cervicovaginales, Infección de Vías Urinarias y Diabetes Gestacional.⁶ (Galeano Palacios JL, López MF, López García LO. 2019)

En 2016 se identificaron los factores de riesgo asociados a Amenaza de parto pretérmino: antecedentes de amenaza de parto y parto pretérmino previo, edades extremas menor o igual a 18 años y mayor a 35 años. Infección de vías urinarias. Ruptura de membranas pretérmino. Embarazo múltiple. Estado civil Unión estable. Bajo nivel educativo en Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.⁷ (Silva Salmerón KM.2016)

Justificación

A pesar de que existen buenos antecedentes que describen la morbilidad relacionada a la amenaza de parto prematura, así como su manejo. Solo uno de ellos se evalúa de forma directa la aplicación del protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétrico del Ministerio de Salud (MINSA). Por lo tanto, esta limitación de conocimiento pretende ser superada en este estudio.

La prematuridad continúa siendo la mayor causa de morbilidad y la responsable del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. ⁸ (Álvarez-Yañez & Pérez-Bayona, 2017)

Con la realización de este estudio, se determinará el nivel de cumplimiento del protocolo realizado por el MINSA, para el manejo de la amenaza de parto pretérmino por parte del personal de la salud, aplicando la lista de chequeos con el objetivo de identificar las debilidades y deficiencias; con esto aportar al cambio de todos aquellos involucrados en la atención de las emergencias obstétricas.

Con esta investigación se aporta al PNLCP-DH que tiene como uno de sus pilares la Consolidación de los Bienes y Servicios Públicos, para el Bienestar Social y el Buen Vivir, donde la salud pública es un componente central, garantizando acceso a atención de calidad la estandarización de procesos ya que la investigación busca determinar si el personal de salud está aplicando correctamente la Normativa 077. Los hallazgos de un bajo cumplimiento señalarían la necesidad de reforzar la capacitación del personal médico y de enfermería en el manejo específico de la APP y en ARO consiguiendo así que el "Talento Humano" del sector salud esté a la altura de las demandas y de los protocolos nacionales.

Planteamiento del problema

En Nicaragua la incidencia de la amenaza de parto pretérmino continua en ascenso es por ello que el Ministerio de Salud ha emitido un protocolo acerca del manejo de esta entidad, la cual se encuentra en el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico, Normativa 077; pero no existe un riguroso control de calidad de aplicación del mismo.

Por lo tanto, nuestra pregunta de investigación es:

¿Cuál es el cumplimiento del protocolo de manejo de la Amenaza de Parto Pretérmino, (Normativa 077), en pacientes ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, periodo enero 2021 – enero 2023?

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el cumplimiento del protocolo de amenaza de parto pretérmino (Normativa 077), en pacientes ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en el periodo de enero 2021 a enero 2023.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y gineco obstétricas de las pacientes en estudio.
2. Identificar los factores de riesgos para APP en las pacientes de estudio.
3. Establecer la relación de asociación entre el protocolo de manejo de la APP y el manejo recibido por las pacientes en estudio.
4. Determinar la efectividad de las medidas terapéuticas empleadas y la condición de egreso de las pacientes.

Marco Teórico

Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- prematuros extremos (menos de 28 semanas)
- muy prematuros (28 a 32 semanas)
- prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas)

La amenaza de parto pretérmino (APP), es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical, o cuando es menor a 3 cm, entre las 22 y las 36 semanas y 6 días de gestación. ¹

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

- Para nulíparas, con Borramiento del 100% y dilatación del cérvix igual o mayor de 4 cms.
- Para multíparas, con Borramiento del 50% y dilatación igual o mayor a 3 cm.

Se debe tener en cuenta la actividad basal y la contractilidad normal del útero; existe un tono uterino basal de 6 a 8 mmHg permanentemente y la aparición de las contracciones de “Braxton-Hicks”, de baja frecuencia e intensidad (10 a 15 mm Hg), en forma progresiva a medida que aumenta la edad gestacional en el embarazo, hasta lograr preparar el útero, el segmento uterino inferior y el cuello, para el inicio del trabajo de parto.

Etiología

El parto pretérmino puede ser categorizado en tres entidades clínicas:

- Parto pretérmino espontáneo con membranas íntegras: inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas íntegras.
- Parto pretérmino asociado a rotura prematura de membranas: inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas.
- Parto pretérmino por indicación obstétrica: resulta de la finalización médica del embarazo por causa materna y/o fetal (Pre eclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa sangrante, rotura prematura de las membranas con otra morbilidad que tenga como beneficio la finalización, polihidramnios severo, patologías crónicas como hipertensión, cardiopatía y/o diabetes en descompensación y de difícil control) y/o cualquier otra morbilidad que ponga en peligro la vida de la paciente. ¹

El parto pretérmino aparece como una afección secundaria a una causa específica, entre las que podemos mencionar:

- Causas maternas: Infecciones Cervicovaginales, Infecciones Urinarias, Síndrome Hipertensivo Gestacional, Ruptura Prematura de Membranas Ovulares, Enfermedad Aguda o Crónica, Complicaciones Obstétricas, Sangrado ante parto, edad materna avanzada.
- Causas Fetales: Malformaciones Fetales, embarazos múltiples, macrosomía, polihidramnios y TORCH.
- Causas socio-ambientales: Estrés (laboral, psicosocial), ansiedad, tabaquismo, drogadicción.
- Causas externas: Traumas directos (golpes, caídas, coitos bruscos). Traumas indirectos: desaceleraciones. ¹

Factores de riesgo

Población de mayor riesgo de parto pretérmino.

Embarazo actual: Infecciones periodontales, infecciones génito-urinarias, gestación múltiple, metrorragia en la segunda mitad del embarazo, polihidramnios, bacteriuria asintomática, rotura prematura de membranas, DIU concomitante con el embarazo, longitud del cérvix menor de 20 mm (por ultrasonido transvaginal), desprendimiento pretérmino de placenta, IMC menor de 20, permanencia de pie mayor de 2 horas, sobrepeso y obesidad.

Embarazo previo: Parto pretérmino previo hasta 35 SG, antecedentes de isquemia placentaria, antecedentes de rotura prematura de membranas, antecedentes de Incompetencia cervical.

Diagnóstico

Los pilares fundamentales para el diagnóstico son:

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

Características clínicas

o Gestación entre 22 y 36 semanas + 6 días a partir de la FUM confiable.

o Síntomas: Sensación de peso en hipogastrio, puede o no existir dolor intermitente abdominal de predominio en hipogastrio y que se irradie o no a la región lumbo-sacra.

o Signos: Salida de flujo vaginal mucoide o sanguinolento, contracciones uterinas persistentes dolorosas o no dolorosas comprobadas clínicamente y/o registros electrónicos de frecuencia 1 cada 10 minutos con duración palpatoria de 30 segundos y que están presentes durante un lapso de 60 minutos o más; también hay modificaciones cervicales con dilatación menor de 3 cms.

o Presencia de contracciones uterinas regulares (dos o más contracciones en 10 minutos) más de 6 en una hora.

Modificaciones cervicales:

- Amenaza de parto pretérmino: Borramiento del cérvix 50 % o menos y con una dilatación menor de 3 cms.

Inicio del trabajo de parto

- * En Nulíparas: Borramiento del 100%, Dilatación de 4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.
- * En Multíparas: Borramiento del 50%, Dilatación de 3-4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.

Manejo y procedimientos

Es necesario tener criterios para manejo según el sitio en que será atendida la embarazada con amenaza de parto pretérmino. Para el presente protocolo se han definido criterios de manejo ambulatorio y de manejo hospitalario.

Manejo ambulatorio

De forma ambulatoria se atenderán embarazadas que cursen con amenaza de parto pretérmino diagnosticadas clínicamente durante la atención y SIN modificaciones cervicales. Se debe observar por 2 horas, se enviarán exámenes complementarios básicos y se identificará la posible causa y tratarla. Si la dinámica uterina cesa y continúa sin modificaciones cervicales, se manejará ambulatoriamente.

Tratamiento no farmacológico

- * No indicar reposo absoluto en cama domiciliario en embarazos con feto único.
- * Reposo relativo con períodos en decúbito lateral izquierdo y no realización de actividades físicas excesivas, incluyendo relaciones sexuales.
- * Ingesta de líquidos a demanda.
- * Ingerir alimentos ricos en fibra.

* Tratar la causa de la amenaza de parto pretérmino.

* Dar cita abierta para atención si la longitud cervical mayor a 20 mm.

Tratamiento farmacológico

1) Nifedipina de acción rápida: La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis, previa valoración de la actividad uterina. Si no hay actividad uterina, entonces suspenderla.

* Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días.

2) Dexametazona: 6mg IM c/12hrs por 4 dosis, entre las 28-36 semanas de gestación

3) Betametazona 12 mg IM cada 24 horas por 02 dosis.

Ambos corticoides deben utilizarse en pacientes con factores de riesgo y ante el riesgo inminente de parto pretérmino.

3) Indometacina 100 mg supositorio como fármaco analgésico y anti inflamatorio con frecuencia de cada 24 horas y antes de las 28 semanas. Más allá de las 28 semanas

Finalización del tratamiento útero-inhibidor:

- Se ha completado la maduración pulmonar fetal

- Cuando se ha llegado a las 37 SG

- Si hay modificaciones cervicales irreversibles: si la dilatación progresa a los 4 cm., o si teniendo una dilatación inicial de 3 o 4 cm., al inicio del tratamiento, progresa a más de 6 cm., dejar en evolución espontanea

Criterios de Alta Hospitalaria (sala de observación, en emergencia o sala de ARO)

- Ausencia de contracciones uterinas.

- No presencia de modificaciones cervicales. Si había presencia de modificaciones al ingreso que no exista progresión de las mismas.

- Haber recibido tratamiento para maduración pulmonar fetal.
- Remisión de la posible causa de amenaza de parto pretérmino.
- Longitud cervical >20mm.
- Si no hubo progresión del acortamiento cervical (en pacientes con longitud de cuello al ingreso menor a 20 mm). Ministerio de Salud. 2018. Normativa No. 077: Protocolo 30 para el abordaje del Alto Riesgo Obstétrico.

Diseño metodológico

Tipo de Estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, donde se pretende evaluar el cumplimiento de la normativa 077 para aquellas embarazadas con amenaza de parto pretérmino ingresada en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico de la unidad en estudio

Área de Estudio

La presente investigación, se realizó en el departamento de León, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, situado en el centro de la ciudad.

El área de estudio correspondió al área de la sala de ARO II, donde se atienden a todas las mujeres con patología obstétrica o relacionadas a la gestación, ya sean propias del municipio de león o referidas.

Universo y Muestra

Para el desarrollo de la presente investigación y por sus características particulares, el universo o población objeto de estudio fueron 1,728 pacientes atendidas en la sala de ARO II, perteneciente al servicio de Ginecoobstetricia del HEODRA, con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, en el período comprendido de enero 2020 a enero 2023.

El tamaño de muestra en este estudio fue calculado utilizando el software bioestadístico EPI INFO v7, obteniéndose tamaño de muestra ideal que representa las pacientes a estudiar.

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	150	150
90%	234	234
95%	314	314
97%	370	370
99%	479	479
99.9%	666	666
99.99%	807	807

Population size: 1728

Expected frequency: 50 %

Acceptable Margin of Error: 5 %

Design effect: 1.0

Clusters: 1

Tomando un nivel de confianza se obtiene como tamaño de la muestra **314** mujeres.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes atendidas en la sala de ARO del HEODRA con diagnóstico de APP.
2. Pacientes a la cual se le realizó tratamiento tocolítico y longitud cervical.
3. Pacientes con expedientes completos.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que tengan patologías asociadas a la gestación: Diabetes Gestacional, Síndrome Hipertensivo gestacional, RPM, Enfermedad tiroidea, LES, SAAF, ERC.
2. Pacientes con expedientes incompletos.

Métodos, Técnicas e Instrumento para la Recolección de la Información

A partir de la integración metodológica antes descrita, en el presente estudio se aplicarán las siguientes técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación:

1. Las Estadísticas Descriptivas para variables de categorías (Nominales u Ordinales).
2. Las Estadísticas Descriptivas para variables numéricas (discretas o continuas).
3. Gráfico para Variables Dicotómicas, Individuales o en Serie.
4. El Análisis de Frecuencia por medio del Análisis de Contingencia.

Procesamiento para la Recolección de Datos e Información

Se realizó una búsqueda de expedientes que cuenten con información completa y que posean todos los criterios de inclusión, dichos documentos se utilizaron para realizar el llenado de fichas, estructuradas de tal manera que contengan todas las variables necesarias para el análisis de datos que proporcionen una salida a los objetivos planteados.

Plan de Tabulación y Análisis Estadísticos de Datos

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos se presentan según el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables a destacarse.

Para este plan de tabulación se determinaron primero aquellas variables que ameritan ser analizadas individualmente o presentadas en cuadros y gráficos. Se realizaron pruebas de Correlación y Medidas de Asociación.

A partir de los datos que sean recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v25 para Windows.

Aspectos Éticos

La recolección de datos se llevó a través de expedientes clínicos por lo cual la información que se encuentra en los documentos solo fue utilizada con fines investigativos que aportaran información al Departamento de Ginecología y obstétrica del hospital, por lo tanto:

El llenado de fichas es totalmente anónimo, el proyecto investigativo no posee maleficencia, será beneficiosa ya que la institución no cuenta con información acerca del tema y los datos obtenidos serán utilizados única y exclusivamente para el desarrollo de información epidemiológica que será útil para mejorar los planes de intervención y prevención del servicio de Ginecología y obstetricia.

Operacionalización de la Variable

Objetivo General: Evaluar el cumplimiento del protocolo de amenaza de parto pretérmino (Normativa 077), en pacientes ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, en el periodo de enero 2020 a enero 2023.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, Dimensiones o Categorías	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Objetivo Describir las características Sociodemográfica y Gineco obstétrica de las pacientes en estudio.	Características sociodemográficas	Características sociodemográficas	Edad: Cantidad de años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	1. 15-20 años 2. 21-30 años 3. 31-40 años 4. 41-45 años
			Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Cualitativa Nominal	1. casada 2. Soltera
			Procedencia: Lugar de origen del paciente.	Cualitativa Nominal	1. Urbano 2. Rural
			Escolaridad: Nivel escolar alcanzado	Cualitativa Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. universitaria
			Ocupación: Actividad laboral que dedica la paciente para su sustento diario	Cualitativa Nominal	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Doméstica 4. Otra
	Características Gineco obstétrica	Características Gineco obstétrica	Uso de anticonceptivos: Método de planificación familiar	Cualitativa Nominal	1. ACO 2. Inyectables 3. Barrera

					4. OTB 5. Ninguno
			IVSA: Edad de inicio de vida sexual	Cuantitativa Discreta	1. < de 15 años 2. 15 – 20 años 3. > de 20 años
			Paridad: Número de partos vía vaginal o cesárea	Cuantitativa Discreta	1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro a más
			Compañeros sexuales: cantidad de personas con las que ha tenido relaciones sexuales	Cuantitativa Discreta	1. Uno 2. Dos 3. Tres o más
Objetivo Identificar los factores de riesgos.	Factores de riesgo	Factor de riesgo	Fumado: Actividad de consumir cigarrillos en el curso del día	Cualitativa Ordinal	1. Si 2. No
			Estado Nutricional: condición física que presenta una persona	Cualitativa Ordinal	1. Desnutrición 2. Normal 3. Obesa
			ITS: Infección de transmisión sexual padecida	Cualitativa Ordinal	1. Si 2. No
			Longitud Cervical: medida en mm del cérvix	Cuantitativa Discreta	1. < 10 mm 2. 11-15 mm 3. 16- 20 mm 4. > 20mm
			Semanas de gestación: número de semana de embarazo medida desde la FUM.	Cuantitativa Discreta	1. 22 – 25 SG 2. 26 – 30 SG 3. 31 – 35 SG 4. 36 SG
Objetivo		Grado de asociación existente entre	Uso de nifedipina dosis de ataque	Cuantitativa Nominal	1. Si 2. No

Establecer la relación de asociación entre el protocolo de manejo de la APP y el manejo recibido por las pacientes en estudio.	Asociación entre uso de protocolo y manejo de APP	protocolo nacional de APP y manejo.	Uso de nifedipina dosis de mantenimiento	Cuantitativa Nominal	1. Si 2. No
			Uso de Dexamentasona	Cuantitativa Nominal	1. Si 2. No
Objetivo Determinar la efectividad de las medidas terapéuticas empleadas y la condición de egreso de las pacientes.	Eficacia de las medidas terapéuticas	Eficacia de las medicas terapéuticas	Tipo de egreso	Cualitativa ordinal	1. Alta 2. Finalización del embarazo
			Maduración pulmonar completa	Cualitativa Ordinal	1. Si 2. No

Resultados

Tabla 1. *Características Sociodemográficas*

Grupos de Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-20 años	146	46.5
21-30 años	84	26.8
31 a 40 años	84	26.8
Estado Civil		
Soltera	21	6.7
Casada	21	6.7
Union de hecho	272	86.6
Procedencia		
Urbana	189	60.2
Rural	125	39.8
Escolaridad		
Primaria	84	26.8
Secundaria	209	66.6
Universitaria	21	6.7
Ocupación		
Estudiante	6	1.9
Ama de casa	276	87.9
Domestica	6	1.9
Otra	26	8.3

Fuente: *Expedientes Clínicos*

La distribución de las características sociodemográficas de la población estudiada revela que los grupos de edad, casi la mitad de la muestra (46.5%), corresponde al grupo de 15-20 años. Por otro lado, los grupos de 21-30 años y 31 a 40 años comparten el porcentaje más bajo en esta categoría, cada uno con el 26.8%. Respecto al Estado Civil, la gran mayoría se encuentra en unión de hecho, representando el porcentaje 86.6%, mientras que los porcentajes más bajos son iguales para soltera y casada, ambos con solo el 6.7%. En la variable Procedencia, predomina la población de área urbana con el porcentaje más alto (60.2%), siendo el origen rural el porcentaje más bajo (39.8%). Al analizar la escolaridad, la secundaria constituye el nivel con la mayor proporción de la

muestra, alcanzando el 66.6%. Los porcentajes más bajos son compartidos por la primaria (26.8%) y la universitaria, siendo esta última el porcentaje marginalmente más bajo con el 6.7%. Finalmente, en cuanto a la Ocupación, el porcentaje más alto y dominante corresponde a ama de casa con un marcado 87.9%. Los porcentajes más bajos son para estudiante y doméstica, ambos con el mínimo de 1.9%.

Tabla 2. Características Gineco obstétrica

Uso de Anticonceptivos		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	314	100
IVSA		
Menor 15 años	105	33.4
15-20 años	188	59.9
Mayor 20 años	21	6.7
Paridad		
Uno	104	33.1
Dos	84	26.8
Tres	84	26.8
Cuatro o más	42	13.4
Total	314	100
Compañeros Sexuales		
Uno	209	66.6
Dos	63	20.1
Tres o más	42	13.4

Fuente: Expedientes Clínicos

El análisis de las características gineco obstétricas presenta varios puntos de interés, en cuanto al uso de anticonceptivos, el hallazgo más notable es que la totalidad de la muestra, con un porcentaje del 100%, reporta Ninguno (no uso de anticonceptivos), respecto a la IVSA (Inicio de Vida Sexual Activa), el porcentaje más alto, casi dos tercios de la población (59.9%), inició su vida sexual entre los 15-20 años. El porcentaje más bajo en esta categoría corresponde al grupo de Mayor 20 años, con solo el 6.7%. En la variable paridad, el porcentaje más alto se encuentra en las participantes con un parto, que representa el 33.1% de la muestra. El porcentaje más bajo es para el grupo con cuatro o más partos, con un 13.4%. Los grupos con dos y tres partos comparten un porcentaje intermedio del 26.8%. Finalmente, en la categoría de compañeros Sexuales, la gran mayoría reporta haber tenido Uno, lo que constituye el porcentaje más alto con un 66.6%. El porcentaje más bajo es para aquellas que han tenido tres o más compañeros sexuales, con un 13.4%.

Tabla 3. Factores de riesgos para APP

Fuma		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	8.9
No	286	91.1
Estado Nutricional		
Desnutricion	21	6.7
Normal	209	66.6
Obesa	42	13.4
Sobre peso	42	13.4
Longitud Cervical		
Menor 10mm	21	6.7
11-15mm	21	6.7
16-20mm	63	20.1
Mayor 20mm	209	66.6
Semanas de Gestación		
20-25 SG	42	13.4
31-35 SG	209	66.6
Más de 35 SG	63	20.1
ITS		
Si	83	26.4
No	231	73.6

Fuente: *Expedientes Clínicos*

El análisis de los factores de riesgo en la tabla 3 muestra una alta prevalencia de algunos factores de protección y una minoría en los factores de riesgo directos. En la variable fuma, se observa una marcada tendencia al no consumo, ya que el porcentaje más alto corresponde a no fumar, con un 91.1%. En contraste, solo un 8.9% de la población reporta sí fumar. En cuanto al estado nutricional, el porcentaje más alto se encuentra en el estado Normal, con el 66.6% de las participantes. El porcentaje más bajo lo presenta la desnutrición, con solo el 6.7%. Los estados de obesidad y sobrepeso comparten un porcentaje intermedio, ambos con el 13.4%. Respecto a la longitud cervical, la mayoría de las pacientes tienen una longitud Mayor 20mm, lo que representa el porcentaje más

alto con un 66.6% (factor de protección). Los porcentajes más bajos son compartidos por las longitudes menor 10mm y 11-15mm, ambas con un 6.7% (ambos considerados factores de riesgo significativos). Para las semanas de gestación, el porcentaje más alto corresponde al rango de 31-35 SG, con un 66.6%. El porcentaje más bajo es para el rango de 20-25 SG, con el 13.4%. Finalmente, en la variable ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), la mayoría de las participantes reportan no tener ITS, lo que representa el porcentaje más alto con un 73.6%.

Tabla 4. Relación de la longitud cervical y la semana de gestación

Semana de Gestación	Longitud Cervical							
	Menor 10mm		11-15mm		16-20mm		Mayor 20mm	
	N	% N	N	% N	N	% N	N	% N
20-25 SG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	42	100.0%
26-30 SG	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
31-35 SG	21	10.0%	0	0.0%	63	30.1%	125	59.8%
Más de 35 SG	0	0.0%	21	33.3%	0	0.0%	42	66.7%

Fuente: Expedientes Clínicos

La longitud Mayor 20mm es el hallazgo más frecuente en la mayoría de los rangos de semanas de gestación. La longitud cervical más crítica (Menor 10mm) solo se presenta en el rango de 31-35 SG con un 10.0%.

Tabla 5. Condiciones de Egreso

Condicion_Egreso	N	% N
Alta	293	93.3
Finalizacion Embarazo	21	6.7
Total	314	100

Tabla 6. Asociación entre uso de protocolo y manejo de APP

Listas de Chequeo del Cumplimiento de Protocolos de Atención.		
Criterios	N=63	Porcentaje
Verificó Si tiene historia de Parto pretérmino: Nacimiento único de 16-36 6/7 semanas de gestación o antes de 24 semanas de gestación y con presencia de actividad o RPM que indica dilatación cervical.	60	100
Si tiene historia positiva del criterio anterior, Prescribió Progesterona 200 mcg vaginal ID	N/A	N/A
Midió longitud cervical transvaginal cada 14 días desde 16 hasta 24 semanas de gestación, cada 7 días si longitud cervical es <30mm.	52	82.53
Si la longitud cervical fue menor de 25mm después de las 24 semanas de gestación: Consideró/realizó sutura cerclaje, especialmente si la paciente tiene parto pretérmino menor de 28 SG previo o si las membranas son visibles.	N/A	N/A
Si NO tiene historia positiva de Parto Pretérmino (Nacimiento único de 16-36 6/7 semanas de gestación o antes de 24 semanas de gestación y con presencia de actividad o RPM que indica dilatación cervical) y Presenta la paciente signos o síntomas de parto pretérmino Presión pélvica persistente, dolor, manchado o flujo vaginal)	63	100
Si la Longitud cervical por ultrasonido transvaginal fue mayor o igual a 21 mm le brindó la Rutina provista para Atención prenatal.	38	76.2
Si el embarazo es múltiple, consideró la Progesterona inefectiva y que el cerclaje podía incrementar el riesgo de parto pretérmino	N/A	N/A
Si el embarazo es múltiple, utilizó una de las siguientes estrategias de tamizaje: -Medir la longitud cervical por ultrasonido transvaginal entre 18-24 SG. -Medir la longitud cervical por ultrasonido transabdominal entre 18-24SG, menor de 35 mm. -Realizar medida de longitud cervical por ultrasonido transvaginal en pacientes con factores de riesgo: Antecedentes de parto pretérmino <34 SG sin causa aparente. Historia de IVU. Embarazo durante toma de anticonceptivos.	N/A	N/A
Raza negra. Cirugía cervical previa. <u>S</u> Enfermedad periodontal.	N/A	N/A
EXPEDIENTE CUMPLE:	57.8	91.7
Promedio Global	58	92

Tabla 7. Cumplimiento del Diagnostico

Amenaza de parto pretérmino – tratamiento:		
Criterios	N=63	Porcentaje
Nifedipina Tabletas, dosis de ATAQUE: 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla.	63	100
Nifedipina Tabletas, dosis de MANTENIMIENTO: 20 mg PO cada 8 horas por 3 días.	63	100
Se uso como alternative parenteral el sulfato de magnesio en pacientes con hipotension arterial (80/50 mmhg) donde estaba contra indicada la nifedipina	N/A	N/A
Si después de 2 horas de manejo ambulatorio o en emergencia, no hay respuesta a Nifedipina, refirió u hospitalizó a la paciente (la falta de respuesta a Nifedipina, se define como no cese de la actividad uterina + progresión de modificaciones cervicales).	59	93.6
NO indujo el trabajo de parto, dejándola en evolución espontanea.	63	100
Indico/Cumplió Dexametazona, 6 mg IM c/12hrs por 4 dosis, entre las 23-36 6/7 SGo Betametazona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis	63	100
Contraindicó uteroinhibidores por una o más de las siguientes razones: RPM con sospecha o evidencia de infección ovular, cardiopatías congénitas maternas o fetales (arritmias), desprendimiento placentario (Hemorragias) malformaciones congénitas fetales graves, franco trabajo de parto, madurez fetal comprobada, restricción del N/A N/A crecimiento intrauterino comprobado, eritroblastosis fetal, feto muerto.	N/A	N/A
Si dio de Alta a la paciente (de observación, emergencia o maternidad), utilizó los siguientes criterios: - Ausencia de contracciones uterinas - Ausencia de modificaciones cervicales Recibida maduración pulmonar fetal. - Remisión de posible causa de APP - Longitud cervical >20mm.	56	88.8
Se finalizó el tratamiento útero-inhibidor por una o más de las siguientes razones: Completada maduración pulmonar fetal. - 37 SG. - Modificaciones irreversibles: progreso a 4 cm; dilatación inicial de 3-4 cm progresa a más de 6 cm - Amniorrexis prematura. - Infección ovular - Pérdida del bienestar fetal Respuesta tocolítica refractaria	N/A	N/A

- Reacción adversa medicamentosa severa (Vómitos, descenso de la presión arterial mayor al 10% en la diastólica, alergia al fármaco).		
Evolucionó a parto, el parto fue realizado vía vaginal (por Cesárea sólo si existe indicación obstétrica).	52	82.5
Utilizó el Partograma para la vigilancia del trabajo de parto pretérmino.	N/A	N/A
Evitó oxitócicos, uso de sedantes. NO CONDUJO el TRABAJO DE PARTO, dejó en evolución espontánea.	N/A	N/A
Se firmó el consentimiento de finalización por 3 especialistas en Ginecología y/o Pediatra justificando la causa electiva de finalización antes de las 37 semanas.	N/A	N/A
EXPEDIENTE CUMPLE:	60	94.9

La normativa 077 actualizada en 2018 es clara en cuanto a los acápites que establece para hacer un oportuno y correcto diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, planteando desde una buena anamnesis como: historia de amenaza o parto de pretérminos anteriormente, además de realización de longitud para conocer si existe acortamiento cervical, realización de exámenes complementarios para identificar la posible causa y corresponder la clínica de la gestante con los síntomas y signos de APP.

Tabla 7. Asociación entre el protocolo de manejo de la APP y el manejo recibido por las pacientes,

Correlaciones			
		Protocolo Manejo	Manejo Recibido
Protocolo Manejo	Correlación de Pearson	1	.021
	Sig. (bilateral)		.052
	N	314	314
Manejo Recibido	Correlación de Pearson	.021	1
	Sig. (bilateral)	.052	
	N	314	314

Discusión

La comparación de los resultados obtenidos en las tablas con los antecedentes bibliográficos ofrece un panorama coherente, en lo referente a las características sociodemográficas (Tabla 1), el estudio destaca una alta concentración en el grupo de 15-20 años (46.5%). Este hallazgo resalta la vulnerabilidad de la población adolescente y concuerda directamente con la literatura que identifica las edades extremas (menores de 19 años) como un factor de riesgo crucial para el parto pretérmino (Martínez Sierra et al., 2018; Silva Salmerón, 2016). Si bien otros estudios señalan un predominio de la APP en el grupo de 20-34 años, el alto porcentaje adolescente en esta muestra confirma la necesidad de enfocar los esfuerzos preventivos en esta franja etaria.

Respecto al entorno social, el predominio del estado civil unión de hecho (86.6%) y la ocupación ama de casa (87.9%) se alinea consistentemente con los antecedentes. Estudios como los de Amador Cano y Peña Reyes (2018) también encontraron que la APP predomina en mujeres con ocupación de ama de casa y estado civil en unión libre, sugiriendo un perfil sociodemográfico específico en las pacientes afectadas.

El análisis de los factores gineco obstétricos (Tabla 2 y 3) revela elementos críticos. La presencia de ITS en el 26.4% de la población es un dato que se relaciona con múltiples antecedentes (Arévalo Alemán et al., 2021; Galeano Palacios et al., 2019) confirman que diversas infecciones (incluyendo ITS, infecciones urinarias y cervicovaginales) representan un riesgo significativo en la evolución del embarazo, por lo que este hallazgo valida el rol de las infecciones como factor de riesgo en la muestra.

En cuanto a la paridad, el predominio de pacientes con uno (un parto, 33.1%) sugiere que la APP afecta frecuentemente a las primigestas, lo cual es consistente con el antecedente de Amador Cano y Peña Reyes (2018) que también encontró una alta prevalencia en este grupo. Si bien la mayoría de la población se encuentra en Estado Nutricional Normal (66.6%), la suma de Sobrepeso y Obesidad (26.8%) es notable. Esto conecta con el estudio realizado en El Salvador (Arévalo Alemán et al., 2021), que identificó el sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo biológicos frecuentes. En contraste, el hábito de fumar es bajo en la muestra (8.9%), lo que indica que, a diferencia

de otras poblaciones, este no es el principal factor de riesgo tóxico, aunque la literatura sí lo contempla como relevante.

La tabla 4 de cruce que relaciona la Longitud Cervical y las Semanas de Gestación (SG) es la más explicativa en términos de riesgo clínico. Aunque la mayoría de las pacientes mantienen una longitud Mayor 20mm (factor protector), el riesgo más alto, representado por una longitud Menor 10mm, aparece precisamente en el rango de 31-35 SG (10.0%). Este hallazgo, si bien no tiene un antecedente directo de comparación en los estudios citados, subraya la necesidad de una monitorización continua de la longitud cervical a lo largo del tercer trimestre, ya que la incompetencia cervical puede manifestarse tardíamente, un aspecto fundamental en el manejo de la APP.

Las pacientes sin antecedentes de APP, pero con signos y síntomas según expedientes cumplieron en el 100%. Aquellas mujeres que después de 2 horas de manejo ambulatorio no mejoraron, y se mandaron a hospitalización, cumplieron en los 100 expedientes (100%) Las mujeres con APP y que no se realizó la inducción del trabajo de parto, cumplieron con el 100% Las mujeres con diagnóstico de APP que se les indicó la dexametazona según normativa fue el 100% por lo tanto los datos obtenidos con respecto al cumplimiento del diagnóstico y tratamiento según normativa para el manejo de APP el 94.9%% si cumple que equivale a 60 de 63 expedientes no logrando un 100% de cumplimiento, estudios realizados sobre APP y cumplimiento de normativa como el de Amador y Peña 2020 que claramente difiere en resultados según criterios establecidos por la misma normativa.

Para establecer la relación de asociación entre el cumplimiento de protocolos (manejo de APP) y el manejo recibido se analizan la tabla de tratamiento de amenaza de parto pretérmino (APP) y el nivel de cumplimiento del protocolo de atención. De acuerdo con la tabla 5, existe un alto nivel de adherencia a las normas de diagnóstico y tamizaje; en promedio global de cumplimiento de los criterios de las listas de chequeo es del 92%.2. Al contrastar esto con la tabla de tratamiento, se observa una asociación directa entre el seguimiento del protocolo y la administración de intervenciones críticas ambas tablas asociadas indican que el manejo recibido es altamente disciplinado respecto a la normativa vigente.

Conclusión

La amenaza de parto pre termino predomina en las edades de 15 a 20 años en un 46.5%, con predominio urbana, mayormente amas de casa, escolaridad de secundaria y con estado civil unión de hecho. En lo que respecta a características ginecobstetricias predominan las nulíparas, la con un inicio de la vida sexual activa en el rango de 15 a 20 años (59.9%)

El factor de riesgo más relevante es la presencia de ITS en el 26.4%, la obesidad y sobrepeso que suman el 26.8 de los casos y es importante destacar factores protectores como que el 91.1% no fuma.

La asociación entre el protocolo de manejo de la APP y el manejo recibido por las pacientes en estudio revela una asociación positiva. La evolución de la amenaza de parto pre termino fue en su mayoría de tipo satisfactorio basados en tipo de culminación del embarazo, condiciones del recién nacido y estado de la paciente.

Este estudio da a conocer la relación positiva y los datos de suma importancia para determinar que el cumplimiento de la normativa 077 con Respecto a APP es del 94.9%. cumpliendo condiciones de alta en el 93.3% de los casos pudiendo confirmar la efectividad de las medidas terapéuticas empleadas pues el 93.3% logra el alta médica satisfactoriamente.

Recomendaciones

- Garantizar un Cuidado Prenatal Exhaustivo e Integral
- Desarrollar y ejecutar un plan educativo periódico dirigido a todo el equipo de atención (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) para estandarizar y optimizar el manejo inicial de la gestante y la detección de APP.
- Promover una coordinación ágil y activa con los especialistas (puntos focales) para facilitar la interconsulta oportuna y la referencia de pacientes con riesgo detectado.
- Disponer que toda gestante admitida en el área de emergencias con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP), sin importar la causa aparente, sea sometida a un ultrasonido obstétrico para una evaluación completa e inmediata.
- Mantener una supervisión rigurosa y estandarizada sobre todo el personal clínico (ginecoobstetras, médicos generales, enfermería y auxiliares) para asegurar la adhesión total a la normativa o el protocolo de atención establecido para la APP, buscando elevar la calidad de la atención.

Bibliografía

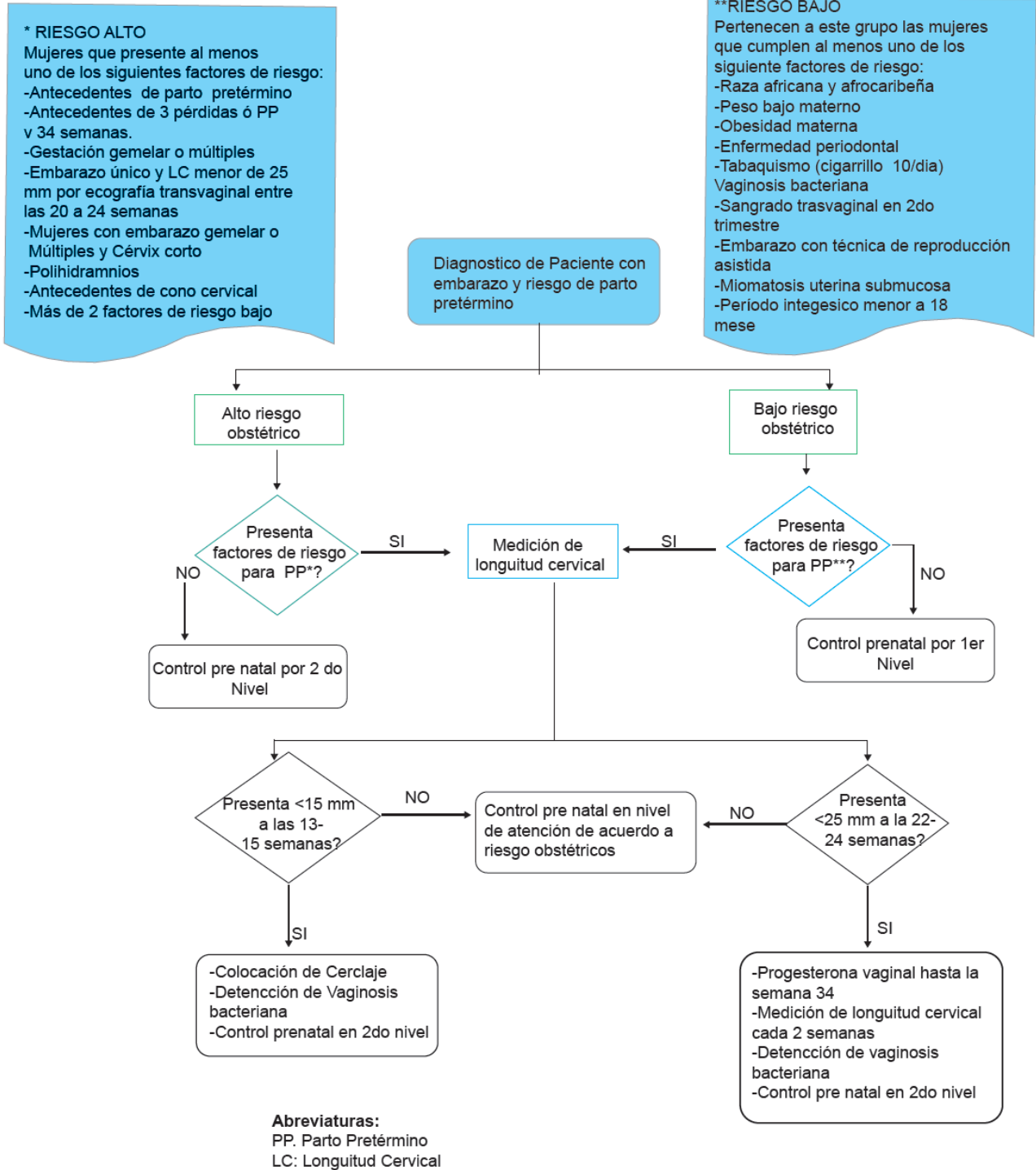
- 1- Ministerio de Salud. Normativa No. 077: Protocolo para el abordaje del Alto Riesgo Obstétrico. 2 ed. Managua, Nicaragua. 2018.
- 2- OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- 3- Martinez Sierra EE, Vasco Morales DE. Factores clínicos, sociodemográficos y culturales asociados al desarrollo de parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital San Vicente de Paúl durante el año 2017. Quito, Ecuador; 2018.
- 4- 4- Arévalo Alemán RM, Azúcar Gómez OA. FACTORES ASOCIADOS A PREMATUREZ DE RECIÉN NACIDOS MENORES DE 2000 GRAMOS EN EL MUNICIPIO DE COJUTEPEQUE, 2015 - 2019. San Salvador, El Salvador ; 2021.
- 5- Amador Cano FA, Peña Reyes AJ. Cumplimiento del protocolo en el manejo de la amenaza de parto pretérmino en las mujeres atendidas en el servicio de ARO del Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2019. Managua, Nicaragua; 2021.
- 6- Galeano Palacios JL, López MF, López García LO. Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en adolescentes ingresadas al servicio de obstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense durante 2014- 2015. Managua, Nicaragua; 2019.
- 7- Silva Salmerón KM. Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. mayo 2013-mayo 2015. León, Nicaragua; 2016.

- 8- Álvarez-Yañez, D. M., & Pérez-Bayona, C. L. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Avances en Enfermería*, 35, 77-86.
- 9- Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. 2016. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016;388(10063):3027-35.
- 10-Gutiérrez CS. COMPORTAMIENTO CLINICO DEL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES HOSPITAL CARLOS ROBERTO HUEMBES, ENERO 2014 A DICIEMBRE 2017. Managua, Nicaragua; 2018
- 11-Meléndez-Saravia Nezarid, Barja-Ore John. Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2020; 88(1): 23-28. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3453>.
- 12-Balladares Tapia, F. P., & Chacón Jarama, V. d. I. Á. Prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. Universidad de Cuenca. 2016
- 13-Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo, Uruguay. 2019.

Anexos

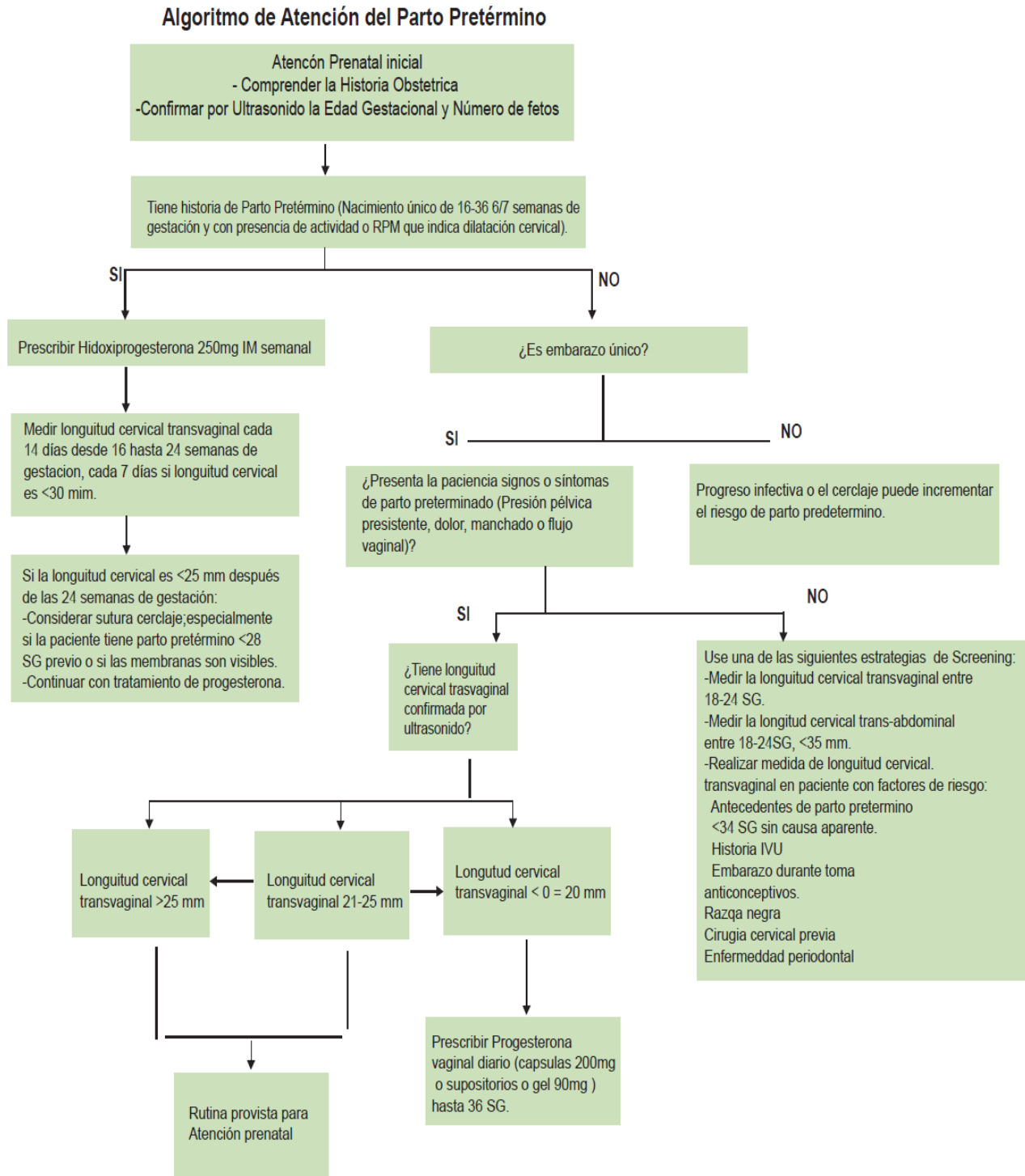
Algoritmo No 1

DIAGNÓSTICO DE LA PACIENTE CON RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO



Algoritmo 2.

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS



Ficha de recolección de datos

Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua Facultad De Ciencias Médicas – León

Tema: Cumplimiento del protocolo de manejo de la Amenaza de Parto Pretérmino, (Normativa 077), en pacientes ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, periodo enero 2021 – enero 2023

Edad		Uso de Anticonceptivo		Estado Civil		Escolaridad	
	< 15 años		ACO		Soltera		Primaria
	15-20 años		Injectables		Casada		Secundaria
	31 a 40 años		Barrera		Unión de hecho		Universitario
	41-45 años		OTB	Procedencia		Ocupación	
Paridad			Ninguno		Urbana		Ama de casa
	Uno	Compañeros Sexuales			Rural		Doméstica
	Dos		Uno				
	Tres		Dos				
	Cuatro o más		Tres o más				
Fuma		Estado Nutricional		ITS			
	Si		Desnutrición		Si		
	No		Normal		No		
			Obesa				
Longitud Cervical				Semanas de Gestación			
	< 10 mm		16-20 mm		20-25 SG		31—35 SG
	1015 mm		>20 mm		26-30 SG		>36 SG
N° de casos APP		N° de embarazos			Tipo de egreso		
					Alta		Finalización del Embarazo
	Maduración Pulmonar				Si		No

1- Checklist sobre el manejo y tratamiento

[illegible]