UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

TESIS PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TITULO:

DETERMINACION DE RESULTANTE MATERNO Y PERINATAL SEGUN TIPO DE PARTO PRE-TERMINO. ESTUDIO COMPARATIVO Y RETROSPECTIVO. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2011 – 2012

AUTOR:

Md. Guicela Azucena Lema Cruz

TUTOR:

Dr. Peter Chedraui Álvarez

AÑO

2014

GUAYAQUIL- ECUADOR

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil - Ecuador

Of.EG#104-PROY

Abril 11 del 2014

Medico
Guicela Azucena Lema Cruz
RESIDENTE ESPECIALIDAD GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su **ANTEPROYECTO** de investigación titulado:

"DETERMINACIÓN DE RESULTADO MATERNO Y PERINATAL SEGÚN TIPO DE PARTO PRE-TERMINO. ESTUDIO COMPARATIVO Y RETROSPECTIVO. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2011-2012".

Tutor de tesis: Dr. Peter Chedraui Álvarez

Ha sido aprobado por el Dirección de esta Escuela de Graduados, el día **15 de enero del 2014**, por lo tanto puede continuar con la ejecución del **Borrador final**.
Revisor: *Dra. Clara Jaime Game*

Atentamente,

Dra. Rosario Zambrano Bonilla
DIRECTORA

C. archivo

Revisado y Aprobado	Dra. Rosario Zambrano B.
Elaborado	Nadia Guerrero V.

APROBADO
BORRADOR
DE TESIS
Dra Clara Jaime
11/ABRIL/20

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION

HES–DDI- DOF- 0071
09 de abril de 2014

Señora doctora
Rosario Zambrano de Dávila.
Directora de la Escuela de Graduados
Ciudad.-

De mis consideraciones:

El suscrito **CERTIFICA** haber analizado la tesis final presentado por la **MD.GUICELA AZUCENA LEMA CRUZ ,** como requisito previo para la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es **"DETERMINACION DE RESULTADO MATERNO Y PERINATAL SEGÚN TIPO DE PARTO PRE-TERMINO. ESTUDIO COMPARATIVO Y RETROSPECTIVO. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2011-2012",** y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilo requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente

Dr. Jorge Daher Nader MSc.
Director del Postgrado de Ginecología y Obstetricia

C/c: Archivo

Mayra

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION

HES–DDI- DOF- 0072
09 de abril de 2014

Señora doctora
Rosario Zambrano de Dávila.
Directora de la Escuela de Graduados
Ciudad.-

De mis consideraciones:

La suscrita **CERTIFICA** haber analizado la tesis final presentado por la **MD.GUICELA AZUCENA LEMA CRUZ ,** como requisito previo para la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es **"DETERMINACION DE RESULTADO MATERNO Y PERINATAL SEGÚN TIPO DE PARTO PRE-TERMINO. ESTUDIO COMPARATIVO Y RETROSPECTIVO. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2011-2012",** y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilo requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente

Dra. Martha Gonzaga F.
Docencia
Hospital Enrique Sotomayor

Dra. Martha Gonzaga Figueroa
Jefe de Docencia

C/c: Archivo

Mayra

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION

HES–DDI- DOF- 0073
09 de abril de 2014

Señora doctora
Rosario Zambrano de Dávila.
Directora de la Escuela de Graduados
Ciudad.-

De mis consideraciones:

El suscrito **CERTIFICA** haber analizado la tesis final presentado por la **MD.GUICELA AZUCENA LEMA CRUZ ,** como requisito previo para la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es **"DETERMINACION DE RESULTADO MATERNO Y PERINATAL SEGÚN TIPO DE PARTO PRE-TERMINO. ESTUDIO COMPARATIVO Y RETROSPECTIVO. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2011-2012",** y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilo requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente

Dr. Peter Chedraui Alvarez.
TUTOR Y ASESOR DE TESIS
Jefe de Investigación

Dr. Peter Chedraui
JEFE DE INVESTIGACION
Hospital G. O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR

C/c: Archivo

Mayra

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR
Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo
Conmutador: (2) 413300 e-mail: info@jbg.org.ec
Dpto. Estadística

CERTIFICADO

Certifico que la **Dra. GUICELA AZUCENA LEMA CRUZ,** portadora de la cedula de identidad # 091728174 -3 egresada del Post Grado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Estatal de Guayaquil, trabajó en Estadística del Hospital Gineco Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en la obtención de los datos para el proyecto de Tesis "Determinación de la Resultante Materno y Perinatal según el Tipo de Parto Pre término." Estudio comparativo y retrospectivo durante el periodo 2013 al 2014.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Guayaquil, abril 09 de 2014

Hospital Gineco Obstétrico
"Enrique C. Sotomayor"

Dr. José Muñoz García
Jefe de Estadística Médica y Epidemiología
Libro 1 Folio 1832 Nº 4489

Dr. José Muñoz Garcia
Medico Epidemiólogo
Jefe Dpto. Estadística Médica
Telf: (2)413300 - 3018-3019

DEDICATORIA

Dedico con entusiasmo esta tesis a:

Dios en primer lugar, por su presencia en todo momento.

A mis padres, a mis hermanos, a mi esposo y a mi bella hija Leslie.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por encima de todas las cosas, por la sabiduría infinita que me brinda día a día.

Gracias a mis padres por su acrisolada conducta y ejemplo que han hecho de mí un buen ser humano, llegando a cumplir una meta más en mi vida profesional.

Gracias a mis tutores, que con su entusiasmo y dedicación, me han encaminado hacia un objetivo.

A mi esposo y a mi hija que con todo su apoyo aportaron a esta tesis como Especialista en Ginecología y Obstetricia.

INDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁG.
RESUMEN	**1**
ABSTRACTO	**2**
I. INTRODUCCION	**1-2**
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	**3**
2.1. DETERMINACION DEL PROBLEMA	**3**
2.2. PREGUNTA DE INVESTIGACION	**3**
2.3. JUSTIFICACION	**4**
2.4. VIABILIDAD	**4**
III. OBJETIVOS	**5**
3.1. OBJETIVO GENERAL	**5**
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	**5**
IV. HIPOTESIS Y VARIABLES	**6**
4.1. HIPOSTESIS	**6**
4.2. VARIABLES	**6**
4.2.1. DEPENDEINTES	**6**
4.2.2. INDEPENDIENTES	**6-7**
4.2.3. INTERVENIENTES	**6-8**
V. MARCO TEORICO	**9**
5.1. CONCEPTOS	**10**
5.2. INCIDENCIA	**11**
5.3. FACTORES DE RIESGO	**12-14**
5.4. DIAGNOSTICO	**15**
5.4.1. IDENTIFICACION DE LAS GESTANTES DE RIESGOS	**16**
5.4.2. DETECCION DE SIGNOS TEMPRANOS DE ALERTA	**16-17**
5.4.3. DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO ESTABLECIDO	**18**
5.5. PREVENCION	**19-21**
VI. MATERIALES Y METODOS	**22**
6.1. MATERIALES	**22**
6.1.1. LOCALIZACION	**22**
6.1.2. PERIODO DE LA INVESTIGACION	**22**
6.1.3. RECUROSO EMPLEADOS	**22**
6.1.3.1. RECURSOS HUMANOS	**22**
6.1.3.2. RECURSOS FISICOS	**23**
6.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA	**23**
6.1.4.1. UNIVERSO	**23**
6.1.4.2. MUESTRA	**23**
6.2. METODOS	**23**
6.2.1. TIPO DE INVESTIGACION	**23**
6.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACION	**24**
6.3. ANALISIS ESTADISTICO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION	**25**
6.4. RESULTADOS	**26-48**

DISCUSION **49-50**
CONCLUSIONES **51-52**
RECOMENDACIONES **53**
BIBLIOGRAFIA **54-56**
ANEXOS **57-58**

CAPITULO I

INTRODUCCION

El parto pre-término se define como el parto que se produce entre las 28 a menos de 37 semanas del embarazo, aparece en el 5 a 10% de la embarazadas y es un problema de salud pública principalmente en países sub desarrollados donde las jóvenes buscan una solución a su necesidad de afecto y estabilidad emocional en la unión a su pareja sobre todo a nivel sexual donde por su falta de conocimiento puede terminar en embarazo que trae múltiples consecuencias como el parto pre- término, el cual tiene repercusiones de salud psíquica, emocional, social y económica que abarca todos los sectores de la sociedad.**(1,2,3)**

Basado en la edad gestacional, el 5% de los partos pre términos se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema, el 15% entre la semana 28-31 (prematuro severo), el 20% entre las 32-33 semanas (prematuro moderada), y 60-70% entre las 34 -36 semanas. **(2)**

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.

Tres eventos obstétricos preceden un parto pre-término: los que son espontáneos constan un 40 - 45% y aquellos que son consecuencia de una ruptura prematura de membranas el 25-30%. El resto (30-35% de los casos) son inducidos por razones obstétricas. **(2)**

Si bien en Ecuador la morbi mortalidad perinatal asociada con parto pre término disminuye con el aumento de la edad gestacional, es sustancial la carga sobre el sistema de salud de cuidados intensivos neonatales por causa de prematurez. **(1,2,3)**

La prematurez sigue siendo la principal causa de morbi-mortalidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido.

La frecuencia del parto pre-término en Estados Unidos de Norteamérica (USA) es entre 12 y 13% y en los países europeos entre 5 y 9%. Sin embargo, esta tasa ha crecido por incremento de los partos indicados médicamente (especialmente pre-eclampsia) y de los partos con embarazos múltiples concebidos artificialmente. En otros lugares con menor desarrollo han aumentados los nacimientos espontáneos producto de partos prematuros con o sin rotura prematura de membranas (RPM), por incremento de la infección bacteriana ascendente (IBA) y de nuevos factores asociados detectados. Este aumento ocurre a pesar de los avances en el conocimiento de los factores de riesgo y de la introducción de intervenciones médicas destinadas a reducir el nacimiento prematuro. Además, tanto el parto prematuro espontáneo como el indicado tienden a recurrir por la misma causa. [21]

En el presente trabajo se identificará y estudiará el resultante materno y perinatal y la causa más frecuente para que se produzca un parto pre-término con la finalidad de llegar a conocer métodos de prevención y mejorar el seguimiento y controles prenatales y así también la calidad de atención.

Este será un estudio descriptivo, correlacional y de diseño no experimental longitudinal y retrospectivo que se realizará con pacientes gestantes en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el área de toco quirúrgica en el periodo comprendido entre Enero 2011 hasta Diciembre 2012, donde se determinará el resultado materno y perinatal.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA:

El parto pre-término espontáneo y la rotura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el 70% de los nacimientos pre términos; el 30% 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.

A pesar del tratamiento, la Morbi mortalidad en el Recién Nacido continúa elevada siendo la principal causa de mortalidad en el servicio de Neonatología llevando consigo las consecuencias familiares y el alto costo a los servicios de salud derivados de la hospitalización prolongada y al uso de recursos especializados.

En el Hospital Enrique C. Sotomayor se observa un incremento significativo del número de pacientes con sintomatología de Parto Pre-término, sin que exista información estadística precisa de su prevalencia y sean además identificadas las causas que motivan este incremento, en tal virtud, es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada establecer su prevalencia e identificar los factores de riesgo relacionados con la misma.

2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

1 ¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes en parto pre-término?

2 ¿Cuál fue la resultante neonatal según el tipo de parto pre-término?

3 ¿Cuáles son las complicaciones maternas y perinatales más frecuentes posteriores al parto pre-término?

4 ¿Qué vía fue la más optima para la interrupción del embarazo en las pacientes estudiadas?

2.3 JUSTIFICACIÓN:

Dada la magnitud de este problema de salud hemos considerado de suma importancia conocer en nuestro medio las características más importantes y relevantes que afectan a las pacientes que acuden al Hospital Enrique C. Sotomayor para tener una estadística propia y poder ser utilizados estos resultados en una mejor atención preventiva en el área de consulta externa, brindando una mejor atención al grupo de mujeres más vulnerables de acuerdo con los resultados del presente estudio.

Con la información generada en el presente estudio diseñaremos una propuesta de medidas de prevención (también puede ser: protocolos de atención, propuestas educativas; servirá de insumos para diseñar un proyecto de atención, etc.) que permitan reducir la prevalencia, actuando sobre los factores de riesgo que más inciden en la misma.

2.4 VIABILIDAD

Es factible la realización de esta investigación ya que ha despertado el interés de las autoridades de la Institución quienes se han comprometido a brindar la ayuda y el apoyo logístico para la obtención de información necesaria. Se cuenta además con la participación del equipo de profesionales de la institución que ayudarán en la logística.

CAPITULO III

FORMULACION DE OBJETIVOS E HIPOTESIS

3.1 FORMULACION DE OBJETIVOS

3. 1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la resultante materna y perinatal según el tipo de parto pre-término en gestantes en el área de toco-quirúrgico del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo 2011-2012 mediante revisión de historias clínicas que se obtendrán del departamento de estadística para mejorar el seguimiento y controles prenatales como también la calidad de atención.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores de riesgo más frecuentes en el parto pre-término.
2. Obtener la resultante materna y neonatal según el tipo de parto pre-término.
3. Establecer las complicaciones que implica el parto pre- término.
4. Especificar la vía más óptima para la interrupción del embarazo en las pacientes estudiadas.

CAPITULO IV

HIPÓTESIS

4.1 HIPOTESIS

El parto pre-término espontáneo presenta más complicaciones en la morbi-mortalidad materno y perinatal que los indicados.

4.2 VARIABLES

4.2.1 DEPENDIENTES

- Parto Pre-término

4.2.2 INDEPENDIENTES

- Edad Gestacional
- Apgar neonatal
- Peso neonatal
- Muerte neonatal

4.2.3 INTERVINIENTES

- Edad materna expresada en años y clasificada de acuerdo a grupos etarios (14 a 18; 19 a 28; 29 a 40).
- Número de controles prenatales.
- Antecedentes Gineco-Obstétricos: número de gestas, partos, abortos y/o cesáreas.
- Tipo de parto (espontaneo o indicado).
- Patología obstétrica asociada (diabetes gestacional, pre-eclampsia, RPM).

4.2.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

NOMBRE	DEFINICION	DIMENSION	ESCALA
Edad	Años cumplidos al momento de la investigación	Número de años	-16-21 años -22-27 años -28-33 años -34-40 años
Paridad	Números de embarazos viables que completo la mujer	Primíparas que ha parido una sola vez. Multípara que ha parido 2 o más veces.	-Primípara -Multípara
Modalidad del parto	Parte del organismo materno por donde nace el Neonato	Modalidad de interrupción del embarazo	-Vaginal -Cesárea
Sexo del RN	Rasgos fenotípicos de los Recién Nacidos	Características físicas del Recién Nacido	-Masculino -Femenino
Peso del RN	Cantidad en gramos que pesa el RN	Número de gramos	-500-1499 -1500-1999 -2000- 2499
Peso ponderal del RN en relación a la edad gestacional	Relación del peso con la edad gestacional de acuerdo a percentiles	AEG: recién nacido que se ubica por su peso en el percentil 90 en relación a la	-AEG -PEG

		edad gestacional PEG: recién nacido que se ubica por su peso por debajo del percentil 10 en relación a la edad gestacional	
Apgar del RN	Clasificación obtenida por el Recién Nacido según sus condiciones vitales	Puntaje obtenido	-0-3 -4-6 -7-10

Patologías del RN	Enfermedades sufridas por los RN en neonatología	Nombre de las patologías	-Interventricular -Hiperbilirrubinemia -Otras
Condiciones al egreso	Estado de salud del neonato al egresar	Condiciones físicas del RN	-Vivo -Muerto

CAPITULO V

MARCO TEORICO

El anuario estadístico del año 2009 emitido por el MINSAP coloca a los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal en el 11vo lugar dentro de las principales causas de muerte en menores de 1 año con una tasa de 0,1 por cada 1 000 nacidos vivos. Pero otras afecciones frecuentemente relacionadas con el parto pre término se encuentran dentro de los primeros 10 lugares entre ellos la membrana hialina, la hemorragia no traumática y las septicemias.

Según el informe del Estado Mundial de la Infancia 2009 de la UNICEF, en el mundo la incidencia de bajo peso al nacer fue de 14%; América Latina y el Caribe con 9% y el Perú con 10%. La incidencia de bajo peso al nacer de 8.24% encontrada en este estudio, fue menor a la reportada para el Perú en el Informe de la UNICEF y semejante al 8.97% encontrado por Shimabuku y Oliveros en 1991-1996, lo que demuestra que el bajo peso en el Perú persiste como uno de los problemas más importantes de salud pública.

En la actualidad Cuba se destaca por sus logros en la Salud Publica en especial la Mortalidad Infantil. Como resultado de esto, se evidencia la reducción de la tasa de esta con cifras tan bajas como 5.1 x mil nacidos vivos en el 2009.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2010 aseguró que los nacimientos prematuros constituyen un 10% de todos los partos anuales en el mundo.
Según un estudio publicado en el boletín mensual de la OMS, se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial.

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

En Argentina, de los niños nacidos en 2010 aproximadamente 8 de cada 100 fueron prematuros No se cuenta con las cifras exactas acerca de la supervivencia de estos niños, sin embargo, sí se sabe que un tercio de los niños que murieron durante el primer año de vida en el mismo año en nuestro país, presentaron bajo peso o muy bajo peso al nacer**,** condición muy frecuentemente asociada con la prematurez.

NACIONES UNIDAS.- Más de 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año en el mundo y más de un millón de ellos fallecen por complicaciones derivadas de su nacimiento, señala un nuevo estudio realizado en el 2012 presentado por distintas organizaciones.

Esa elevada cifra se traduce en que actualmente uno de cada diez bebés llega al mundo con 37 o menos semanas de gestación, según alertaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y varias ONG, como Save the Children y March of Dimes, en un nuevo informe presentado en la sede central de Naciones Unidas en Nueva York.
Los países con los índices más bajos son Bielorrusia (4,1 %), Ecuador (5,1 %), Letonia (5,3 %), Finlandia, Croacia y Samoa (las tres con 5,5 %), Lituania y Estonia (ambas con 5,7 %), Antigua y Barbuda (5,8 %), y Japón y Suecia (5,9% en ambos casos).

5.1 CONCEPTOS.

El parto pre-término se define como el nacimiento espontáneo o provocado que se produce entre la semana 28 y 36 de gestación.

El trabajo de parto pre-término es definido como la presencia de contracciones uterinas regulares con frecuencia e intensidad mayor a los patrones normales para cada edad gestacional (> 3 contracciones de 40 seg en 10 minutos) capaces de ocasionar modificaciones cervicales (dilatación cervical > 4cm), borramiento 50%) antes de las 37 semanas de gestación. **(4,5,6)**

El trabajo de parto pre-término espontáneo es aquel que ocurre cuando el proceso de parto se inicia en ausencia de enfermedad materna o fetal y es responsable del 40 al 50 % de los partos pre-término aproximadamente, mientras que el resto de estos nacimientos resultan de la Rotura Prematura de Membranas (RPM) (25 a 40 %). **(6)**

El trabajo de parto pre-término indicado es la interrupción del embarazo antes del término (20 a 25 %) por causas obstétricas como un deterioro del medio intrauterino por infección, retraso del crecimiento intrauterino o peligro significativo de la salud materna y fetal que los exponen a un alto riego de mortalidad o complicaciones severas como en los casos de pre-eclampsia, sufrimiento fetal, restricción de crecimiento intrauterino, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, etc. **(6)**

5.2 INCIDENCIA

Los datos epidemiológicos señalan que entre el 8 y el 10 % de todos los partos del mundo se producen en forma prematura. Estas cifras no sólo se repiten en nuestro país sino que en algunas zonas del mismo, especialmente en las más pobres, pueden llegar a duplicarse. El parto pre-término es la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal. **(1)**

La frecuencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, sin embargo, la morbi-mortalidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente. Esta reducción es atribuible a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del parto prematuro.

5.3 FACTORES DE RIESGO

Su etiología aun está poco establecida, tras la prematuridad se encuentra un amplio conjunto de factores estrechamente relacionados entre ellos; y cada vez se tiende más a una explicación multicausal de la prematuridad. Parece obvio pensar que las condiciones que acompañan al estatus socioeconómico regulan diversos aspectos ambientales, psicológicos e incluso compartamentales de la gestación que a su vez inciden en la prematuridad.

Estos factores de riesgo deben ser evaluados durante el control prenatal, pues en algunos casos su manejo adecuado reduce la probabilidad de prematurez. **(11)**

La historia obstétrica de parto pre-término principalmente en el 2do trimestre con o sin RPM.

Uno de los factores que más se asocian con la prematuridad es el antecedente de otra gestación finalizada prematuramente.

La historia de parto pre-término es uno de los factores más significativos, el riesgo de recurrencia de parto pre-término es de 17-40%. Y parece depender del número de partos pre-término previos. Particularmente en el segundo trimestre. **(9,10)**

La edad materna es uno de los factores asociados a la prematuridad entre las menores de 20 años y mayores de 34 años.

La gestación múltiple y en el Hidramnios, el porcentaje es alto de parto pre-término probablemente por la sobre distensión uterina que puede exceder su capacidad de compensación, el estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas activaría los receptores de la oxitocina y la síntesis de prostaglandinas de origen amniótico decidual y cervical. **(8)**

Es uno de los riesgos más altos de parto pre-término aproximadamente 50 % de los gemelos y casi todas las gestaciones múltiples nacen antes de las 37 semanas. Si bien la morbi mortalidad perinatal asociada con el parto pre-término disminuye con el aumento de la edad gestacional, es sustancial la carga sobre el sistema de salud de cuidados intensivos neonatales por causa de prematurez. **(1)**

Sexo del feto. Algunos autores han señalado una mayor prevalencia de varones entre los prematuros, acentuándose dicha asociación entre los nacimientos prematuros.

Una situación social desfavorecida puede suponer factores estresantes crónicos que unidos a factores psicológicos adversos pueden provocar respuestas hormonales y comportamientos poco saludables, así como un mal cuidado del embarazo que esto facilitaría un parto pre-término.

La condición ambiental. Niveles excesivos de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono en el ambiente se han asociado con la prematuridad.

Condiciones de trabajo. Se ha encontrado asociación entre los trabajos que requieren esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos etc.

Es más importante el tipo de trabajo que el hecho de trabajar, la bipedestación prolongada, muchas horas de trabajo diarias y la fatiga física o mental.

Consumo de sustancias tóxicas durante la gestación. El tabaco multiplica por 2 el riesgo relativo de partos prematuros. Las mujeres que fuman tienen un riesgo que se incremente de 20-30 % el parto pre-término. Juega un rol más significativo en el retardo de crecimiento intrauterino que en el parto pre-término. **(10)**

La frecuencia esta aumentada en las pacientes que consumen cocaína, opiáceos, y tabaco. Las consumidoras de mariguana a grandes dosis también presentan un incremento de la tasa de prematuridad. **(14)**

Micronutrientes. Han asociado la carencia de determinados micronutrientes en las gestantes con prematuridad, se ha asociado con una dieta deficiente en hierro, ácido fólico, Zinc, Vitamina A.

El estrés psicosocial materno puede producir stress fetal con una reducción del flujo útero placentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Parecería que el principal mediador inductor de prematurez por stress es el factor liberador de corticotropina. Este factor proviene del hipotálamo aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua el cual estimula estas células produciendo prostaglandinas las mismas que producirán contracciones uterinas y maduración cervical y posteriormente desencadenará el parto pre-término.

También este mecanismo libera cortisol materno y fetal y dehidroepiandrosterona, estos son convertidos en la placenta en estrógenos que a su vez aumentan las proteínas del endometrio y activan los receptores para la oxitocina. **(7,8)**

La raza negra. La asociación de la raza negra con parto pre-término es bien conocida pero inexplicable. Las mujeres negras tienen un porcentaje de prematurez de 16 a 18 % comparado con 7-9 % de las mujeres blancas. **(14)**

Nivel socioeconómico bajo. Es clásica la asociación entre bajas condiciones socioeconómicas y bajo peso al momento del nacimiento.

Bajo peso materno, tanto la ganancia de peso escasa como la excesiva, y el bajo índice de masa corporal (menos de 19.8Kg/m2) aumentan el riesgo de parto pre-término. **(8,9)**

El sangrado vaginal durante el embarazo es un factor de riesgo para parto pre-termino principalmente en el segundo trimestre y cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. **(7)**

Esto se debe probablemente a un aumento de los fenómenos inflamatorios en el líquido amniótico y anormalidades vasculares en la decidua como resultado del efecto útero tónico de la actividad de la trombina.

En el 60% de partos pre-términos se encuentra hallazgos histológicos de hemorragias de la decidua uterina (micro desprendimientos de la placenta).

El sangrado vaginal por placenta previa o desprendimiento placentario es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. **(7,8)**

Las Infecciones: Neumonía, pielonefritis, fiebre tifoidea, bacteriuria asintomática, uretrocistitis han sido asociada con el parto pre-término. Existe una asociación con una mayor presentación de parto pre-término y la colonización vaginal con vaginosis bacteriana (21%). **(2,9)**

Las infecciones ascendentes del tracto genitourinario se asocian con el parto pre-término, estas infecciones junto con las amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares. **(8)**

Anomalías uterinas del útero y del cuello. Las malformaciones congénitas del útero y del cuello suponen en 1 al 3 % de todos los casos de trabajo de parto pre-término. La situación más importante es el útero tabicado y el útero bicorne.

Las anomalías de fusión mulleriana pueden incluir el cérvix, y predisponer al paciente a un incremento en el riesgo de parto pre-término por función cervical anormal.

Los leiomiomas son una alteración anatómica adquirida que también se asocia con trabajo de parto pre-término.

Algunas enfermedades maternas y fetales pueden hacer adecuado indicar médicamente un parto prematuro. Las principales causas son: Pre eclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal, endocrinopatías, Hipertensión arterial, Neuropatías, Anemia, infección de vías urinarias, e infecciones sistémicas.

Patología fetal. Los defectos del tubo neural y los errores innatos del metabolismo, como la hiperalaninemia, son algunos del los defectos congénitos que se asocian a trabajo de parto pre-término. Síndrome de Potter.

Origen desconocido. Aproximadamente el 20-30% de las pacientes con trabajo de parto pre-término no es posible establecer con precisión la etiología.

5.4 DIAGNOSTICO

En el diagnóstico del trabajo pre-término hay que tener en consideración los componentes siguientes:

1. Identificación de las gestantes de riesgo.
2. Detección de los signos tempranos de alarma
3. Diagnóstico de trabajo de parto establecido.

5.4.1 IDENTIFICACION DE LAS GESTANTES DE RIESGO

Es indudable que el mejor predictor de parto pre-término es una pobre historia reproductiva sin embargo esto no permite identificar a las nulíparas de riesgo lo que resulta desalentador dado que el 40% de los pre-término se producen en nulíparas. **(11)**

La historia clínica es muy importante para hacer la valoración de factores de riesgo clínicos, son los siguientes: **(11,12)**

- Antecedentes de partos pre-término
- Hemorragia vaginal
- Abuso de drogas
- Edad materna: los extremos de edad se han vinculado con mayor riesgo de parto pre-término.
- Raza negra
- Embarazo Múltiple
- Pielonefritis
- Déficit de acido fólico
- Anemia
- Incompetencia del cuello uterino: Por dilatación recurrente e indolora del cérvix y parto espontáneo en el transcurso del segundo trimestre en ausencia de rotura espontanea de membranas, hemorragia o infección.
- Vaginosis bacteriana.

5.4.2 DETECCIÓN DE SIGNOS TEMPRANOS DE ALERTA

La mayoría de las gestantes desarrollan síntomas días o semanas antes de iniciar el trabajo de parto pre-término, estos síntomas son a veces sutiles y la gestante con frecuencia ignora su importancia por eso debe ser orientada sobre los elementos siguientes: **(11)**

- Importancia de la actividad uterina excesiva y otros signos de alarma
- No deben usarse nombres para designar las contracciones (Braxton Hicks, por falso trabajo de parto), porque pueden dar una falsa seguridad.
- Atribuir el dolor pélvico o abdominal a otros órganos que no sean el útero
- Necesidad de informar lo más pronto posible al médico sobre los signos antes mencionados.

Modificaciones cervicales

El examen pélvico puede realizarse ante la presencia de síntomas de alerta. **(11)**

Las principales características del cérvix entre 20 y 34 semanas son:

1. <u>Nulíparas:</u>

a) Posterior
b) Cerrado
c) Duro
d) Longitud mayor que 2 cm

2. <u>Multíparas:</u> variados grados de borramiento y dilatación.

Si la dilatación de OCI es de 2 a 3 cm a partir de las 28 semanas hay un 27% de posibilidad que ocurra parto pre-termino. Si la dilatación del OCI es menor que 1 cm, solo existe una incidencia de 2% de parto pre-termino. Al realizar el tacto vaginal se debe evitar en lo posible introducir los dedos en el canal cervical para no afectar la

barrera que contiene el tapón mucoso, el moco cervical posee actividad antimicrobiana y anti proteolítica, una disrupción de la integridad del cérvix disminuiría la defensa del huésped contra la infección, bien exponiendo a una gran área de superficie a bacterias potencialmente patógenas o bien por disminuir el moco cervical. **(11,8)**

Examen ecográfico

Se considera que la medición del cérvix por ecografía puede ser una técnica más sensible y fácilmente reproducible para detectar modificaciones cervicales prematuras. Sin embargo por su sensibilidad y valor predictivo positivos bajos, no se considera de utilidad para programas de pesquisa en la selección de gestantes con riesgo de parto pre-término. **(11)**

Control de la actividad uterina

Según Bell, la presencia de contracciones uterinas de 15 mm/Hg o más entre las 20 y 28 semanas en mujeres con historia de parto pre-término es buen predictor de este. Después de las 30 semanas existe un incremento en el número de contracciones por hora y por semana en mujeres que tuvieron un parto pre-término, y la presencia de tres contracciones/hora se asoció con 28% de parto pre-término. **(11,8)**

5.4.3 DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO PRE-TERMINO ESTABLECIDO

1. Presencia de contracciones uterinas regulares, frecuentes y rítmicas
2. Modificaciones cervicales progresivas.

En conclusión, el diagnóstico de trabajo de parto pre-término puede ser difícil en diferentes escenarios. Sin embargo las evaluaciones de estas pacientes deben ser exhaustivas y de criterios clínicos bastante estrictos para el diagnóstico de la enfermedad tratando de logar con esto ser bastante sensibles y específicos. **(7)**

No es conveniente el inicio de terapias farmacológicas con la sola frecuencia de contracciones uterinas frecuentes, sin la presencia de otros signos y cambios cervicales. En estas pacientes y en aquellas que presenten muchas dificultades diagnósticas es de

crucial importancia el seguimiento y la observación inteligente de su evolución, lo cual puede permitir establecer la presencia o ausencia de la enfermedad. (7)

5.5 PREVENCIÓN

La prevención del parto pre- término ha sido estudiada de manera muy extensa. Diferentes puntajes e índices se han ideado y estudiado para lograr seleccionar las pacientes con riesgo de parto pre-termino, con el fin de ser sometidas a medidas conducentes a prevenirlo.

Otros programas dirigidos a disminuir la incidencia de parto pre-término se han focalizado en el tamizaje para la detección de contracciones uterinas prematuras y cambios cervicales antes del inicio del verdadero trabajo de parto.

Estos programas incluyen:

1) Educación de las pacientes para reconocer las contracciones prematuras,

2) La vigilancia continua por el profesional, de los cambios cervicales, y

3) El monitoreo domiciliario de la actividad uterina.

Los programas educativos generalmente entrenan a las mujeres para reconocer los síntomas del trabajo de parto pre-término, como ser las contracciones uterinas, la presión pélvica y la pérdida vaginal. Además se han implementado los exámenes vaginales semanales con el fin de detectar cambios cervicales tempranos.

Sin embargo existe muy pobre evidencia que muestre una reducción del parto pre-termino con este tipo de intervenciones o programas. Por ejemplo, el nivel de educación y supervisión puede ser inadecuado. Uno de los motivos más importantes puede ser que los síntomas tempranos de trabajo de parto pre-término son subestimados y las mujeres no perciben las contracciones hasta que el trabajo de parto está relativamente avanzado.

Para evitar esto, se ha propuesto el monitoreo domiciliario de la actividad uterina. Si bien estudios pequeños han demostrado una disminución significativa en el parto pre-

término utilizando esta práctica, los estudios de mayor tamaño muestral mostraron que esta intervención era poco beneficiosa para reducir la frecuencia de parto pre-término Una causa para este fracaso es que las intervenciones disponibles para tratar el trabajo de parto pre-término temprano una vez que éste es detectado, no son en su mayoría efectivas **(4)**.

El parto pre-término es la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal, anualmente, alrededor del mundo nacen un promedio de 10 millones de niños pre-término, una cifra realmente importante, que puede traducirse a una tasa de morbi - mortalidad perinatal elevada, altos costos de atención hospitalaria, para los niños que sobreviven, muchas veces sufren lesiones neurológicas permanentes y de otra índole, además a una carga social constante.

Los nacimientos prematuros son responsables de casi la mitad de muertes entre recién nacidos en todo el mundo y no afecta solamente a países de bajos recursos económicos sino además a países desarrollados entre ellos están Estados Unidos, Brasil, la India, China donde la mayoría de partos pre-términos se dan por el mayor número de mujeres que se embarazan a edades avanzadas a partir de 35 años, el aumento de uso de tratamientos de fertilidad dando como resultado muchas veces múltiples gestaciones y el uso innecesario de parto pos cesárea.

En los países con bajos recursos económicos incluye Ecuador con una incidencia de parto pre-termino (5.1%), las principales causas son Infecciones de vías urinarias, VIH, y altos índice de embarazos entre adolescentes.

Las tasas de mortalidad neonatal han disminuido en los últimos años debido a la mejoría de los servicios de cuidados intensivos neonatales y a un mejor acceso a los servicios de salud en los países de mayores recursos económicos.

Esta reducción es atribuible a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del parto prematuro.

En Cuba el progreso científico técnico en los últimos años ha repercutido de forma positiva en la salud de la población. Mediante el programa de Salud reproductiva para prevenir el RN pre-término identificando las gestantes susceptibles con presencia de factores de riesgo y tomando las medidas necesarias para eliminar o modificar estos factores de forma tal que los daños sean mínimos.

Durante este siglo, han existido grandes avances en el manejo perinatal de estos niños, sin embargo todos los adelantos existentes no han sido suficientes para disminuir los costos y las lesiones permanentes derivadas de este problema.

CAPITULO VI

MATERIALES Y METODO

6.1 MATERIALES

6.1.1 LOCALIZACION

El presente estudio se realizará en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Está ubicado en las calles Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo, parroquia Bolívar.

6.1.2 CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO.

El cantón Guayaquil está ubicado en la parte suroccidental de la provincia del Guayas. La ciudad de Guayaquil es su cabecera cantonal y está compuesto por 16 Parroquias Urbanas y 5 Parroquias Rurales. La ciudad de Guayaquil constituye el más importante centro económico del país. Guayaquil actualmente cuenta con 2'291.158 de habitantes.

La temperatura media anual en la Cabecera Cantonal es de 25.5ºC, con variaciones anuales en la estación lluviosa o la seca.

6.1.3 PERIODO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación comprende desde el 1ero de Enero del 2011 al 31 de Diciembre del 2012 (24 meses).

6.1.4 RECURSOS A EMPLEAR

6.1.4.1 RECURSOS HUMANOS

- Postgradista
- El tutor
- Las pacientes

6.1.4.2 RECURSOS FISICOS

- Computador
- Encuesta
- Bolígrafo

6.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

6.1.5.1 UNIVERSO

El universo de estudio estará constituido por 300 gestantes que ingresen al área toco quirúrgico del Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el periodo señalado.

6.1.5.2 MUESTRA

Será 200 gestantes que tuvieron su parto pre- término en ese periodo (100 partos espontáneos y 100 partos indicados).

6.2 MÉTODOS

6.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo – Correlacional

6.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

- No experimental – Retrospectivo - Longitudinal

6.2.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACION

6.2.3.1 Operacionalizacion de equipos e instrumentos

Los instrumentos a utilizar serán las fichas clínicas de las pacientes y encuestas. Las fichas clínicas a utilizar fueron instrumentadas por los médicos residentes en la fecha que se atendió al paciente y cubren los aspectos de filiación, clínicos, diagnóstico, tratamiento, etc, las mismas que se obtendrán del departamento de estadística. En el caso de las encuestas estas se realizaron a los pacientes y sus familiares en el momento de ingreso a la unidad de salud, sobre aspectos relacionados a aspectos socioeconómicos, hábitos, etc.

6.2.4 CRITERIOS DE INCLUSION/EXCLUSION

6.2.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes gestantes de cualquier edad.

Pacientes en el área de embarazo de Alto Riesgo que estén en trabajo de parto pre-término.

Pacientes con información completa

6.2.4.2. Criterios de exclusión

Paciente sin trabajo de parto pre-término

Pacientes intervenidas fuera de la fecha de estudio

Pacientes con información incompleta.

6.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

El estudio se realizará utilizando la información contenida en las fichas clínicas de las pacientes atendidas durante el período de estudio, la misma que será tabulada en cuadros, gráficos, para cada una de las variables en estudio, así como la combinación entre las mismas, para su análisis e interpretación. Se utilizarán indicadores principalmente media.

6.2.6 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

La presente investigacion se hará, respetando todos los aspectos éticos y legales de cada uno de los pacientes, no se revelará identidad ni diagnósticos con la finalidad de no herir el pudor de nuestras pacientes.

La información fue recolectada de los expedientes medicos , previo permiso de los directivos del hospital y docencia estadística con consentimiento de las pacientes que forman parte del presente estudio.

6.2.7 Presupuesto

Autofinanciado

RESULTADO # 1

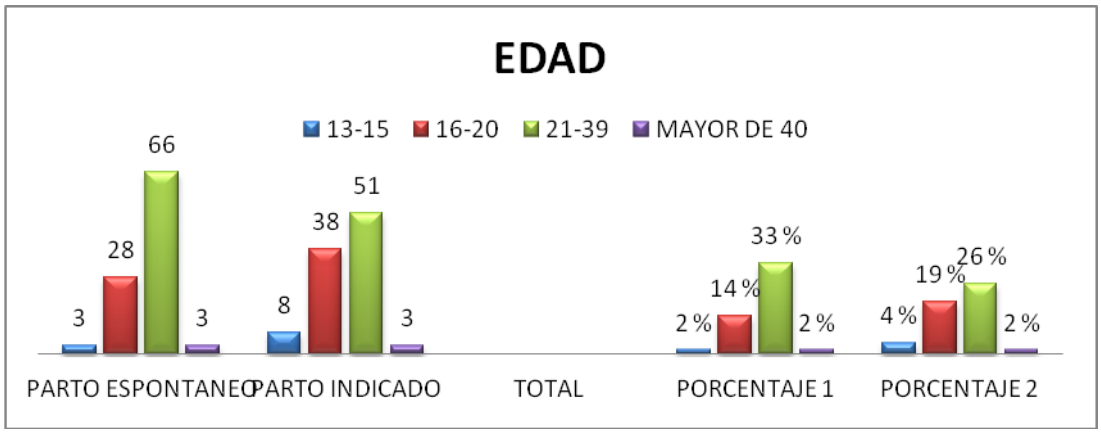
- Identificar los factores de riesgo más frecuentes en el parto pre- término

Tabla N° 1 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA EDAD

EDAD					
EDAD	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
13-15	3	8		2	4
16-20	28	38		14	19
21-39	66	51		33	26
MAYOR DE 40	3	3		2	2
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 1 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA EDAD



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

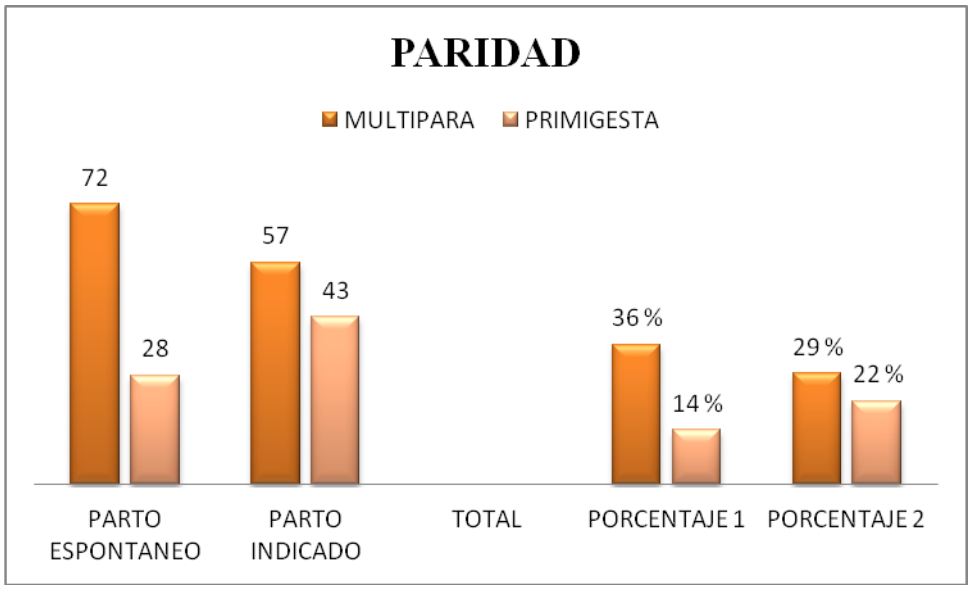
En el presente grafico podemos apreciar que, un 33% (66 pacientes) con parto espontaneo y 26% (51 pacientes) con parto indicado tuvieron un promedio de edad entre los 21 y 39 años, seguido de un 14% (28 pacientes) y 19% (38 pacientes) respectivamente que tuvieron su promedio etario entre los 16 y 20 años.

Tabla N° 2 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA PARIDAD

PARIDAD					
PARIDAD	**PARTO ESPONTANEO**	**PARTO INDICADO**	**TOTAL**	**PORCENTAJE 1**	**PORCENTAJE 2**
MULTIPARA	72	57		36	29
PRIMIGESTA	28	43		14	22
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 2 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA PARIDAD



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

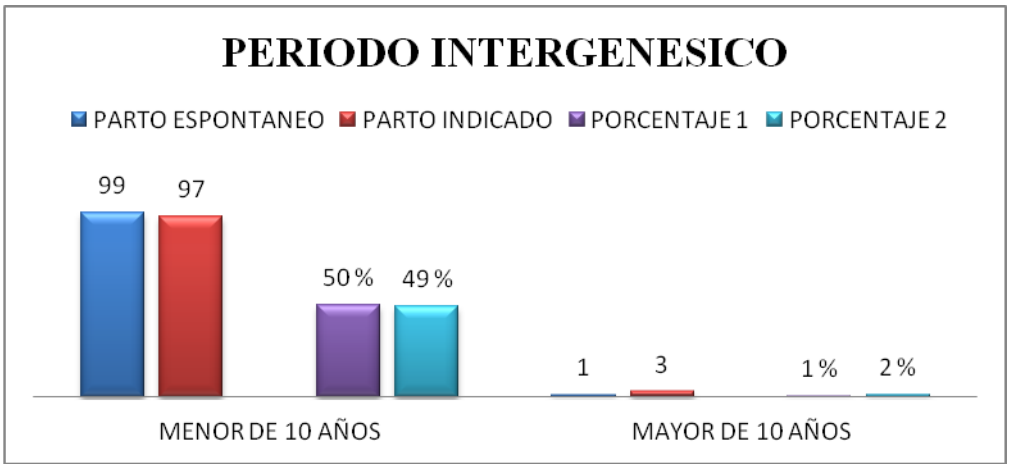
Los resultados de este grafico nos indican que el 36% de nuestras pacientes (72) con parto espontaneo y 29% (57 pacientes) con parto indicado fueron multíparas, a diferencia de las primigestas con un 14% (28 pacientes) y 22% (43 pacientes) respectivamente.

Tabla N° 3 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL PERIODO INTERGENESICO

PERIODO INTERGENESICO					
PERIODO EN AÑOS	**PARTO ESPONTANEO**	**PARTO INDICADO**	**TOTAL**	**PORCENTAJE 1**	**PORCENTAJE 2**
MENOR DE 10 AÑOS	99	97		50	49
MAYOR DE 10 AÑOS	1	3		1	2
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 3 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL PERIODO INTERGENESICO.



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

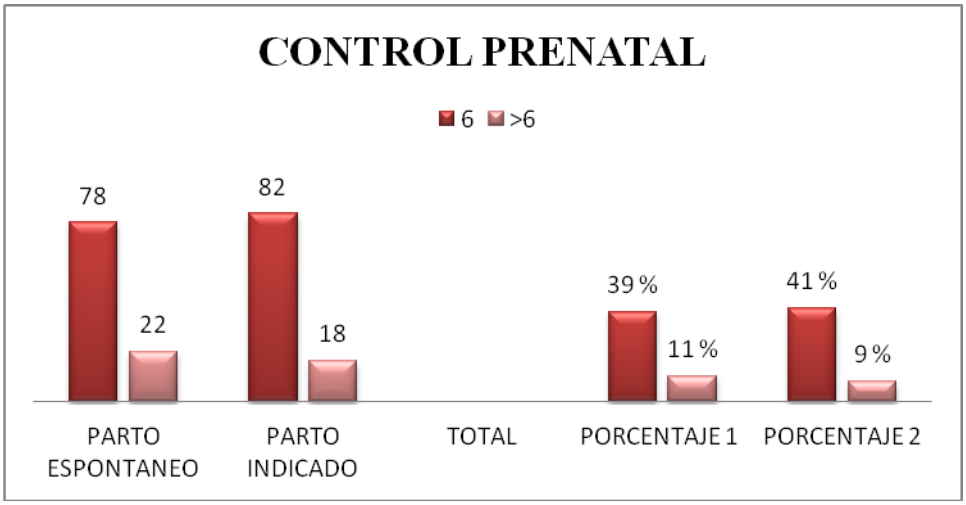
Según se analiza en la presente tabla el 50% (99 pacientes) de partos espontáneos y 49% (97 pacientes) de partos indicados tuvo un periodo intergenésico menor de 10 años, comparado con 1% (1 pacientes) y 2% respectivamente presentaron un periodo intergenésico mayor de 10 años.

Tabla N° 4 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LOS CONTROLES PRE-NATALES

CONTROL PRENATAL					
CONTROL PRENATAL	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
6	78	82		39	41
>6	22	18		11	9
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 4 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

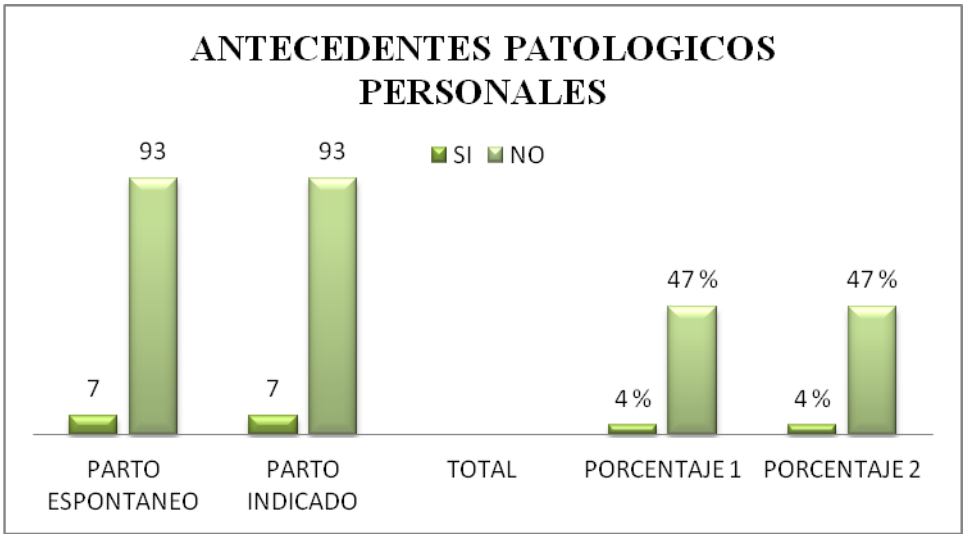
Los resultados de este grafico nos indican que el 39% de nuestras pacientes (78) con parto espontaneo y 41% (82) con parto indicado tuvieron menos de 6 controles prenatales durante su embarazo, y 11% (22 pacientes) 9% (18 pacientes) respectivamente tuvieron más de 6 controles prenatales.

Tabla N° 5 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES					
APP	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
SI	7	7		4	4
NO	93	93		47	47
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 5 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

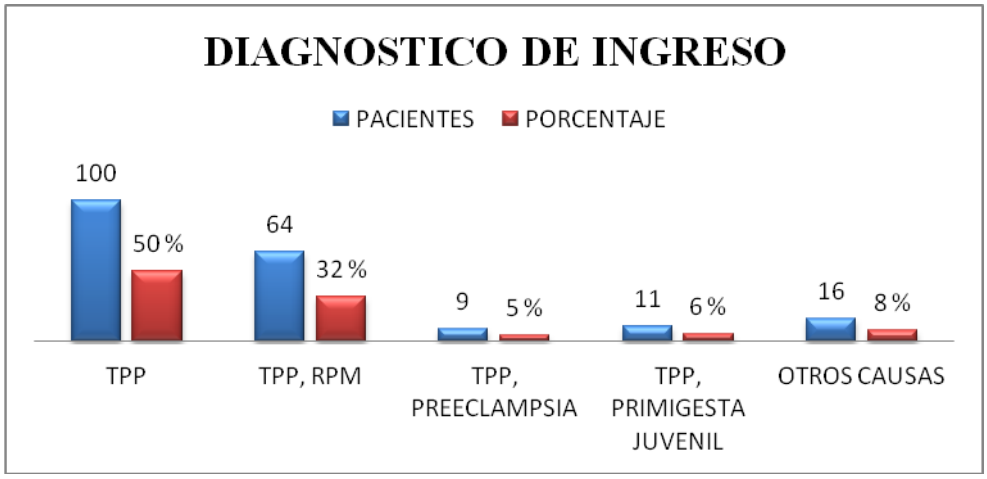
Los resultados de este grafico nos indican que el 47% (93 pacientes) tanto en el tipo de parto espontaneo e indicado no tenían antecedentes patológicos personales, a diferencia del 4% (7 pacientes) que si tenían.

Tabla N° 6 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO DE INGRESO DE PARTOS INDICADOS.

DIAGNOSTICO DE INGRESO	PACIENTES	PORCENTAJE
TPP	100	50
TPP, RPM	64	32
TPP, PREECLAMPSIA	9	5
TPP, PRIMIGESTA JUVENIL	11	6
OTROS CAUSAS	16	8
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 6 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO DE INGRESO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

En este cuadro se evidencia que el 50% (100 pacientes) tuvieron un diagnostico de trabajo de parto pre-termino sin causa aparente, seguido de la RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS con el 64% (32 pacientes) siendo la causa de interrupción del embarazo.

RESULTADO # 2

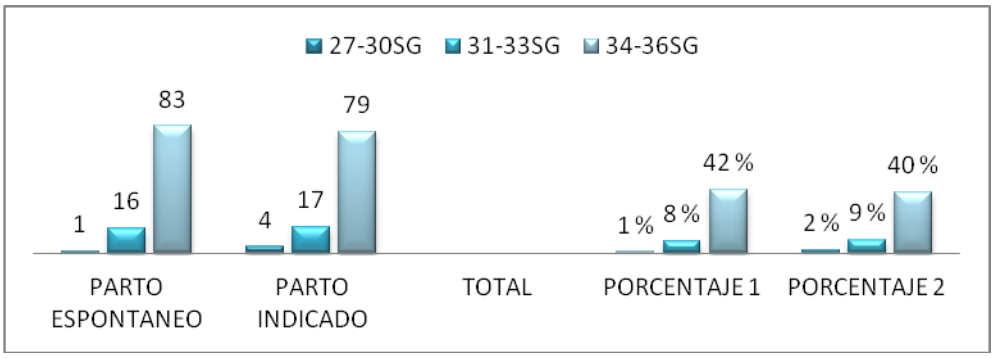
- Obtener la resultante materno y neonatal según el tipo de parto pre término

Tabla N° 7 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO DE INGRESO POR SEMANAS DE GESTACION

SEMANAS DE GESTACION					
SEMANAS DE GESTACION	**PARTO ESPONTANEO**	**PARTO INDICADO**	**TOTAL**	**PORCENTAJE 1**	**PORCENTAJE 2**
27-30SG	1	4		1	2
31-33SG	16	17		8	9
34-36SG	83	79		42	40
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 7 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO DE INGRESO POR SEMANAS DE GESTACION



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

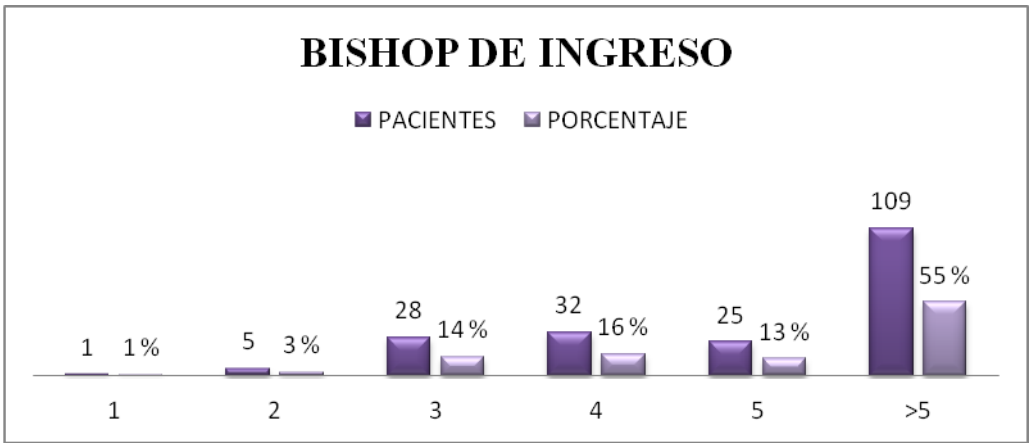
Los resultados de este grafico nos indican que el 42% de nuestras pacientes (83) con tipo de parto espontaneo y 40% (79 pacientes) con tipo de parto indicado ingresan con diagnostico de embarazo que cursa entre las 34 a 36 semanas, seguido de un 8% (16 pacientes) y 9% (17 pacientes) respectivamente con embarazo de 31 a 33 semanas.

Tabla N° 8 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA VALORACION DE BISHOP AL INGRESO

BISHOP DE INGRESO		
BISHOP DE INGRESO	PACIENTES	PORCENTAJE
1	1	1
2	5	3
3	28	14
4	32	16
5	25	13
>5	109	55
TOTAL	**200**	**100**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 8 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA VALORACION DE BISHOP AL INGRESO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

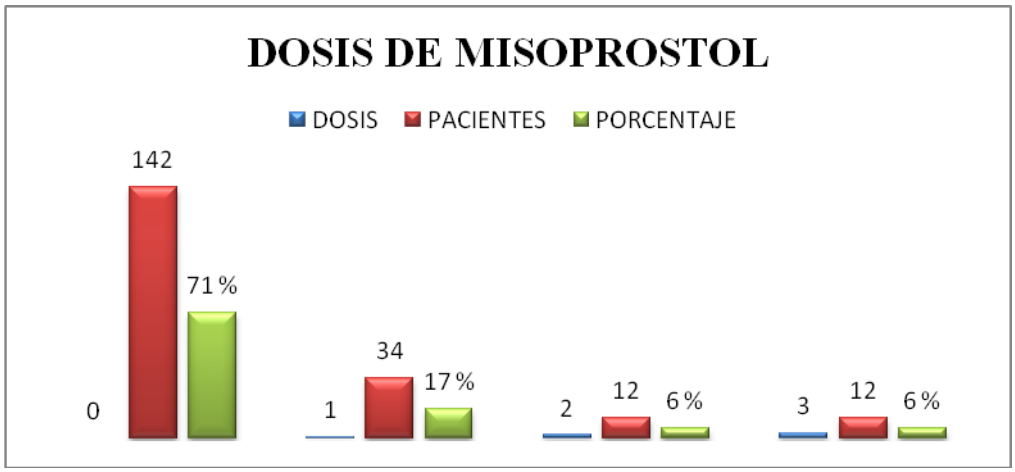
En este cuadro se evidencia que el 55% (109) presentaron una puntuación de bishop mayor a 5, seguido del 16% (32 pacientes) con una puntuación de 4.

Tabla N° 9 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL NUMERO DE DOSIS DE MISOPROSTOL QUE RECIBIERON DURANTE LA INDUCCION DEL PARTO

DOSIS DE MISOPROSTOL		
DOSIS	PACIENTES	PORCENTAJE
0	142	71
1	34	17
2	12	6
3	12	6
TOTAL	200	100

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 9 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL NUMERO DE DOSIS DE MISOPROSTOL QUE RECIBIERON DURANTE LA INDUCCION DEL PARTO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

En este cuadro se evidencio que el 71% (142 pacientes) no fue necesario el uso de misoprostol ya que estas pacientes se encontraban en fase activa del trabajo de parto, el 17% (34 pacientes) necesitaron 1 dosis de misoprostol, y el 6% (12 pacientes) dos al igual que tres dosis de la prostaglandina para poder facilitar el trabajo de parto.

Tabla N° 10 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL USO DE OXITOCINA EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO

OXITOCINA	PACIENTES	PORCENTAJE
SI RECIBE	114	57
NO RECIBE	86	43
TOTAL	**200**	**100**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 10 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL USO DE OXITOCINA EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

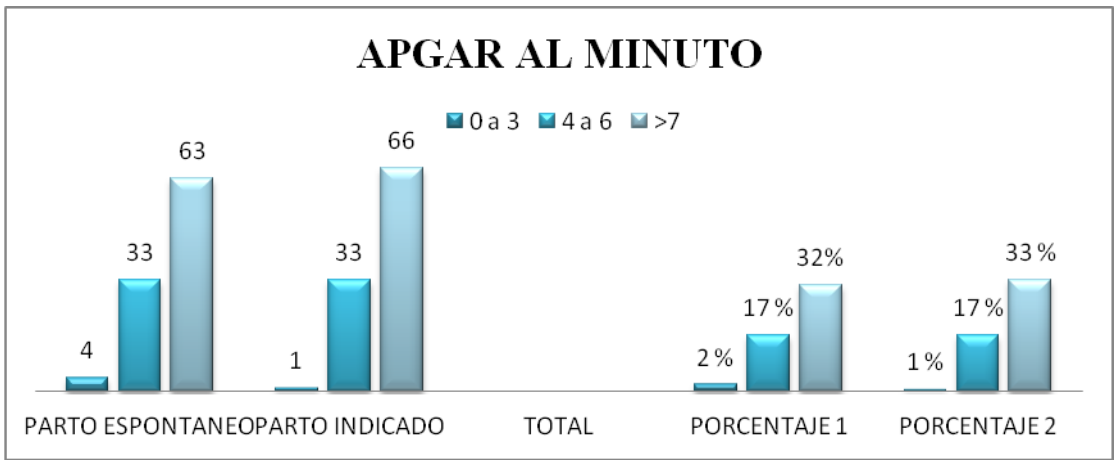
Según el cuadro presentado se evidencia que el 57% (114 pacientes) necesitaron la administración de oxitocina durante la fase activa del trabajo de parto, en comparación con el 43 % (86 pacientes) que no necesitaron de oxitocina.

Tabla N° 11 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL APGAR AL MINUTO

APGAR AL MINUTO					
APGAR	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
0 a 3	4	1		2	1
4 a 6	33	33		17	17
>7	63	66		32	33
TOTAL	100	100	200	50	50

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 11 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL APGAR AL MINUTO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

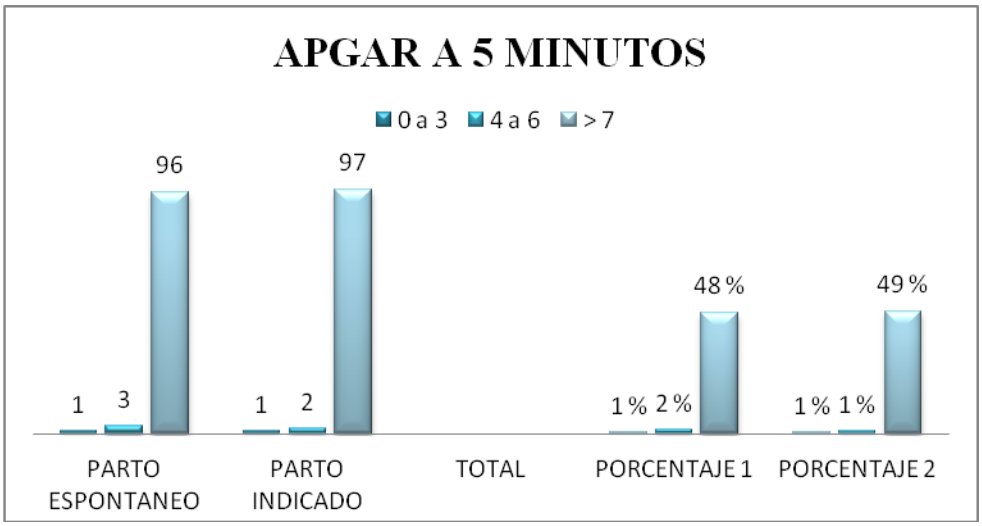
En el siguiente cuadro podemos apreciar que el 32% (63 pacientes) de partos espontáneos y 33% (66 pacientes) de partos indicados tuvieron un APGAR al minuto de vida mayor de 7. Y apenas un 2% (4 pacientes) y 1% (1 paciente) respectivamente presentaron APGAR al minuto menor de 3.

Tabla N° 12 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL APGAR A LOS 5 MINUTOS

APGAR A LOS 5 MINUTOS					
APGAR	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
0 a 3	1	1		1	1
4 a 6	3	2		2	1
> 7	96	97		48	49
TOTAL	100	100	200	50	50

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 12 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL APGAR A LOS 5 MINUTOS



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

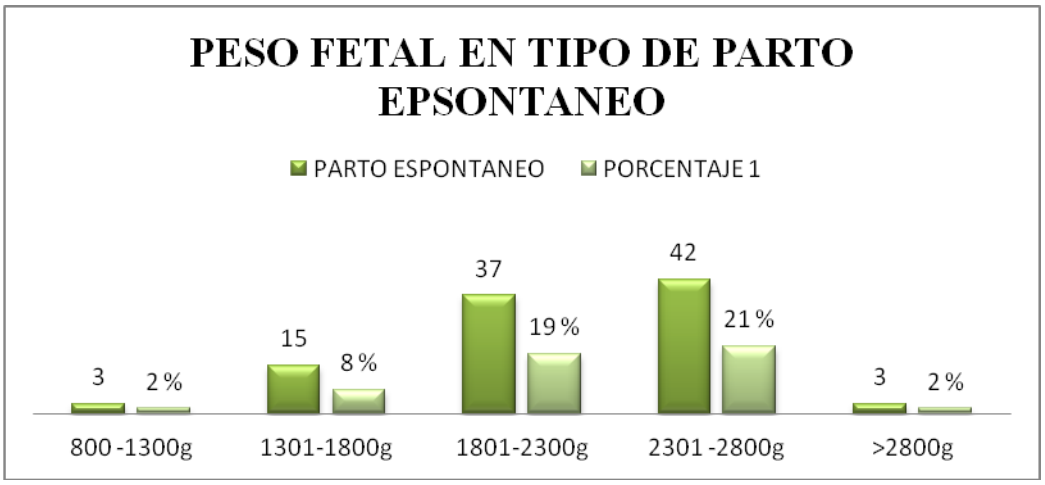
En el presente gráfico, podemos apreciar que el 48% de los recién nacidos (96) con partos espontáneos y el 49% (97) con partos indicado tuvieron APGAR mayor de 7 a los 5 minutos, y apenas 3 casos de partos espontáneos y 1 caso de parto indicado presentó un APGAR menor de 3 a los 5 minutos.

Tabla N° 13 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL PESO NEONATAL

PESO FETAL	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
800 -1300g	3	7		2	4
1301-1800g	15	15		8	8
1801-2300g	37	32		19	16
2301 - 2800g	42	43		21	22
>2800g	3	3		2	2
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

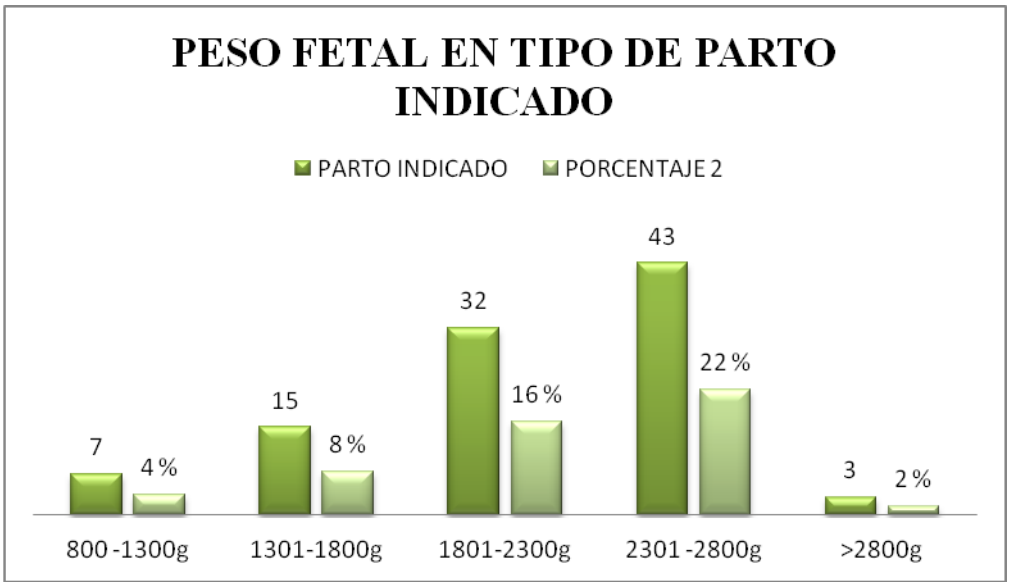
Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 13 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN PESO NEONATAL EN TIPO DE PARTO ESPONTANEO.



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 13 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN PESO NEONATAL EN TIPO DE PARTO INDICADO.



Análisis e interpretación

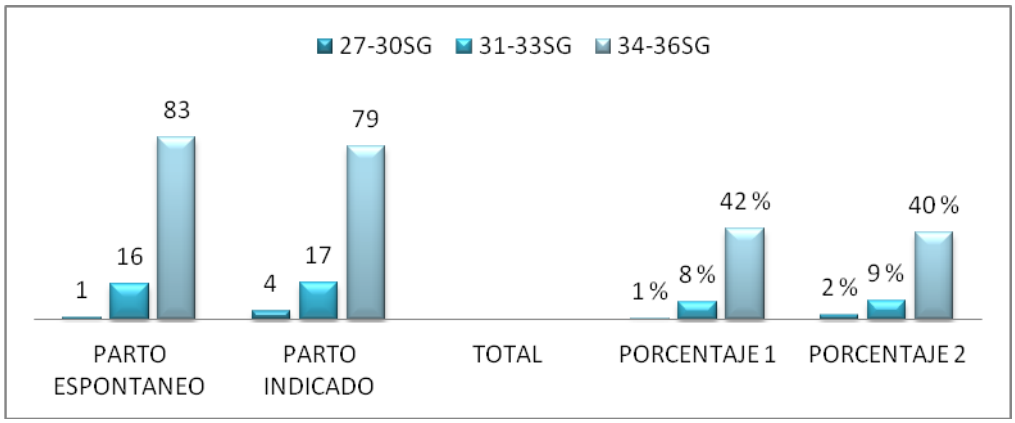
En el presente grafico podemos evidenciar que el 21% de los neonatos (42) obtenidos de parto espontaneo y 22% (43) por parto indicado presentaron un peso entre 2301 – 2800 gramos.

Tabla N° 14 DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD GESTACIONAL

SEMANAS DE GESTACION					
SEMANAS DE GESTACION	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
27-30SG	1	4		1	2
31-33SG	16	17		8	9
34-36SG	83	79		42	40
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 14 DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD GESTACIONAL



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

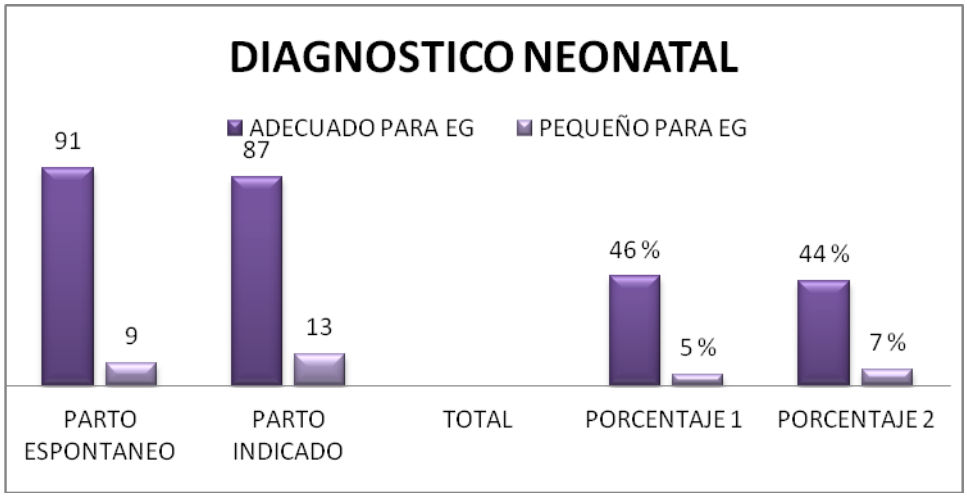
La presente tabla nos indica que la edad gestacional más frecuente dada por pediatría fue entre 34 a 36SG con un 42% (83 pacientes) en tipo de parto espontaneo y un 40% (79 paciente) en tipo de parto indicado.

Tabla N° 15 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO NEONATAL

DIAGNOSTICO NEONATAL					
DX NEONATAL	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
ADECUADO PARA EG	91	87		46	44
PEQUEÑO PARA EG	9	13		5	7
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor

Grafico N° 15 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO NEONATAL



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

En el presente cuadro, observamos que el 46% (91 pacientes) de recién nacidos en tipo de parto espontaneo y 44% (87 pacientes) en tipo de parto indicado fueron adecuados para la edad gestacional. Apenas un 5% (9 pacientes) y 7% (13 pacientes) de recién nacidos respectivamente fueron pequeños para la edad gestacional.

RESULTADO # 3

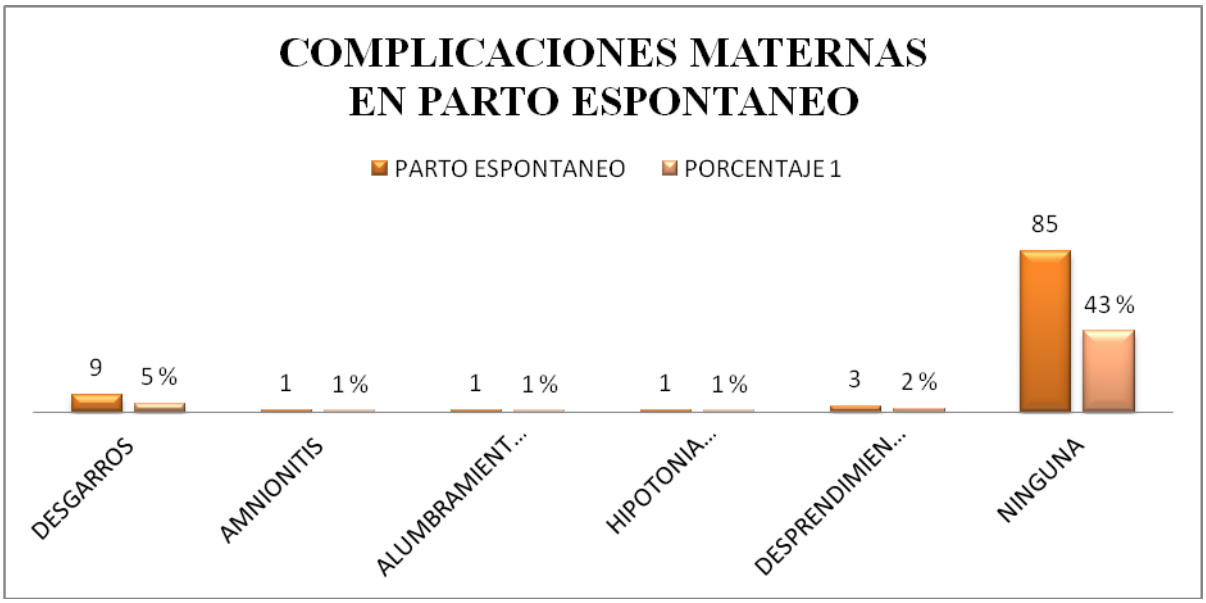
- Establecer las complicaciones que implica el parto pre-término

Tabla N° 16 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS

COMPLICACIONES MATERNAS					
COMPLICACIONES MATERNAS	**PARTO ESPONTANEO**	**PARTO INDICADO**	**TOTAL**	**PORCENTAJE 1**	**PORCENTAJE 2**
DESGARROS	9	10		5	5
AMNIONITIS	1	2		1	1
ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO	1	6		1	3
HIPOTONIA UTERINA	1	2		1	1
DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO	3	1		2	1
NINGUNA	85	79		43	40
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

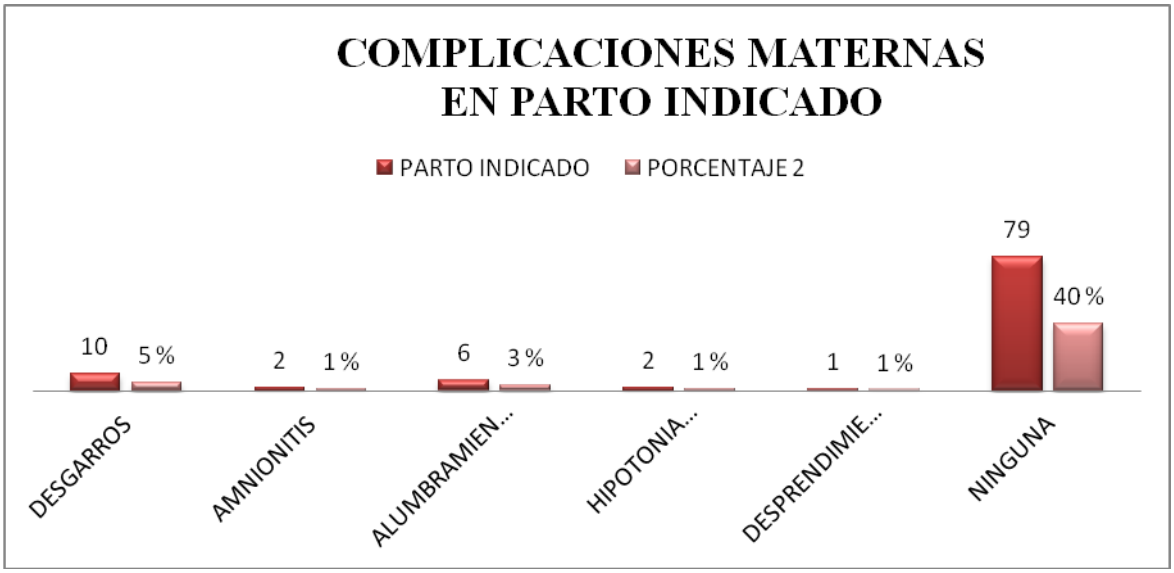
Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 16 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS TIPO DE PARTO ESPONTANEO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 16 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS TIPO DE PARTO INDICADO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

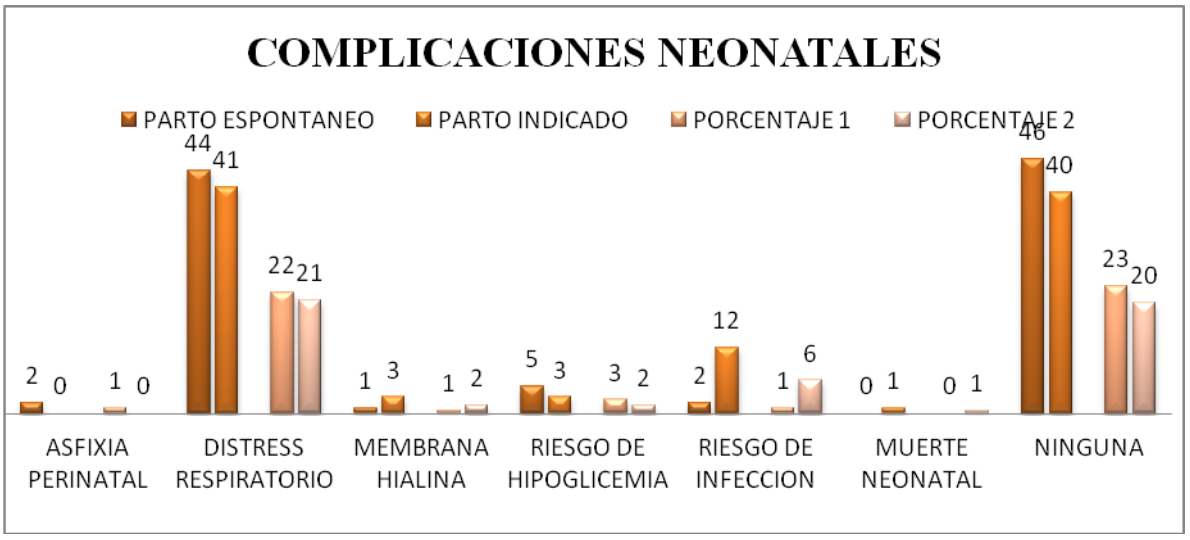
En este cuadro se evidencia que un 43% (85 pacientes) en tipo de parto espontaneo y 40% (79 pacientes) en parto indicado no presentaron ninguna complicación materna, solo un 5% (9 pacientes) tanto en parto espontaneo como indicado presentaron como complicación desgarros que no ameritaron cirugía mayor.

Tabla N° 17 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LAS COMPLICACIONES NEONATALES.

COMPLICACIONES NEONATALES					
COMPLICACIONES NEONATAL	**PARTO ESPONTANEO**	**PARTO INDICADO**	**TOTAL**	**PORCENTAJE 1**	**PORCENTAJE 2**
ASFIXIA PERINATAL	2	0		1	0
DISTRESS RESPIRATORIO	44	41		22	21
MEMBRANA HIALINA	1	3		1	2
RIESGO DE HIPOGLICEMIA	5	3		3	2
RIESGO DE INFECCION	2	12		1	6
MUERTE NEONATAL	0	1		0	1
NINGUNA	46	40		23	20
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 17 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LAS COMPLICACIONES NEONATALES



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

Según el grafico se demuestra que el 22% (44 pacientes) en tipo parto espontaneo y 21% (41 pacientes) en tipo de parto indicado no presentaron ninguna complicación neonatal posterior al parto, solo el 1% (2 pacientes) en parto espontaneo presentaron asfixia perinatal y el 1% (1 paciente), tuvo muerte neonatal.

RESULTADO # 4

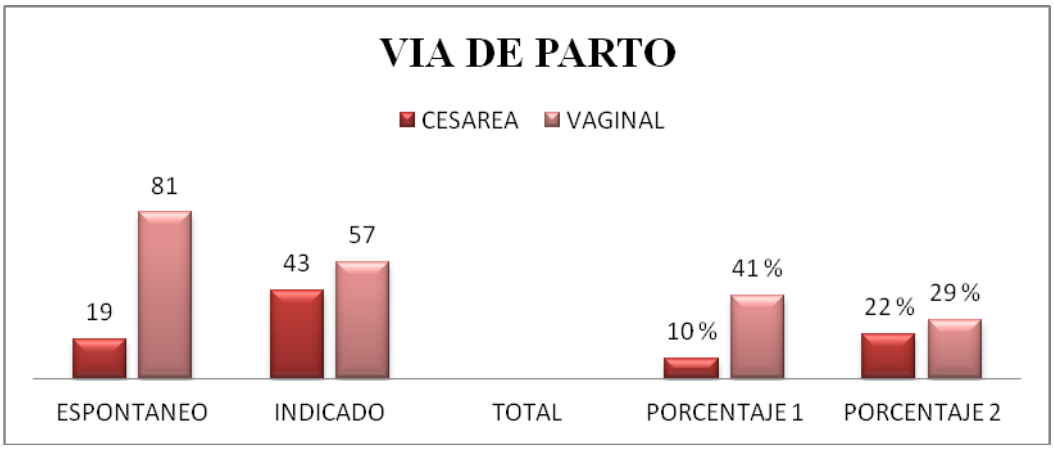
- Especificar la vía óptima para la interrupción del embarazo en las pacientes estudiadas.

Tabla N° 18 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PARTO

VIA DE PARTO					
VIA DE PARTO	**ESPONTANEO**	**INDICADO**	**TOTAL**	**PORCENTAJE 1**	**PORCENTAJE 2**
CESAREA	19	43		10	22
VAGINAL	81	57		41	29
TOTAL	**100**	**100**	**200**	**50**	**50**

Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor

Gráfico N° 18 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PARTO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Análisis e interpretación

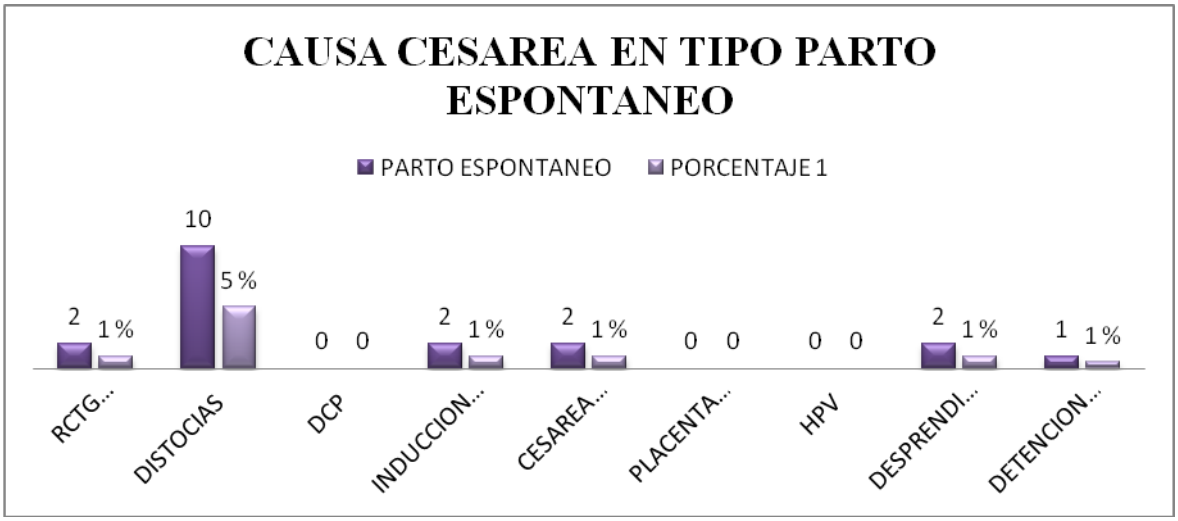
En este cuadro se demuestra que la vía más optima para la interrupción del embarazo fue el parto vaginal con un 41% (81 pacientes) en partos espontáneos y 29% (57 pacientes) en partos indicados, y en menor proporción 19 pacientes (10%) y 43 pacientes (22%) tuvieron su parto por cesárea.

Tabla N° 19 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA CAUSA DE CIRUGIA

CAUSA DE CESAREA					
CAUSA DE CESAREA	PARTO ESPONTANEO	PARTO INDICADO	TOTAL	PORCENTAJE 1	PORCENTAJE 2
RCTG ANORMAL	2	8		1	4
DISTOCIAS	10	17		5	9
DCP	0	1		0	1
INDUCCION FALLIDA	2	10		1	5
CESAREA ANTERIOR	2	3		1	2
PLACENTA PREVIA	0	2		0	1
HPV	0	1		0	1
DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO	2	0		1	0
DETENCION DE LA DILATACION	1	1		1	1
TOTAL	**19**	**43**	**200**	**9,5**	**21,5**

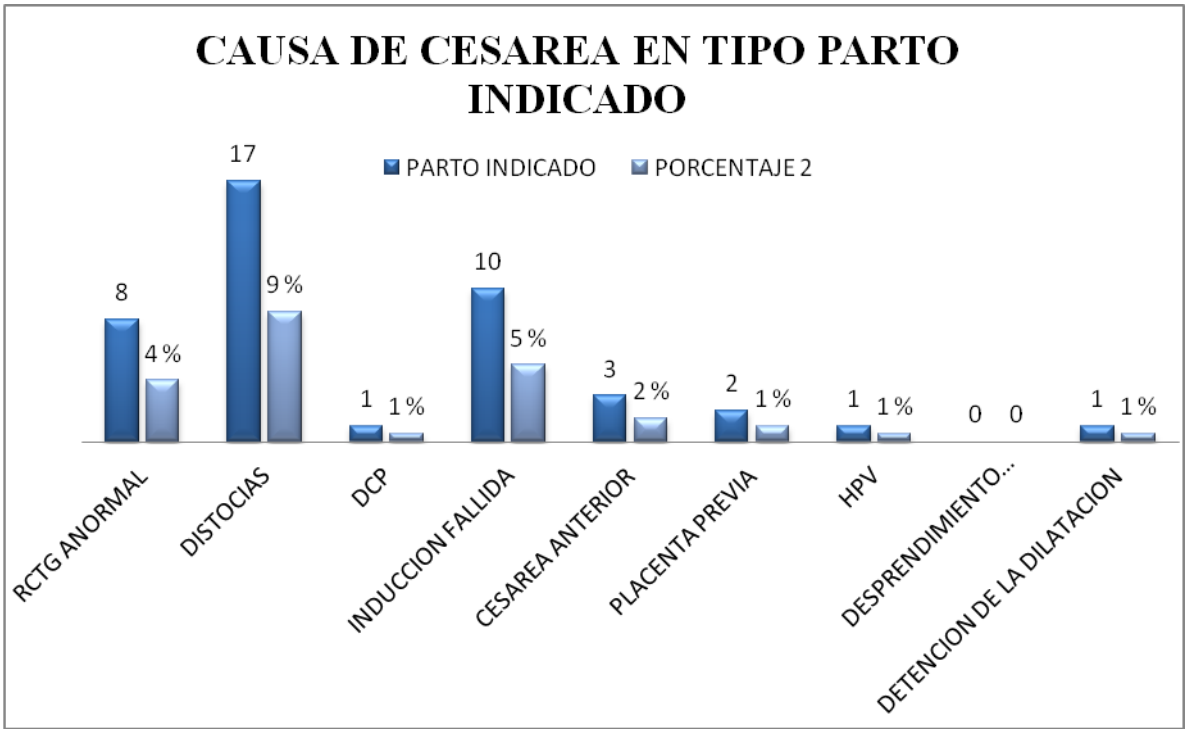
Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 19 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA CAUSA DE CIRUGIA EN TIPO DE PARTO ESPONTANEO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor 2011- 2012

Grafico N° 19 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN LA CAUSA DE CIRUGIA EN TIPO DE PARTO ESPONTANEO



Fuente: Hospital Enrique ¨C¨ Sotomayor

Análisis e interpretación

Según el cuadro la causa más común de cesárea fueron las distocias de presentación con un 5% (10 pacientes) en tipo de parto espontaneo y 9% (17 pacientes) en tipo de parto indicado, seguido de la Inducción fallida con 1% (2 pacientes) y 5% (10 pacientes) respectivamente.

CAPITULO VII

DISCUSION

El parto pre-término se define como el parto que se produce entre las 28 a menos de 37 semanas del embarazo, aparece en el 5 a 10% de la embarazadas y es un problema de salud pública principalmente en países sub desarrollados donde las jóvenes buscan una solución a su necesidad de afecto y estabilidad emocional en la unión a su pareja sobre todo a nivel sexual donde por su falta de conocimiento puede terminar en embarazo que trae múltiples consecuencias como el parto pre- término, el cual tiene repercusiones de salud psíquica, emocional, social y económica que abarca todos los sectores de la sociedad.

El trabajo de parto pre-término espontáneo es aquel que ocurre cuando el proceso de parto se inicia en ausencia de enfermedad materna o fetal y es responsable del 40 al 50 % de los partos pre-término.

El trabajo de parto pre-término indicado es la interrupción del embarazo antes del término (20 a 25 %) por causas obstétricas como un deterioro del medio intrauterino por infección, retraso del crecimiento intrauterino o peligro significativo de la salud materna y fetal que los exponen a un alto riego de mortalidad o complicaciones severas como en los casos de pre-eclampsia, sufrimiento fetal, restricción de crecimiento intrauterino, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, etc.

Si bien en Ecuador la morbi mortalidad perinatal asociada con parto pre término disminuye con el aumento de la edad gestacional, es sustancial la carga sobre el sistema de salud de cuidados intensivos neonatales por causa de prematurez. **(1,2,3)**

La prematurez sigue siendo la principal causa de morbi-mortalidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido.

En nuestro estudio pudimos demostrar el resultante materno y perinatal y el factor de riesgo más frecuente para que se produzca un parto pre- término con la finalidad de llegar a conocer métodos de prevención y mejorar el seguimiento y controles prenatales y así también la calidad de atención.

Pudimos demostrar que de las pacientes que fueron estudiadas el principal factor de riesgo para el parto pre- término indicado fue la Ruptura prematura de membranas y la mayoría terminó con parto vaginal sin complicaciones materno perinatales considerables.

Apenas un 10% de nuestras pacientes con tipo de parto espontaneo y 22% con tipo de parto indicado se les realizó cesárea y la principal causa de cirugía fueron las distocias (5%) y (9%) respectivamente seguido de la Inducción fallida (1%) en los casos de parto espontaneo y del 5% en tipo de parto indicado presentadas durante el trabajo de parto, lo cual nos demuestra que la mejor vía de parto es la vaginal en el parto pre término siempre que las condiciones obstétricas lo ameriten.

CAPITULO VIII

CONCLUCIONES

Con la culminación del trabajo investigativo se concluye:

- De las 200 pacientes que tuvieron parto pre- termino en nuestro estudio, 100 casos fueron espontáneos y 100 indicados y dentro de estos últimos, el principal factor de riesgo del Trabajo de parto pre- término fue la Ruptura Prematura de Membranas con el 32% (64 pacientes) seguido de las primigestas juveniles con un 6% (11 pacientes), y un 5% (9 pacientes) presentaron trastornos hipertensivos durante el embarazo.
- El 71% (142 pacientes) no necesito dosis de misoprostol ya que se encontraban en fase activa del trabajo de parto, un 17% (34 pacientes) necesitaron una dosis y apenas un 6% (12 pacientes) se les administro dos y tres dosis del fármaco.
- Un 57% (114 pacientes) necesitaron oxitocina para continuar el trabajo de parto, comparado con un 43% (86 pacientes) que no la necesitaron.
- De todas las pacientes de nuestro estudio, un 41% con tipo de parto espontaneo (81 pacientes) y 29% (57 pacientes) con tipo de parto indicado terminaron en parto vaginal y un 10% (19 pacientes), 22% (43 pacientes) respectivamente terminaron en cesárea.
- Apenas un 5% (9 pacientes) en los tipos de parto tanto espontaneo como indicados tuvieron como complicación desgarros que no ameritaron reparación en quirófano.
- De las pacientes cesareadas un 5% (10 pacientes) en el tipo espontaneo y 9% (17 pacientes) en el tipo de parto indicado tuvieron como causa principal las distocias durante el trabajo de parto, seguido de las inducciones fallidas con un 1% (2 pacientes) y 5% (10 pacientes) respectivamente.
- Todos los neonatos de nuestro estudio presentaron APGAR al minuto mayor de siete en un 32% (63) en partos espontáneos, 33% (66) en partos indicados y APGAR a los 5 minutos mayor de 7 en un 48% y 49% respectivamente.
- El 23% de los neonatos (46 pacientes) por tipo de parto espontaneo y el 20% (40 pacientes) por parto indicados no presentaron ninguna complicación, un 22% (44 pacientes) y 21% (41 pacientes respectivamente presentaron distress respiratorio,

solo el 1% (2 pacientes) en tipo de parto espontaneo presentaron asfixia neonatal y el 1% (1 paciente) en tipo de parto indicado tuvo muerte neonatal.

- Un 46 % (91 pacientes) de los neonatos según tipo de parto espontaneo y el 44% (87 pacientes) tuvieron un peso adecuado para la edad gestacional, en comparación con un 5% (9 pacientes) y 7% (13 pacientes) respectivamente tuvieron peso pequeño para la edad gestacional.
- El peso promedio fue de 2301 gramos – 2800 gramos en un 21% de los caos (42 neonatos) para los tipos de parto espontáneos y un 22% (43 neonatos) para los tipos de parto indicados.
- Un 55% de las pacientes (109) al ingresar al área de Alto Riesgo tuvieron un BISHOP de >5.
- El promedio de edad materno oscilo entre los 21 – 39 años en un 33% (66 pacientes) en el tips de parto espontaneo y el 26% (51 pacientes en el tipo de parto indicado.
- Un 14% (28 pacientes) en tipo de parto espontaneo y un 22% (43 pacientes) en tipo de parto indicado fueron primigestas, frente a un 36% (72 pacientes), 29% (57 pacientes) respectivamente que fueron multíparas.
- El periodo intergenesico de las pacientes fue menor de 10 años en un 50% (99 pacientes) en caso de tipo de parto espontaneo y 49% (97 pacientes) en tipo de parto indicado mientras que un 1% (1 paciente) y 2% (3 pacientes) respectivamente fue menor a 10 años.

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES

- Detección temprana de algunos factores de riesgo que no requieran de tecnología sofisticada y puedan realizarse a partir del primer control prenatal de esta forma estaríamos actuando sobre la posibilidad de reducir los partos pre- términos.
- Toda paciente debe ser correctamente valorada previo a su ingreso al área de Embarazo de Alto Riesgo.
- En Alto Riesgo analizar cada caso de una manera completa y exhaustiva para verificar que las usuarias sean aptas para inducto conducción del trabajo de parto cuando las condiciones materno-fetales lo permitan.
- Todas las pacientes deberán estar estrictamente vigiladas por el médico de turno, mediante las valoraciones periódicas y empleando de manera inmediata el monitor fetal para descartar algún tipo de sufrimiento fetal agudo.
- Valorar eficazmente el bishop con que las pacientes ingresan al área, para evitar errores en cuanto a la droga que se administre para inducto conducción del trabajo de parto.
- Cuando exista alguna condición desfavorable durante la inducto-conducciön del trabajo de parto que pueda comprometer el bienestar materno-fetal, interrumpir de manera inmediata el embarazo por vía alta.
- Comunicar a pediatría los factores de riesgo asociados al embarazo con la finalidad que estén alerta sobre alguna condición neonatal desfavorable, para que de esta manera se pueda contrarrestar desde las primeras horas de vida.
- Fomentar a todas las usuarias, los métodos de planificación familiar disponibles, ya que un gran número de pacientes fueron primigestas juveniles y como sabemos un embarazo a edades muy tempranas no solo conlleva a probables complicaciones durante el parto sino también acarrea problemas de índole socio-económicos de consideración.

CAPITULO X
BIBLIOGRAFÍA

1. MONTERO, S.A. Y OTROS. Frecuencia de Parto Pre-término En Adolescentes embarazadas. Republica Dominicana; Rev. Med. 2004
2. GOLDENBERG, R. L. Manejo del Parto Pre-término. Geo Salud. S.I Obstet Gynecol, 2002.
3. OMS. Tocolíticos Para el Trabajo de Parto Pre-término. Ginebra: OMS, 2006

   (Biblioteca de Salud Reproductiva).
4. CREMONTE ORTIZ, A. E. Amenaza de Parto Pre-término. S.I.: Facultad de Medicina, 2007.
5. CUNNINGHAM, F.G. KENNETH, J. L. STEVEN, L.B. Williams Obstetricia. 11va ed. Mexico: McGraw Hill Interamericana. 2005.
6. GABBE, NIEBYL, SIMSON. Obstetricia. 4ta ed. España: Marban, 2007.
7. ROMERO, D. E. Parto Pre-término, Trabajo de Parto Prematuro y Amenaza de Parto Prematuro. Instituto de Ciencias de la Salud CES, 2009 pp.
8. SCHWARCZ, R. FESCINA, R; DUVERGES, C. Obstetricia. 6ª ed. Barcelona: Ateneo, 2005.
9. JIRON, A. SACOH AGUILER, M. CORDOVA UNDA. A. Alto Riesgo Obstétrico. Ecuador: Ecua offset, 2006.
10. GOLDENBERG, R. L. Manejo del Parto Pre-término. Geo Salud. S.I Obstet Gynecol, 2002.
11. ORLANDO RIGOL, R. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. Habana- Cuba: Ciencias Medicas, 2004.
12. CANETE PALOMO, M, L. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. España Schering Albacete, 2003.

13. FONSECA, E. B. Y otros Progesterona y Riesgo de Parto Prematuro en Mujeres con Cuello Corto. New England: J Med 2007.

14. GOLDENBERG, R. L. Manejo del Parto Pre-término. Geo Salud. S.I Obstet Gynecol, 2002.

15. STEVEN, G. GABBE, M.D LEIGH SIMPSON, J LEIGH SIMPSON, J. Obstetrics Normal and Problem Pregnancies, 14 ed. Philadelphia: Churchill Livingstone. 2002.

16. ARENAS, B, MELCHOR, M. MERCE L.T. y otros. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Graficas Marte, 2007.

17. BRANKOWSKI, B. J. HEARNE, A.E. LANBROW, N. C. The Johns Hopkins

Manual of Gynecology and Obstetrics. 2nd Edition. Baltimore-Maryland: Lippicott Williams and Wilkins publishers, 2006.

18. PERNOLL, M.L. Obstetrics and Gynecology. 10 Ed. Madrid: Mc Graw-Hill, 2007.

19. Rivera L, Fuentes – Román ML, Esquinca-Albores C, Abarca FJ, Hernández – Girón C. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital General de Chiapas, México. Rev. Saude Pública 2003.

20. Miranda –Del Olmo H, Cardiel-Marmolejo LE, Reynoso E, Paulino OL, Acosta-Gómez Y. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital general de México. Rev. Med Hosp Gen Mex 2003.

21. Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. J Matern Fetal Neonatal Med 2006.

CAPITULO XI

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DETERMINACION DE RESULTANTE MATERNO Y PERINATAL SEGUN TIPO DE PARTO PRE-TÉRMINO. ESTUDIO COMPARATIVO Y RETROSPECTIVO. HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2011 – 2012

HC:

EDAD:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

CONTROLES PRENATALES:

FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRE-TÉRMINO

- ✓ ANTECEDENTE DE PARTO PRE-TÉRMIO
- ✓ RUPTURA PREMATURA MENBRANAS
- ✓ GESTACIÓN MÚLTIPLE
- ✓ POLIHIDRAMNIOS - OLIGOHIDRAMNIOS:
- ✓ INFECCIONES
- ✓ FACTOR SOCIO-ECONÓMICO
- ✓ PRE-ECLAMPSIA
- ✓ DIABETES GESTACIONAL NO CONTROLADA
- ✓ PLACENTA PREVIA
- ✓ DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

RESULTANTE MATERNA:

VIA DE FINALIZACIÓN EMBARAZO:

PARTO*:* Hora: ____ Fecha: ____ Manejo 3er periodo: Si __ No__ Retención Placentaria: Si __ No ___ Atonía: Si ____ No ____ Estimación hemorrágica _____ cc. Legrado posparto: Si ____ No __ Complicaciones intraparto (especifique) _____

CESAREA: Hora: _____ Fecha: _____ Motivo: _____ Complicaciones (especifique) _____

RESULTANTE NEONATAL:

APGAR NEONATAL:

PESO NEONATAL.

PERIMETRO CEFALICO:

TALLA:

DIAGNOSTICO:

TIN:

MUERTE NEONATAL

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

Determinación de resultado materno y perinatal según tipo de parto pre-término. Estudio comparativo y retrospectivo. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor 2011-2012

AUTOR/ES:	TUTOR:
Md. Guicela azucena Lema Cruz	Dr. Peter Chedraui Álvarez
	REVISORES: Dra. Clara Jaime
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS -ESCUELA DE GRADUADOS

CARRERA: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGS: 58
ÁREAS TEMÁTICAS: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
PALABRAS CLAVE: Parto pre- termino, factores de riesgo, resultante materno y perinatal.	

RESUMEN:

El parto pre-termino se define como el parto que se produce entre las 28 a menos de 37 semanas del embarazo, aparece en el 5 a 10% de las embarazadas y constituye un problema de salud publica principalmente en países subdesarrollados con repercusión especial a jóvenes en su salud psíquica, emocional, social y económica.

Se realizó un estudio tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo y de corte longitudinal de diseño no experimental, en pacientes atendidas en el área toco-quirúrgico del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor Guayaquil - Ecuador, durante el período comprendido desde el 1 de Enero del 2011 hasta el 31 de Diciembre del 2012; con el objetivo de determinar el resultado materno y perinatal según el tipo de parto pre-termino. Como criterio de inclusión se consideró a todas las pacientes con gestaciones pre-termino que fueron ingresadas al área toco-quirúrgico. Fueron estudiadas 300 pacientes que presentaron algún factor de riesgo. Se estudiaron variables relacionadas con el embarazo de alto riesgo. El estudio se realizó utilizando la información contenida en las fichas clínicas de las pacientes atendidos durante el período de estudio, la misma que será tabulada en cuadros, gráficos, para cada una de las variables en estudio, así como la combinación entre las mismas, para su análisis e interpretación. Resultados: En general, los factores de riesgo encontrados con mayor frecuencia fue la ruptura prematura de membranas. Además del 100% de las pacientes estudiadas, un 70% tuvo su evolución al parto vaginal sin complicaciones con una excelente resultante neonatal.

No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES	Teléfono: 0990196132	E-mail: galc09@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Nadia Guerrero Vargas	
	Teléfono: (04)2288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	