



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS

“PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL  
ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO  
SUÁREZ Y PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA, PERIODO MARZO – AGOSTO 2011”.

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL  
GRADO DE MAGÍSTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS

AUTORA:  
LIC. BRAVO REÁTEGUI BLANCA

TUTORA:  
OBST. MSC. CÉSPEDES GRANDA SARA

AÑO  
2015

GUAYAQUIL – ECUADOR

Guayaquil 22 de Octubre de 2014

De: Lic. Sonia Gómez de Chan Msc

Para: Dr. Raúl Intriago López

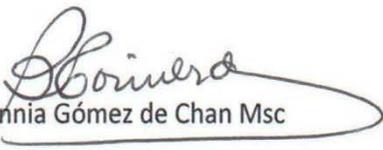
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Asunto: Revisión de tesis – Con fecha de recibido 15 de Septiembre del 2014

**"PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ DE LA CIUDAD DE QUITO Y PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERÍODO MARZO - AGOSTO DEL 2011" DE LCDA. BLANCA BRAVO REÁTEGUI**

Resolución: QUEDA APROBADA

Atentamente.-

  
Lic. Sonia Gómez de Chan Msc

Docente Revisora

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS

FECHA: 28 OCT. 2014

HORA: 09h59

RECIBIDO POR: Daniela

INFORMAR A  
INTERESADO.  
Dr. Intriago  
Oct. 28. 2014

OFEG#205- PROY

Septiembre 15 de 2014

**Licenciada**  
**Blanca Bravo Reátegui**  
**MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MÉDICAS**  
**Ciudad.-**

De mis consideraciones:

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

"PREVALENCIAS DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ Y PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, PERIODO MARZO - AGOSTO DEL 2011".

Tutor: Obst. Sara Cespedes Granda, MSC.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 10 de septiembre del 2014, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador Final.

Revisor: Lcda. Sonnia Gómez de Chang, MSc.

Atentamente,



**Dr. Ernesto Cartagena Cárdenas**  
**DIRECTOR**  
**ESCUELA DE GRADUADOS**

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Ernesto Cartagena C.
Elaborado:	Daniela Ibarra R.

## CERTIFICADO DE LA TUTORA

QUITO, 18 DE SEPTIEMBRE DE 2014

EN MI CALIDAD DE TUTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGISTER EN EMERGENCIAS MEDICAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

**CERTIFICO QUE:** HE DIRIGIDO, REVISADO Y CORREGIDO LA TESIS DE GRADO ELABORADA Y PRESENTADA POR LA SRA. LCDA. BLANCA BRAVO REÁTEGUI CON NUMERO DE CEDULA 1102455068.

CUYO TEMA DE TESIS CON LAS CORRECCIONES Y SUGERENCIAS DE SU REVISORA QUEDA COMO "PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PREMATURA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ Y PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PERIODO MARZO-AGOSTO DEL 2011"

LUEGO DE SER DIRIGIDA, REVISADA Y CORREGIDA LA TESIS SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO.



OBST. SARA CESPEDES GRANDA MSC.

TUTORA

4



Ministerio de Salud Pública

Hospital General Pablo Arturo Suárez

**DOCENCIA E INVESTIGACION**

Quito, 14 de Agosto del 2014  
OFC N° 064-CD-14

Sr. Dr.  
Ernesto Cartagena  
DIRECTOR ESCUELA DE GRDUADOS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

De mis consideraciones:

Reciba un cordial y atento saludo de la Coordinación de Docencia e Investigación; mediante la presente indico a usted que esta casa de salud autorizo a la Lcda. **BLANCO BRAVO REATEGUI** maestrante de la Universidad Guayaquil para que realice la tesis **"AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ Y PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERIA"**.

Por la favorable acogida que se digne dar a la presente; anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente

*Sandra Aguilera*

MSc. Sandra Aguilera

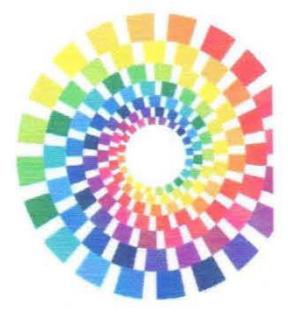
COORDINADORA DOCENCIA E INVESTIGACION



Dirección Ángel Ludeña y Machala

Teléfono: 2292640 Ext: 110

www.msp.gob.ec





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS

“PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL  
ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO  
SUÁREZ Y PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA, PERIODO MARZO – AGOSTO 2011”.

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL  
GRADO DE MAGÍSTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS

AUTORA:  
LIC. BRAVO REÁTEGUI BLANCA

TUTORA:  
OBST. MSC. CÉSPEDES GRANDA SARA

AÑO  
2015

GUAYAQUIL – ECUADOR

## **AGRADECIMIENTO**

- A DIOS que bendice y guía mi vida todos los días.
- A mi hija Danny por la paciencia y comprensión permanente que tuvo durante los muchos días de ausencia y por estar conmigo en cada paso que di durante mi trayectoria de estudios.
- A mis padres que fueron un pilar fundamental con su amor y apoyo incondicional para cumplir un gran sueño en mi vida profesional.
- A mis hermanos, sobrinos, amigos y más personas que han sido la fuerza que ha permitido salir adelante, permitiéndome de esta manera cumplir con las metas de ser cada día mejor.
- A las autoridades y profesores de la Universidad de Guayaquil quienes supieron compartir sus conocimientos y experiencias para culminar el presente trabajo de investigación.
- A mi Tutora de tesis Obst. Sara Céspedes G. por su asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo profesionalmente.

## **DEDICATORIA**

- A DIOS y a la vida misma que pusieron en mi delante la oportunidad de prepararme para ser mejor profesional y persona.
- A mi hija Danny, mis padres, mis hermanos, sobrinos, y demás personas que siempre han estado a mi lado apoyándome y dándome lo mejor de sí.
- A mis compañeras y amigos/as, que siempre han estado a mi lado brindándome su tiempo, conocimientos, comprensión y paciencia para el logro de mis objetivos.

## RESUMEN

La mayoría de los embarazos tienen una duración entre 37 y 42 semanas, lo que se conoce como embarazo a término. Sin embargo, en muchas ocasiones este se ve amenazado por circunstancias aún desconocidas y se presenta entre la 22 y 37 semanas de gestación a lo que se le da el nombre de amenaza de parto prematuro. Pese a los grandes esfuerzos que los obstetras realizan, los índices altos de morbi - mortalidad materna y neonatal, se mantienen en nuestro país. De ahí la importancia y el objetivo general de este estudio en el servicio de emergencia del “Hospital Pablo Arturo Suárez” de la ciudad de Quito. Durante el periodo Marzo - Agosto fueron atendidas 131 pacientes con amenaza de parto prematuro. Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo de los años 2008-2011 de todos los casos ingresados a la sala de emergencia con este diagnóstico. De los datos obtenidos se concluye que: el mayor porcentaje de pacientes con amenaza de parto prematuro lo conforman pacientes que presentan Infección de Vías Urinarias con un 56.49%. Entre las edades de 14 a 25 años con un 70.99%, y que se encuentran en etapa estudiantil de la secundaria, añadiendo la Unión Libre con un 43.51% también como factor importante. Con la encuesta realizada al personal de enfermeras se pudo evidenciar el grado de conocimiento de las profesionales de enfermería, y que el rol que cumple la enfermera en relación a la atención de pacientes con amenaza de parto prematuro no se da en base a un protocolo, y en su mayoría estas pacientes son atendidas por personal auxiliar. Concluyendo que es necesario gestionar el incremento de enfermeras para este servicio y contribuir con la elaboración de un protocolo de atención de enfermería para pacientes que acuden con este diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, PREVALENCIA, MORBILIDAD, MORTALIDAD, AMENAZA DE PARTO PREMATURO, PROTOCOLO**

## **SUMMARY**

Most pregnancies last between 37 and 42 weeks, which is known as term pregnancy. However, in many cases this is threatened by yet unknown circumstances and presents between 22 and 37 weeks of gestation which is given the name of preterm labor. Despite the great efforts made by obstetricians, high rates of morbidity - maternal and neonatal mortality, remain in our country. Hence the importance and the general objective of this study in the emergency service of "Hospital Pablo Arturo Suarez" in the city of Quito. During the period March - August were treated 131 patients with preterm labor. A retrospective and comparative study of the years 2008-2011 of all cases admitted to the ER with this diagnosis was made. From the data obtained it is concluded that: the highest percentage of patients with preterm labor is made up of patients with Urinary Tract Infection with 56.49%. Between the ages of 14-25 years with 70.99%, and that are in student stage of secondary, adding the Free Union with 43.51% also as an important factor. The survey of staff nurses could demonstrate the level of knowledge of nurses, and the role that the nurse in relation to the care of patients with preterm labor is not given on the basis of a protocol, and most of these patients are served by auxiliary personnel. Concluding that it is necessary to manage the increase of nurses for this service and contribute to the development of a nursing care protocol for patients presenting with this diagnosis.

**KEY WORDS: PREGNANCY, PREVALENCE, MORBIDITY, MORTALITY, THREATENED PREMATURE, PROTOCOL**

# ÍNDICE

CONTENIDO	PAG.
AGRADECIMIENTO .....	i
DEDICATORIA .....	ii
SUMMARY .....	iv
ÍNDICE .....	v
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1.3 JUSTIFICACIÓN .....	5
1.1.4 VIABILIDAD .....	6
1.2. OBJETIVOS .....	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	7
1.3. HIPÓTESIS.....	7
1.4. VARIABLES .....	7
1.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE .....	7
1.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	8
1.4.3 VARIABLES INTERVINIENTES.....	8
CAPÍTULO II.....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 PARTO PREMATURO. GENERALIDADES.....	9
2.1.1 PREVALENCIA .....	10
2.1.2 FISIOPATOLOGÍA.....	10
2.1.3 ETIOLOGÍA .....	11
2.1.4 CLASIFICACIÓN .....	12
2.1.5 DIAGNÓSTICO .....	15
2.1.6 TRATAMIENTO .....	16
2.2 AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	17

2.2.1 FACTORES DE RIESGO.....	19
2.2.2 PREDICTORES DE PARTO PRETÉRMINO.....	20
2.2.3 EVALUACIÓN DEL RIESGO .....	21
2.2.4 MANEJO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.....	22
2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	23
2.3.1 VALORACIÓN .....	23
2.3.2 DIAGNÓSTICO .....	23
2.3.3 PLANEACIÓN .....	24
2.3.4 EJECUCIÓN .....	24
2.3.5 EVALUACIÓN.....	24
2.3.6 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA. - .....	25
2.4 DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE: .....	26
CAPITULO III.....	27
3.1 MÉTODOS Y MATERIALES .....	27
3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN .....	27
3.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LUGAR.....	27
3.1.3 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1.4. RECURSOS EMPLEADOS .....	27
3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA.....	28
3.2. MÉTODOS .....	29
3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	29
3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	29
CAPÍTULO IV.....	33
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	33
CAPÍTULO V .....	56
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
5.1. CONCLUSIONES .....	56
5.2. RECOMENDACIONES .....	57
CAPITULO VI.....	58
6.1 PROTOCOLO DE ATENCIÓN.....	58
6.2 INSTRUCTIVO DEL PROTOCOLO .....	61
6.3 LISTA DE CHEQUEO .....	64
CAPÍTULO VII .....	65

7. BIBLIOGRAFÍA .....	65
CAPÍTULO VIII.....	67
8. ANEXOS .....	67

## INDICE DE TABLAS

TABLA 01. PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	34
TABLA 02. NUMERO DE PACIENTES CON APP.....	35
TABLA 03. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON APP .....	36
TABLA 04. EDAD DE PACIENTES CON APP .....	37
TABLA 05. ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON APP.....	38
TABLA 06. INSTUCCION ACADÉMICA DE PACIENTES CON APP.....	39
TABLA 07. OCUPACIÓN LABORAL DE PACIENTES CON APP .....	40
TABLA 08. ETNIA DE LAS PACIENTES CON APP.....	41
TABLA09. FACTORES DE RIESGO PARA QUE SE PRODUZCA APP .....	42
TABLA 10. TIEMPO DE CONTROL DE SIGNOS VITALES .....	43
TABLA 11. VALORACION DEL DOLOR .....	44
TABLA 12. POSICIÓN EN LA QUE PERMANECIO LA PACIENTE .....	45
TABLA 13. VALORACIÓN DE LAS PACIENTES CON RESULTADOS DE LAB.	46
TABLA 14. PORCENTAJE DE ERSONAL AUXILIAR Y ENFERMRAS.....	48
TABLA 15. EXISTENXIA DE PROTOCOLOS.....	49
TABLA 16. OPINION DE LAS EENFERMERAS SOBRE LA ATENCIÓN .....	50
TABLA 17. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS.....	51

## INDICE DE GRAFICOS

<b>GRÁFICO 01.</b> PREVALENCIA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ.....	34
<b>GRÁFICO 02.</b> NÚMERO DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO DESDE MARZO – AGOSTO DE 2011.....	<u>35</u>
<b>GRÁFICO 03.</b> DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO SEGÚN MESES DE ATENCIÓN.....	36
<b>GRÁFICO 04.</b> EDAD DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>GRÁFICO 5.</b> ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>GRÁFICO 6.</b> INSTRUCCIÓN ACADÉMICA DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>GRAFICO 7.</b> OCUPACIÓN LABORAL DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO .....	40
<b>GRÁFICO 8.</b> ETNIA DE LAS PACIENTES CON ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO.....	41
<b>GRÁFICO 9.</b> FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS PARA SE PRODUZCA AMENAZA DE PARTO PREMATURO .....	42
<b>GRÁFICO 10.</b> TIEMPO DE CONTROL DE LOS SIGNOS VITALES .....	43
<b>GRÁFICO 11.</b> VALORACIÓN DEL DOLOR A LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO .....	<u>44</u>
<b>GRÁFICO 12.</b> POSICIÓN QUE PERMANECIÓ LA PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN EN EMERGENCIA .....	<u>45</u>

**GRÁFICO 13.** VALORACIÓN DE PACIENTES CON RESULTADOS DE EXÁMENES, TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN. .... 4;**Error! Marcador no definido.**

**GRÁFICO 14.** PORCENTAJE DE PROFESIONALES Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA EN TURNOS ROTATIVOS..... 48

**GRÁFICO 15.** EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ..... **Error! Marcador no definido.**

**GRÁFICO 16.** OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA ATENCIÓN A ESTE TIPO DE PACIENTES EN BASE A UN PROTOCOLO ..... 50

**GRÁFICO 17.** EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HPAS Y SU ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PARTO PREMATURO ..... 51

## INTRODUCCIÓN

Cada vez y en varias oportunidades el embarazo se ve amenazado por diferentes causas aún desconocidas, lo que ha permitido que pese a los grandes esfuerzos que los obstetras han realizado no haya servido de mucho, pues los índices de morbi-mortalidad materna y neonatal no han sufrido cambios considerables tendientes a disminuirlos.

El propósito de esta investigación es determinar la prevalencia de Amenaza de Parto Prematuro, el rol que cumple la enfermera tendiente a mejorar la calidad de atención, y a su contribución en la pronta recuperación de las gestantes que acuden con este problema, evitando que llegue a producirse el parto prematuro con las complicaciones tanto maternas como neonatales, diseñando un protocolo de atención de enfermería a pacientes con este diagnóstico que acuden al servicio de emergencia del Hospital “Pablo Arturo Suárez” de la ciudad de Quito. La frecuencia de Amenaza de Parto Prematuro varía según diversos autores, en nuestro medio existe una cifra aproximada del 8 al 10%. Según datos estadísticos en el 2010 en el hospital “Pablo Arturo Suárez” se atendieron 112 casos con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, en la provincia de Pichincha fueron atendidas 312 gestantes y a nivel del país un promedio de 2.146 pacientes con este problema.

Según el último informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros conformada por más de 100 autores expertos en el tema y la OMS, cada año nacen en el mundo 15 millones de bebés demasiado pronto, en los países más pobres el promedio de prematuridad es del 12%, sin embargo según este informe el problema de nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos, Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros.

En Latinoamérica. Tenemos: 10.3% en Cuba, Chile con 5,7%; Costa Rica 4,9% y Uruguay 8,1 %, cifras que han permanecido relativamente estables en las últimas décadas en la mayoría de estos países.

En Ecuador, el nacimiento pretérmino también está relacionado a costos incrementados en materia de atención de salud, así como en cifras altas de morbi-mortalidad neonatal. Además, los reportes de estudios realizados dieron cuenta de una creciente presentación

de dicho síndrome clínico a nivel de los hospitales Enrique Garcés, Pablo Arturo Suárez y Gineco obstétrico Isidro Ayora en Quito, que va desde cifras en 1981: 5,45%, 1982: 7,93%, 1983: 6,06%, 1984-85: 5,54%, en 1986: 8,08%, 1993: 8,32% en el 95 fue de 9,43% hasta llegar porcentajes tan elevados como un 11,33% en el 2006. Es necesario reconocer que en los últimos tiempos se ha dado cada vez más importancia al tratamiento de amenaza de parto prematuro y al abordaje de parto prematuro en sí, con la finalidad de disminuir el número de muertes materna y neonatal, no obstante es cierto también que no ha sido mucho lo que se ha podido hacer al respecto. De ahí se destaca la importancia que tiene este estudio, junto con la propuesta de tener un protocolo de atención enfermería que permita tomar acciones oportunas y contribuir a la prevención del parto prematuro y sus complicaciones

Este estudio concuerda con las políticas de este gobierno en todo lo que a salud se refiere y con la obligatoriedad que tienen las instituciones responsables de los servicios de salud, de establecer estrategias que permitan cumplir con el Plan de Reducción Acelerado de muerte Materno y Neonatal y los Capítulos normativos, de la Norma y Protocolos de Salud Sexual y Reproductiva que lo sustente y su distribución. Elaborado por el CONASA (Consejo Nacional de Salud) dirigido por la ministra de salud de ese entonces. Dra. Carolina Chang. y demás colaboradores, quienes también nos presentan las siguientes estadísticas: El promedio mundial de natalidad es actualmente de 2,3%. Los mayores valores se presentan en África (Níger con 5,45%) y los menores en Europa (por ejemplo, en Letonia con alrededor de 0,75%). En tanto que en Ecuador para el 2006 era el de 1,4%. En contraposición, la mortalidad neonatal es responsable de entre el 40 a 70 % de la muerte infantiles, de esta casi el 40% se produce en el periodo neonatal y la mitad de ellas son en la primera semana de vida (periodo neonatal precoz).

# CAPÍTULO I

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Cada año, unos 15 millones de bebés en el mundo, más de uno en 10 nacimientos, nacen demasiado pronto, según el recientemente lanzado informe Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Más de un millón de estos bebés mueren poco después del nacimiento; muchos otros sufren algún tipo de discapacidad física, neurológica o educativa, a menudo a un gran costo para las familias y la sociedad.

Cerca del 75 por ciento de estos bebés prematuros que mueren podrían sobrevivir sin una atención costosa, si tratamientos simples, comprobados y económicos, así como medidas preventivas estuvieran disponibles en todo el mundo.

Los nacimientos prematuros han sido un problema grave y desatendido, dicen los líderes de salud del mundo.

“Todos los recién nacidos son vulnerables, pero los bebés prematuros son más aún,” dice el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon, quien considera el esfuerzo para reducir los nacimientos prematuros y las muertes como una parte integral de su Estrategia Global para la Salud de la Mujer y los Niños.

“Los nacimientos prematuros representan casi la mitad de todas las muertes de recién nacidos en el mundo” dice la Dra. JoyLawn, coeditora del informe y Directora, Evidencia Global y Política para SavetheChildren. “Ahora, son la segunda causa de muerte en niños menores de 5, después de la neumonía.”

Los nacimientos prematuros representan el 11.1 por ciento de los nacimientos vivos del mundo, sin que este problema de los nacimientos prematuros se limita a los países de bajos ingresos. Los Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Por ejemplo, en los Estados Unidos, alrededor del 12 por ciento, o más de uno en nueve de todos los nacimientos, son prematuros.

En países ricos y pobres, muchos nacimientos prematuros siguen siendo inexplicables.

“En países de bajos ingresos, más del 90 por ciento de los bebés extremadamente prematuros mueren en los primeros días de vida, mientras que menos del 10 por ciento mueren en países de altos ingresos.”

“Sin embargo, este es un problema solucionable,” dice el Dr. Howson. “Un número de países, por ejemplo, Ecuador, Botsuana, Turquía, Omán y Sri Lanka han reducido a la mitad las muertes neonatales por nacimientos prematuros a través de mejorar la atención a las complicaciones graves como infecciones y dificultades respiratorias, intervenciones que son particularmente eficaces en la prevención de la muerte en los bebés moderadamente prematuros, que representan más del 80 por ciento de todos los nacimientos prematuros.”

“Existen diferencias en la calidad de atención entre y dentro de los países de Latinoamérica en cuanto a la prevención y cuidado de los embarazos y niños prematuros”.

“La calidad y equidad en la atención de la salud debe ser una medida prioritaria para lograr una mayor supervivencia y mejor calidad de vida de estos niños”. Poner énfasis en los nacimientos prematuros puede ayudar a muchos países de bajos ingresos, principalmente en el África subsahariana, a alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, una reducción de dos tercios en las muertes de niños de corta edad, y el Objetivo 5, mejorar la salud materna, para 2015.

“Sin embargo, habría que lograr una mayor cobertura de las mismas especialmente en las poblaciones más carenciadas. Muchas de estas intervenciones no implican grandes gastos al sistema de salud como la administración de corticoides antenatales, el método madre-canguro en los servicios que carecen de unidades neonatales sofisticadas, intervenciones para dejar de fumar, el uso prudente de la cesárea y cuando sea necesaria que la misma se realice a las 39 semanas cumplidas.”

Un análisis reciente de March of Dimes muestra que, aunque los números son bajos, el riesgo de muerte de los bebés nacidos entre las 37 y 39 semanas de gestación es dos veces más alto que aquellos recién nacidos a término, en 39 semanas. “Es importante garantizar que los bebés tengan al menos 39 semanas de gestación cuando es médicamente posible”, dice el Dr. Howson. “Un bebé sano merece la espera.”

La extensa lista de recomendaciones del informe de Acción Global sobre nacimientos prematuros incluye acciones específicas, que concuerdan con la realidad

de nuestro país como encarar la falta de medicamentos esenciales y equipamiento, la el incremento del personal de enfermería y la capacitación de las mismas en cómo cuidar a las mujeres durante una amenaza y el parto prematuro y estos bebés vulnerables, incrementar el financiamiento para que la investigación brinde soluciones de prevención y mejores datos para recuentos futuros precisos. Los esfuerzos para incrementar la conciencia sobre el problema de nacimientos prematuros son esenciales.

### **1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuántas pacientes ingresan con amenaza de parto prematuro al servicio de emergencia obstétrica en el periodo de Marzo- Agosto del 2011?

¿Cuáles son las características de las pacientes que ingresan al servicio de emergencia obstétrica con amenaza de parto prematuro?

¿Cuáles son las edades en las que más se presenta la amenaza de parto prematuro?

¿Cuál es el grado de conocimiento de las enfermeras sobre los cuidados a pacientes con amenaza de parto prematuro?

¿Existe un protocolo de atención de enfermería para pacientes con amenaza de parto prematuro?

### **1.1.3 JUSTIFICACIÓN**

Cada vez y en varias oportunidades el embarazo se ve amenazado por diferentes causas aún desconocidas, lo que ha permitido que pese a los grandes esfuerzos que los obstetras han realizado no haya servido de mucho, pues los índices de morbi-mortalidad materna y neonatal no han sufrido cambios considerables tendientes a disminuirlos.

El propósito de esta investigación es determinar la prevalencia de Amenaza de Parto Prematuro, el rol que cumple la enfermera tendiente a mejorar la calidad de atención, y a su contribución en la pronta recuperación de las gestantes que acuden con este problema, evitando que llegue a producirse el parto prematuro con las complicaciones tanto maternas como neonatales.

Según el último informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros conformada por más de 100 autores expertos en el tema y la OMS, cada año nacen en el mundo 15 millones de bebés demasiado pronto, en los países más pobres el promedio de prematuridad es del 12%, sin embargo según este informe el problema de nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos, Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros.

Es necesario reconocer que en los últimos tiempos se ha dado cada vez más importancia al tratamiento de amenaza de parto prematuro y al abordaje de parto prematuro en sí, con la finalidad de disminuir el número de muertes materna y neonatal, no obstante es cierto también que no ha sido mucho lo que se ha podido hacer al respecto. De ahí se destaca la importancia que tiene este estudio, junto con la propuesta de tener un protocolo de atención enfermería que permita tomar acciones oportunas y contribuir a la prevención del parto prematuro y sus complicaciones.

Estudio que concuerda con las políticas de este gobierno en todo lo que a salud se refiere y con la obligatoriedad que tienen las instituciones responsables de los servicios de salud, de establecer estrategias que permitan cumplir con el Plan de Reducción Acelerado de muerte Materno y Neonatal y los Capítulos normativos, de la Norma y Protocolos de Salud Sexual y Reproductiva que lo sustente y su distribución.

El universo estuvo conformado por 5231 gestantes, atendidas en Emergencia Obstétrica del Hospital Pablo Arturo Suárez, en el período de marzo hasta agosto de 2011.

#### **1.1.4 VIABILIDAD**

La posibilidad de realizar este estudio en el Hospital Pablo Arturo Suárez se facilitan, pues en esta institución presto mis servicios como Lcda. en Enfermería, lo que permite que pueda tener acceso a información bibliográfica como estudios relacionados al tema anteriores, libros, artículos y sobre todo obtener los datos estadísticos necesarios. En cuanto al financiamiento con un cálculo aproximado de 500 a 700 dólares disponibles. Y en el aspecto legal hago uso de lo que dice el artículo 3 literal b de la Ley de Educación que dice: Que se debe desarrollar la capacidad física, intelectual, creadora y crítica del estudiante, en este mismo artículo literal e dice: estimular el espíritu de investigación la actividad creadora y responsable en el trabajo.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de amenaza de parto prematuro y la atención de enfermería a gestantes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez.

### **1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- 1.- Determinar el número de pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto prematuro al servicio de Emergencia.
- 2.- Verificar el cumplimiento del rol de enfermería en el servicio de emergencia en este tipo de pacientes.
- 3.- Diseñar protocolos de atención de enfermería para el manejo de pacientes con amenaza de parto prematuro.

## **1.3. HIPÓTESIS**

El personal de enfermería de Emergencia Obstétrica del Hospital Pablo Arturo Suárez, brindará sus cuidados a las pacientes que acuden con Amenaza de Parto Prematuro en base a un protocolo de enfermería luego de su elaboración y aprobación.

## **1.4. VARIABLES**

### **1.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Pacientes con amenaza de parto prematuro y grado de conocimiento de las enfermeras sobre el cuidado a estas pacientes.

#### **1.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.**

- Protocolo de atención de enfermería

#### **1.4.3 VARIABLES INTERVINIENTES**

- Prevalencia
- Filiación

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 PARTO PREMATURO. GENERALIDADES

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez, lo que implica que el parto ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días después de la concepción. El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas, según la clasificación de la OMS se clasifican a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en: (Palencia, 2010)

- Prematuro general: < 37 semanas.
- Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- Extremadamente prematuro: menores de 28 se- manas.

Para Estados Unidos y América Latina la clasificación se realiza según el peso del neonato, donde:

- Peso bajo: menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.
- Peso muy bajo al nacimiento: menor de 1.500 g.
- Peso extremadamente bajo: menor de 1.000 g.

Peso a esto se debe considerar que la edad gestacional es mejor predictor que el peso para la sobrevida de los prematuros.

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

El Parto pretérmino representa un riesgo para el neonato por las complicaciones producidas por la inmadurez o por el efecto de las drogas utilizadas para su manejo. Igualmente, las complicaciones maternas están relacionadas con las acciones que dichas drogas producen a nivel cardíaco, renal y pulmonar.

Las principales complicaciones a corto plazo, asociadas a la prematurez, son: el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), la hemorragia interventricular (HIV), la leucomalaciaperiventricular, la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, la sepsis y la persistencia del ductus arterioso. Por otra parte, la morbilidad a largo plazo incluye: la parálisis cerebral (PC), el retardo mental, la retinopatía del prematuro, la epilepsia, la ceguera, la sordera y la educación especial.

De ahí que un diagnóstico adecuado y oportuno de APP es de suma importancia para iniciar las primeras medidas para prevenir las futuras complicaciones del neonato pretérmino. Así, El diagnóstico de la APP se basa en tres criterios fundamentales.

### **2.1.1 PREVALENCIA**

Oscila entre el 2 y 12 % del total de los nacimientos según las diferentes estadísticas del ORBE el parto prematuro aparece en el 5-10% de todos los embarazos aún en los países desarrollados.

### **2.1.2 FISIOPATOLOGÍA**

El desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pretérmino, pero no con algunas diferencias, las mismas que deben ser comprendidas, en los mecanismos que se suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina con el parto y el retorno del útero a su estado inicial (involución uterina).

En la mayor parte del embarazo, el útero está en un estado de inactividad y permanece relajado. La actividad del útero es inhibida por sustancias como la progesterona, el óxido nítrico y la relaxina. Durante esta fase, rara vez se producen contracciones débiles.

Poco antes del inicio de trabajo de parto, el aumento de los estrógenos producidos por la placenta activan una cascada de eventos que incluyen contracciones uterinas de gran

amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y las membranas fetales. Los estrógenos aumentan la expresión de la oxitocina, receptores de prostaglandinas y proteínas asociadas a las contracciones. Todos estos cambios promueven la contractilidad uterina. (Palencia, 2010)

Aunque la caída de los niveles de progesterona juega un papel importante en algunos mamíferos en la iniciación del parto, en humanos y grandes primates la progesterona aumenta a través de la gestación.

La síntesis de estrógenos por la placenta está dada, en parte, por el feto, que le aporta como precursor los andrógenos adrenales. Se necesita que el eje hipotálamo-hipófisis adrenal fetal esté funcionando para que pueda dársele precursores de estrógenos a la placenta. La hormona que mantiene la actividad del eje es la hormona liberadora de corticotropina (HLC o CRH por su sigla en inglés) de origen placentario.

La HLC es un neuropéptido de origen hipotalámico, pero también se expresa en la placenta y en las membranas, y se libera aumentándose a medida que transcurre la gestación de una manera exponencial tanto del lado materno como del fetal. Los niveles de HLC se correlacionan con la duración de la edad gestacional. La HLC se comporta como el “reloj placentario” determinante de gestaciones cortas o largas. Así mismo, promueve la producción de cortisol fetal y andrógenos, y estos a su vez estimulan la producción de HLC de origen placentario. (Palencia, 2010)

Los cambios cervicales, de la decidua y de las membranas fetales son consecuencia de prostaglandinas, estrógenos, progesterona y citoquinas inflamatorias que promueven el metabolismo de la matriz extracelular y maduran el cérvix. El parto a término se origina por activación de mecanismos nombrados de una manera fisiológica, mientras el pretérmino necesita mucha más estimulación, especialmente cuando ocurre antes de las 32 semanas, dada principalmente por sustancias inflamatorias.

### **2.1.3 ETIOLOGÍA**

Las principales causas de acortamiento de la duración del embarazo (Partos Pretérmino), son:

- Desnutrición (materno -fetal).
- La infección (materna, ovular, fetal, neonatal).
- El embarazo múltiple.

- La rotura prematura de las membranas.
- La prematuridad iatrogénica por inducción o por cesárea anticipada.
- La hipertensión crónica o inducida por el embarazo.
- El hidramnios.
- El esfuerzo físico y el estrés psíquico.
- Las alteraciones útero cervicales (malformaciones, miomas, incompetencia ístmico cervical).
- Defectos congénitos.
- La Preeclampsia
- El desprendimiento prematuro de placenta,
- La placenta previa
- El retardo del crecimiento fetal
- El volumen excesivo o inadecuado de líquido amniótico
- Las anomalías fetales
- La corioamnionitis
- La incompetencia cervical
- Así como los problemas médicos como la diabetes mellitus
- Asma drogodependencias
- Pielonefritis

#### **2.1.4 CLASIFICACIÓN**

##### **2.1.4.5 PARTO PRETÉRMINO NO RECURRENTE**

Los factores de riesgo para el parto prematuro espontáneo no recurrente, son el sangrado en el segundo trimestre, las anomalías en el volumen de líquido amniótico, la gestación múltiple la drogodependencia y los traumatismos. Todos estos factores tienen en común que pueden conducir a isquemia, lesión o disfunción en la unión de la decidua materna con el corión fetal. Las contracciones prematuras o de las roturas de las membranas, pueden ser el resultado de hemorragia residual como producción de trombina, Que

puede estimular las contracciones uterinas y proteasas que afectan la integridad de las membranas.

#### **2.1.4.6 PARTO PRETÉRMINO RECURRENTE**

El parto prematuro recurrente se asocia con partos pretérmino previos, de forma especial antes de las 32 semanas de gestación, raza afroamericana, infección del tracto genital femenino, longitud cervical menor del décimo percentil y presencia de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales. La relación entre estos factores de riesgo ha comenzado a poder explicar algunos de los mecanismos del parto prematuro.

#### **2.1.4.7 INFECCIONES COMO CAUSAS DE PARTO PRETÉRMINO**

El parto pretérmino se vincula con infecciones no genitales sintomáticas, como la Pielonefritis aguda y la neumonía. En los últimos 15 años nueva información sugirió que la infección subclínica puede ser una causa importante de trabajo de parto pretérmino, en especial cuando ésta da lugar a un parto muy temprano. La hipótesis que relaciona la infección subclínica y el parto prematuro puede resumirse como sigue: los microbios o sus productos, como las endotoxinas, ingresan a la cavidad uterina durante el embarazo, más a menudo por ascenso desde la porción inferior del aparato genital. La infección hematológica desde un foco no genital es menos frecuente. Los microbios o sus productos interactúan luego con mayor probabilidad con la decidua o tal vez con las membranas y producen prostaglandinas o conducen de manera directa a que el músculo uterino se contraiga. Esta interacción es mediada por una cascada de citocinas. Como resultado, el cuello uterino se dilata, más microbios ingresan al útero y el círculo vicioso que concluye en un parto prematuro continúa.

La primera evidencia que vincula la infección subclínica con el parto pretérmino consiste en que la prevalencia de corioamnionitis histopatológica está incrementada en ese tipo de parto. En las membranas de los partos pretérmino se observa una relación constante y muy sólida entre cultivos de membrana positivos y la posibilidad de infiltración de ellas.

En segundo lugar, la infección detectada por medios clínicos aumenta en madres y recién nacidos después del parto pretérmino. Vínculo que también es consistente. La

septicemia y la meningitis se incrementa 3 a 10 veces en lactantes pretérmino. El incremento de infecciones maternas después del parto pretérmino se reconoce con menos amplitud. Estas conservaciones sugieren que la infección subclínica subyace al parto pretérmino y que se evidencia clínicamente durante el nacimiento o poco después. Asimismo, el recién nacido pretérmino puede ser más susceptible a las infecciones que se presentan después del parto.

En tercer lugar, el parto pretérmino se relaciona con diversas infecciones de la porción inferior del aparato genital materno o microbios específicos.

En cuarto lugar se encuentra cultivos positivos de líquido amniótico, membranas o decidua en algunas pacientes con trabajo de parto prematuro. La vía de infección de la porción superior del aparato genital durante el trabajo de parto pretérmino que se describe con amplitud es una ascendente a través de vagina y el cuello uterino. Las similitudes entre los microorganismos aislados de líquido amniótico y los de la porción inferior del aparato genital apoyan esa vía patógena. También es posible especular que las bacterias ingresan a la cavidad uterina por vía hematológicas tras su diseminación por la placenta, por contaminación durante la instrumentación, como la amniocentesis o la biopsia de vellosidades coriónicas, o inclusive a partir de la cavidad abdominal a través de las trompas de Falopio.

Otras fuentes de microorganismos para la diseminación hematológica, incluyendo bacteriana de enfermedades periodontales o la práctica de procedimientos odontológicas. Los microplasma genitales y los microorganismos aerobios como Gardnerella Vaginalis y los llamamos microorganismos de la vaginosis bacteriana, son los que se aíslan con más frecuencia en el líquido amniótico de mujeres con trabajo de parto prematuro espontáneo y membranas íntegras. Los microorganismos de transmisión sexual como Neisseria Gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis, rara vez se encuentra en el líquido amniótico, en tanto que EGB y Escherichia coli se aíslan en forma ocasional. Las pacientes en trabajo de parto pretérmino con la más alta probabilidad de un cultivo positivo del líquido amniótico son las que presentan trabajo de parto pretérmino a edades gestacionales más tempranas. Es posible especular que la infección intrauterina ocurre en etapas tempranas del embarazo y que puede persistir sin detección clínica durante meses.

En quinto lugar, a menudo se encuentran marcadores bioquímicos de infección en mujeres con trabajo de parto prematuro. El sitio primario de esta en las pacientes con

trabajo de parto prematuro inducido por infección tal vez no sea el líquido amniótico sino la decidua o las membranas. Los posibles marcadores más sensibles de infección incluye la concentración de glucosa en el líquido amniótico, el recuento de leucocitos séricos, la proteína C reactiva t las citosinas séricas o de líquido amniótico. Por desgracia, muy pocos de estos marcadores son, hasta cierto punto, útiles. Una cifra baja de glucosa en líquido amniótico menor de 14 mg/dl, se correlaciona bien con la posibilidad de un cultivo positivo en pacientes con trabajo de parto prematuro. Quizás el marcador más sensible de infección entre las citosinas sea el aumento de la concentración de IL-6 en líquido amniótico, pero su empleo clínico aún no está ampliamente disponible.

En sexto lugar, la bacteria y sus productos inducen parto pretérmino en modelos animales. Las evidencias que indican que la infección es causa de parto pretérmino en seres humanos son circunstanciales

En séptimo lugar, en algunas circunstancias clínicas el uso de antibióticos conduce a una menor tasa de partos pretérmino y a la prolongación del embarazo. (Scott, 2006)

### **2.1.5 DIAGNÓSTICO**

Se basa en tres pilares: la edad del embarazo, las características de las contracciones y el estado del cuello uterino. Cuando estos signos y síntomas no son del todo evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de factores que elevan el riesgo de prematurez (partos prematuros previos, infección urinaria, rotura prematura de membranas, etc.).

La edad del embarazo oscila entre las 20 y 36 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos o para-clínicos que confirmen la edad gestacional. Cuando hay dudas sobre la fecha de la última menstruación o ésta se desconoce, el tamaño y la madurez fetal son los signos de mayor importancia.

La medida de altura uterina, del diámetro biparental u otros por ultrasonografía, de los parámetros del líquido amniótico en el caso de realizarse una amniocentesis, son los elementos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo de pre término.

Las contracciones uterinas se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal. En una gestación amenazada de interrupción prematura, las medidas a tomar pueden ser diferentes según que el feto presente un crecimiento adecuado o retardo para su edad gestacional.

#### **2.1.5.1 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO**

La causa más común es la mala nutrición fetal. Ésta puede deberse a que la madre recibe una ingesta calórica insuficiente o que a dichos aportes calóricos y/o de oxígeno no llegan al feto. En este último caso, la alteración puede ser producida por patologías maternas propias de la gestación (Preeclampsia).

#### **2.1.5.2 AMENAZA DE PARTO PREMATURO O PARTO PRETÉRMINO**

En particular con un tamaño fetal adecuado para su edad gestacional, la oportunidad de aplicar un tratamiento antenatal en el parto prematuro (útero-inhibición, inducción de la madurez pulmonar fetal y control de la patología asociada) ha sido revisada por el Programa Latinoamericano de Perinatología CLAP/OPS/OMS. La captación precoz de embarazadas con factores de riesgo de parto prematuro removibles, es mayor en aquellos lugares donde la organización de la atención perinatal se encuentra regionalizada, donde ésta es deficiente el porcentaje de mujeres con control prenatal es más bajo, el ingreso de partos prematuros a los centros de salud resulta generalmente tardío, sin oportunidades de prevención antenatal. (Ochoa, 2007)

#### **2.1.6 TRATAMIENTO**

A base de fármacos y hormonas, que actúan como útero-inhibidores y otros como inductores de la madurez pulmonar fetal.

##### **2.1.6.1 FÁRMACOS BETA MIMÉTICOS**

**EFFECTOS UTERINOS.** Estos agentes betaestimulantes tienen la propiedad de inhibir la contractilidad uterina de la mujer grávida. Es importante recordar que la respuesta individual a las aminas simpaticomiméticos varía mucho. Se acepta que la dosis útil para inhibir el útero está más relacionada con su actividad espontánea previa que con la

edad de la gestación. Por vía intravenosa se logra la máxima potencia uterinhididores con rápida instalación del efecto.

Este se presenta en un lapso que oscila entre 5 y 20 minutos. Una vez suspendido el betamimético, la desaparición se produce entre los 30 y 90 minutos.

#### **2.1.6.2 FÁRMACOS ANTIPROSTAGLANDINAS**

Se ha demostrado que las síntesis de prostaglandinas y su liberación pueden ser inhibidas por agentes antiinflamatorios o antipiréticos del tipo de la aspirina o indometacina.

**EFFECTOS UTERINOS.** La administración de la indometacina a la madre (100mg al día, dosis media) reduce significativamente la contractilidad uterina y detiene el parto pretérmino. Su uso se potencia o se adiciona al de los betamimético. Su uso se extiende sólo durante tres días (dosis total 300mg), para obtener, junto con los betamimético, una útero-inhibición sostenida que permita dar tiempo al efecto inductor de la madurez pulmonar fetal de los corticoesteroides (48 a 72 horas) (Dood, 2008)

#### **2.1.6.3 MADURACIÓN PULMONAR**

La síntesis de agente surfactante es el hecho de mayor importancia en la maduración pulmonar fetal. Administración de betametasona a la madre (12 mg i. m. /día durante dos días) reduce significativamente la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de membrana hialina del recién nacido. TRH en gestaciones de 26a 31 semanas. La amenaza de parto pretérmino es un cuadro clínico que implica dentro del transcurso de un embarazo altos índices de morbilidad y mortalidad perinatal. Dentro de su manejo se encuentran varios tipos de medicamentos ya sean estos corticoides para estimular la maduración pulmonar, antibióticos para el tratamiento de las infecciones y fármacos toco líticos para el control de las contracciones uterinas y así prolongación del embarazo.

## **2.2 AMENAZA DE PARTO PREMATURO**

La amenaza de parto pre término (APP), está definida como la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación y el trabajo de parto pre término (PPT) está definida como dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro, pero con modificaciones cervicales, tales como borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm. o más.

Partiendo de estas definiciones, recalcamos que todo esfuerzo para prevenir el parto pre término (PPT) representa la medida más importante para reducir la mortalidad perinatal, ya que el 75% de ella, es debida a la prematuridad. Debido a que el riesgo de morbi-mortalidad en los nacimientos cercanos al término es bajo, la mayor atención se orienta en el PPT temprano (menor de 32 semanas); si bien los nacimientos de este grupo representan el 1 al 2 % de todos los partos, ellos son responsables del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60% de la mortalidad neonatal.

De ahí que, el gran desafío para aumentar el número de sobrevivientes sanos, es la prevención y el tratamiento del PPT. El PPT, representa un riesgo para el neonato por las complicaciones producidas por la inmadurez o por el efecto de las drogas utilizadas para su manejo.

El parto prematuro continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye un reto y punto

de atención continua para el obstetra y para el personal de salud responsable de velar por la vida del ser humano en su máxima expresión como es el personal de enfermería, quienes, en ciertas ocasiones, somos las que permanecemos la mayor parte del tiempo con las pacientes en el caso de una institución hospitalaria.

Los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detección del "embarazo de alto riesgo", han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo, es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematurez.

La aplicación oportuna de medidas y acciones son imprescindibles en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro para así poder entregar al pediatra productos de mayor madurez y peso y a la madre un bebé sano, como es el objetivo final de la obstetricia y personal de salud en general. (Cremonte, 2007)

### 2.2.1 FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores que pueden conducir al parto prematuro, son igualmente numerosas las características maternas que se asocian con la prematuridad. La prevalencia es mayor en la raza negra.

- Antecedentes de partos prematuros bajo nivel socioeconómico
- Mala nutrición
- Bajo peso previo al embarazo
- Cuidados prenatales ausentes o insuficientes
- Edad inferior a 18 años o superior a 40 años
- Ocupación laboral extenuante
- Estrés
- Anemia
- Tabaquismo
- Bacteriuria
- Colonización o infección genital
- Malformaciones uterinas (Ahued, 2003)

De la misma forma que las observaciones epidemiológicas proporcionan indicios para distinguir entre las causas que provocan parto pretérmino espontáneo e inducido, también proporcionan las claves para explicar la patogénesis de la prematuridad espontánea. En última instancia, los mecanismos finales del proceso del parto son los mismos en cualquier edad gestacional, independientemente de la causa que los inicia.

Existe un amplio debate sobre si el parto prematuro es solo un parto normal que aparece demasiado pronto o se trata de un proceso que sigue vías diferentes hasta terminar en la expulsión fetal. De forma creciente, las evidencias apuntan hacia esa última afirmación, con distintos procesos patológicos que pueden iniciar el proceso.

La epidemiología del parto pretérmino revela distintas tendencias importantes. La primera es que el parto precoz menor de 32 semanas y el tardío mayor de 32 semanas tienen características epidemiológicas diferentes.

Algunos de los factores de riesgo se asocian con parto pretérmino recurrente, mientras que otros parecen ser únicos para la gestación afectada. Los factores de riesgo para el

parto prematuro recurrente o no recurrente son similares, aunque no idénticos, a los de la prematuridad precoz y tardía, lo que sugiere a menos dos mecanismos distintos.

El parto prematuro precoz recurre con más frecuencia, se asocia con más intensidad con el acortamiento cervical y con la presencia de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales, y se acompaña más frecuentemente de evidencia clínica o subclínica de infección y morbilidad a largo plazo para el recién nacido.

El parto prematuro tardío se asocia con más frecuencia con un aumento de la contractilidad uterina y con un aumento en la excreción materna de estriol (un indicador de la madurez del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal fetal), de forma similar a lo que ocurre en el parto normal a término. (Villanueva, 2008)

### **2.2.2 PREDICTORES DE PARTO PRETÉRMINO**

Ante la inconsistencia y la poca sensibilidad de los datos del interrogatorio (factores de riesgo) y a la exploración física por los métodos habituales para diagnosticar el parto pretérmino, es necesario revisar otras variables que permitan predecir el riesgo de un nacimiento pretérmino, los cuales son descritos a continuación:

#### **2.2.2.1 FIBRONECTINA FETAL (FNF)**

La FNF es una glicoproteína producida por la membrana coriónica y está localizada en la decidua basal adyacente al espacio intervelloso. Su objetivo principal parece el de una molécula de adhesión (pegamento) la cual favorece la unión entre las membranas coriónicas con la decidua materna contigua.

Puede ser encontrada, normalmente, en SCV en las primeras 22 SDG. Virtualmente, nunca es encontrada en la misma secreción entre las 24 y 34 SDG, a menos que el cérvix haya desarrollado borramiento y dilatación prematura, generalmente en asociación con contracciones uterinas sintomáticas.

Existe una fuerte asociación entre la expresión de FNF en SCV y PP, diversos ensayos han mostrado una asociación entre la presencia de FNF y nacimientos pretérmino, así como una reducción en el riesgo de nacimientos pretérmino cuando el resultado de esta prueba es negativo. (Ayala, 2010)

En un metaanálisis de 27 trabajos usando el nacimiento <34 SDG como resultado, una prueba de FNF positiva predijo la posibilidad de nacimiento pretérmino en el 61%. Con una prueba negativa se pudo predecir la posibilidad de continuar el embarazo más allá de la semana 34 en el 83%. (Ayala, 2010)

Esta prueba tiene su mayor utilidad en pacientes con PP sintomático, en las cuales un valor predictivo negativo oscila entre 69 y 92% usando 37 semanas como resultado. El resultado de esta prueba al salir negativo indica más de un 95% de posibilidad de que no habrá nacimiento pretérmino en los siguientes 14 días posteriores a la prueba.

De este modo, la paciente embarazada no será retirada de su entorno ni será sometida a tratamientos innecesarios y de riesgo (tocolísis, esteroides, reposos prolongados en cama y hospitalizaciones), situaciones que no deber ser subestimadas. (Ayala, 2010)

#### **2.2.2.2 LONGITUD CERVICAL POR ULTRASONIDO Y DETERMINACIONES DE FNF EN SCV COMO PREDICTORES DE PARTO PRETÉRMINO**

En mujeres con contracciones prematuras, la valoración por ultrasonido de la longitud cervical, luego de FNF; si el cérvix está corto mejora la capacidad de distinguir entre mujeres que entraran en trabajo de PP y las que no, dentro de un periodo de 7 a 14 días. (Ayala, 2010)

Esto se observó en un estudio que muestra que mujeres que tenían una longitud cervical >30 mm, era poco probable que entraran en trabajo de parto prematuro y que las determinaciones de FNF no aumentaran el valor predictivo del examen ultrasónico.

En comparación, si el cérvix era <30 mm de longitud, el riesgo de nacimiento dentro de 7 días con FNF positiva y negativa fue 45 y 11%, respectivamente. El riesgo de nacimiento dentro de los siguientes 14 días fue 56 y 13%, respectivamente. Nacimientos dentro de 7 días ocurrieron en el 75% de mujeres con una longitud cervical <15 mm y FNF positiva. (Lockwood, 2007)

#### **2.2.3 EVALUACIÓN DEL RIESGO**

Se considerarán pacientes de alto riesgo cuando estén presentes al menos uno de los siguientes criterios:

Criterios clínicos:

- Bishop > 5
- Parto pretérmino anterior (espontáneo) antes de la semana 34
- Gestación múltiple
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual.
- Contracciones persistentes o recurrentes.

Criterios ecográficos:

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

Al no encontrarse ninguno de estos síntomas, se consideran pacientes de bajo riesgo. En ausencia de contracciones uterinas regulares, es necesario valorar estos parámetros con precaución, dado que pueden no relacionarse con el parto pretérmino. En este caso, se tendría que hacer un seguimiento (en 1 semanas) de la situación clínica. (Palomino, 2014)

Estos hallazgos, sin clínica, NO requieren tratamiento tocolítico ya que pueden representar el extremo de la normalidad. Como medida de precaución, podría recomendarse restringir la actividad laboral y el estilo de vida parcialmente hasta evaluar la evolución clínica. (Palomino, 2014)

#### **2.2.4 MANEJO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**

Ante la sospecha de PP, el manejo tiene orientación hacia la estabilización de la madre, el feto y el transporte del feto in útero (cuando es adecuado) para permitir un parto en una unidad adecuada, para esto se debe:

- Controlar la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones.
- Considerar el transporte in útero.
- Administrar tratamiento antibiótico según sea necesario.
- Administrar corticoesteroides.
- Si tiene  $\leq 32$  semanas, considerar tocolísis por 24-48 horas con indometacina.

Ante la amenaza de parto pretérmino se debe obtenerse una historia y examen físico completo del paciente en amenaza de parto pretérmino.

El examen físico debe incluir un examen pélvico del cérvix con especulo para excluir la presencia de ruptura de membranas, estado del cérvix, determinación de la posición fetal y una estimación del peso fetal. Puede ser necesario realizar cultivos vaginales, cervicales y de orina para excluir la presencia de etiología infecciosa. (Chaves, 2005)

### **2.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado para brindar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque de cada persona. Se basa en el método científico que en la intuición, provee organización y dirección a las actividades de enfermería, sirva para evaluar los resultados y permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, se compone de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

#### **2.3.1 VALORACIÓN**

La primera etapa, es la valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, laboratorio y pruebas diagnósticas. (Reina & N, 2010).

#### **2.3.2 DIAGNÓSTICO**

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en el análisis e identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados,

apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales.(Reina & N, 2010).

### **2.3.3 PLANEACIÓN**

La tercera etapa, la Planeación, se basa en la toma de decisiones, priorización determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera - paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. En esta etapa se deben elaborar las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.(Reina & N, 2010)

### **2.3.4 EJECUCIÓN**

La cuarta etapa, la Ejecución es la actuación, lograr objetivos, revalorar y registrar. Identifica variables para el logro de los objetivos. Indicadores de calidad.(Reina & N, 2010).

### **2.3.5 EVALUACIÓN**

Se entiende como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.(Reina & N, 2010).

### **2.3.6 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.-**

Es una conclusión que define los problemas de salud reales o potenciales de un individuo, familia o grupo que pueden ser modificados por la intervención de enfermería.

Diagnostico enfermero es distinto al diagnóstico médico.

Los diagnósticos son clasificados y validados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales presentes en el 80 – 100% de los casos.

#### **2.3.6.1 TIPOS DE DIAGNOSTICOS.-**

- **REAL.-** Consta de 3 partes: problema más etología o problemas causales más signos y síntomas.
- **ALTO RIESGO.-** Consta de problema más etiología.
- **POSIBLE.-** Consta de problema más etiología.

Un resultado de enfermería es estado o conducta de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo del proceso en respuesta a intervenciones de enfermería.

Para realizar todo esto se emplea:

**2.3.7 NOC.-** Nursing Outcomes Classification. Son los resultados. Es más útil para la enfermera ya que tiene una escala de puntuación que se puede utilizar para evaluar el progreso, los resultados son específicos ayudando a la enfermera a registrar el cambio posterior a las intervenciones.

**2.3.8 NIC-** (Nursing Interventions Classification). Se obtiene mediante la documentación que es el plan de cuidados.

El uso de diagnósticos enfermeros resultados NOC e intervenciones NIC aseguran que el proporcionar cuidados, las enfermeras/os están hablando un lenguaje común.

El diagnostico enfermero es la esencia de la enfermería, ya que asegura que los usuarios reciban cuidados holísticos excelentes.

## **2.4 DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE:**

**EMBARAZO.** Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.

**PREVALENCIA.** Se entiende como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.

**MORBI- MORTALIDAD.** Podemos comenzar explicando que la morbilidad es la presencia de un determinado tipo de también determinada. Así, juntando ambos subconceptos podemos entender que enfermedad en una población. La mortalidad, a su vez, es la estadística sobre las muertes en una población la idea de morbi-mortalidad, más específica, significa en otras palabras aquellas enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos.

**AMENAZA PARTO PREMATURO.** Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 22 y las 36.6 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino.

**PROTOCOLO.** Es un conjunto de procedimientos específicos establecidos en un plan, considerado como un instrumento para brindar atención al usuario interno y externo en forma sistemática y ordenada manteniendo los principios científicos, partiendo siempre de un diagnóstico.

## **CAPITULO III**

### **3.1 MÉTODOS Y MATERIALES**

#### **3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se desarrolló en el área de emergencia del Hospital General Pablo Arturo Suárez.

#### **3.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LUGAR**

El hospital Pablo Arturo Suarez es una unidad de segundo nivel del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Quito; lugar donde se realizó este estudio. Por el tipo de atención que brinda, es un hospital general, dando atención ambulatoria y de internación a través de los procesos de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización, por su ubicación geográfica es un hospital provincial, ofreciendo atención según su área de influencia y jurisdicción.

Ofrece servicios a gran parte de la población urbano marginal de un estrato socioeconómico medio y bajo. El Servicio de Emergencia se encuentra ubicado en la planta baja, cuenta con un área de cuarto crítico, emergencia obstétrica, observación, estación de enfermería, consultorios, recepción, secretaría, el mismo que tiene servicios básicos para brindar atención a toda la población sin distingo de raza, credo o estrato social.

#### **3.1.3 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN**

El período de la investigación fue durante los meses Marzo – Agosto del 2011

#### **3.1.4. RECURSOS EMPLEADOS**

##### **3.1.4.1. TALENTO HUMANO**

Maestrante

Tutora

Revisora

#### **3.1.4.2. RECURSOS FÍSICOS**

- Computador
- Esferos
- hojas de papel bond
- cartuchos de impresora
- impresora
- carpetas

#### **3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA**

##### **3.1.5.1 UNIVERSO**

El universo estuvo conformado por 531 gestantes, atendidas en Emergencia Obstétrica del Hospital Pablo Arturo Suárez, en el período de marzo hasta agosto de 2011.

##### **3.1.5.2 MUESTRA**

Está constituida por 131 pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, en el período comprendido entre marzo – agosto 2011, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.1.5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Se tomará a todas a las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro.

#### **Criterio de inclusión.**

En este ámbito se tomó en cuenta a todas las gestantes con un embarazo mayor de 22 semanas y menor de 36.6 semanas.

#### **Criterio de exclusión.**

No fueron incluidas las gestantes con un embarazo mayor de 22 semanas y menor de 36.6 semanas y que no fueron diagnosticadas con amenaza de parto prematuro.

## **3.2. MÉTODOS**

### **3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó un estudio descriptivo, y transversal de todos los casos que ingresan al servicio de emergencia con Diagnóstico de amenaza de parto prematuro

### **3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

El presente estudio no experimental porque no se manipula las variables, depende de una observación, la aplicación de una encuesta y el análisis de los datos obtenidos.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Indicadores	Unidades o Categorías	Escala
<b>Variable independiente</b>			
Pacientes con amenaza de parto prematuro	Edad de la paciente en años	15-25 26-35 36-45 36-55	Intervalo
	Instrucción académica	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Ordinal
	Ocupación laboral	Estudiante QQDD	Nominal
	Etnia	Blanca Indígena Mestiza Negra	Nominal
Evaluación de la atención de enfermería	Tiempo de control de signos vitales	15 minutos 30 minutos 1 hora 1 hora y 30 minutos  Sin dolor	Ordinal

	Valoración del dolor	Leve Moderado Intenso	Ordinal
	Posición de la paciente durante la atención de emergencia	Sentada Acostada	Ordinal
	Valoración de pacientes con resultados de exámenes, tratamiento y educación	T. De exámenes Laboratorio fue canalizada Vía y administrado Algún tipo de medicación recibió algún tipo de Educación durante Su estadía en emergencia.	Dicotómica
	Evaluación de los conocimientos de las profesionales de enfermería	Muy bueno Bueno Regular Malo	Ordinal
<b>Variable dependiente</b>			
Propuesta de un protocolo de atención de enfermería	Existencia de protocolos de atención de enfermería para	Si No	Dicotómica

	pacientes con amenaza de parto prematuro		
	Atención en base a un protocolo	Si No	Dicotómica
<b>Variable intervinientes</b>			
Prevalencia	Pacientes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el servicio de emergencia.	Número de casos positivos / total de pacientes atendidas	Razón
Factores de riesgo	Condiciones relacionadas con amenaza de parto prematuro	Infección de vías urinarias Diabetes Hipertensión arterial Parto prematuro anterior Anemia Sangrado vaginal Malformaciones	Nominal
Hospitalización	Porcentaje de pacientes que requirieron ser hospitalizadas	Ingresan a hospitalización Ingresan a centro obstétrico Alta a domicilio	Nominal

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para esta presentación, se parte de objetivo general planteado al inicio de este estudio, comparando una serie de variables que nos hacen comprender con más claridad el rol como profesionales de enfermería.

La información recogida mediante encuesta directa, con preguntas cerradas obteniendo datos cuantificados para ser procesados por paquetes computacionales de análisis estadísticos, a fin de que en lo posterior se pueda estudiar los resultados, con tablas y representaciones gráficas para obtener datos más reales.

Los gráficos de algunos resultados se los realizó de manera que pudiera hacerse una explicación más clara de los datos obtenidos estadísticamente y que se los pudiera apreciar de forma gráfica. La tabulación e interpretación de los resultados de las encuestas se basan a las respuestas tanto de las pacientes cuanto del personal de enfermería a las que se les aplico las mismas.

## Prevalencia de amenaza de Parto Prematuro en el Hospital Pablo Arturo Suárez

TABLA 01.

AÑOS	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	PORCENTAJE
AÑO 2008	262	32,19%
AÑO2009	212	26,04%
AÑO 2010	112	13,76%
AÑO 2011	228	28,01%
TOTAL	814	100,00%

Fuente: Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

Elaboración: Lic. Blanca Bravo Reátegui

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Se realizó un estudio comparativo con los años anteriores partiendo desde el año 2008 hasta el año 2011 periodo de este estudio. Esta comparación permite observar que si bien en cierto que los índices de Amenaza de Parto Prematuro han disminuido aún se mantienen en cifras similares, siendo necesario aclarar que en el año 2010 las cifras con una marcada disminución es porque el Hospital permaneció cerrado por el lapso de aproximadamente seis meses, por trabajos de remodelación en el mismo.

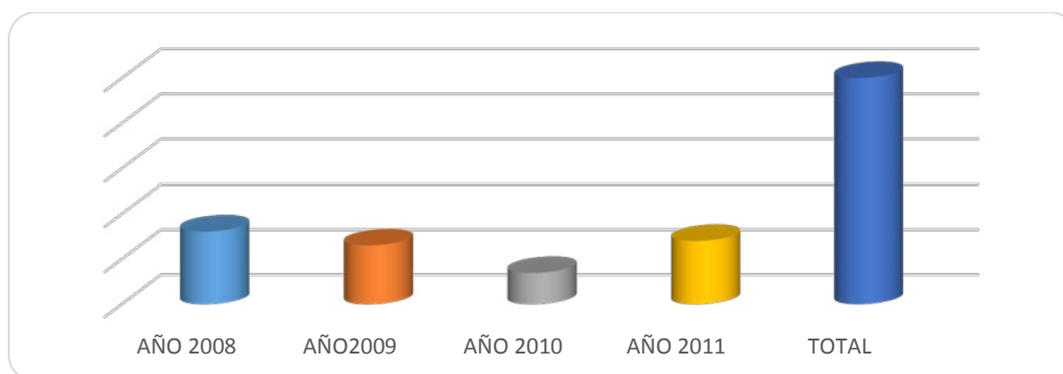


Gráfico 01. Prevalencia amenaza de parto prematuro en el Hospital Pablo Arturo Suárez

**Número de pacientes con Amenaza de Parto Prematuro que ingresan en el periodo  
Marzo-Agosto de 2011**

**TABLA 02**

	<b>PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EMERGENCIA.</b>	<b>PACIENTES QUE PRESENTARON AMENAZA DE PARTO PREMATURO.</b>	<b>TOTAL</b>
SUMATORIA	531	131	531
PORCENTAJE	97,6 %	2,4 %	100%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.  
**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** En este cuadro, observamos que del 100% de pacientes atendidas en este periodo el 2.4% acuden con Amenaza de Parto Prematuro. A pesar de que el porcentaje de APP aparentemente no es muy significativo, las complicaciones que conlleva se convierte en un problema no solo de salud, y económico para el país, sino que va más allá en su afectación, involucrando alteraciones psicológicas y emocionales no solo a quien la padece si no a su entorno familiar.

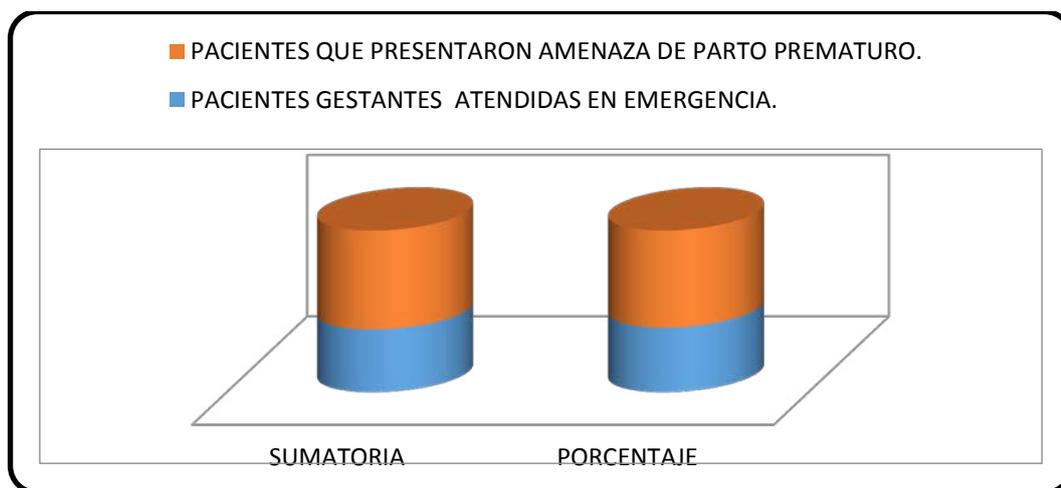


Gráfico 02. Número de pacientes con amenaza de parto prematuro desde Marzo – Agosto de 2011

**Distribución de pacientes con amenaza de parto prematuro según meses de atención.**

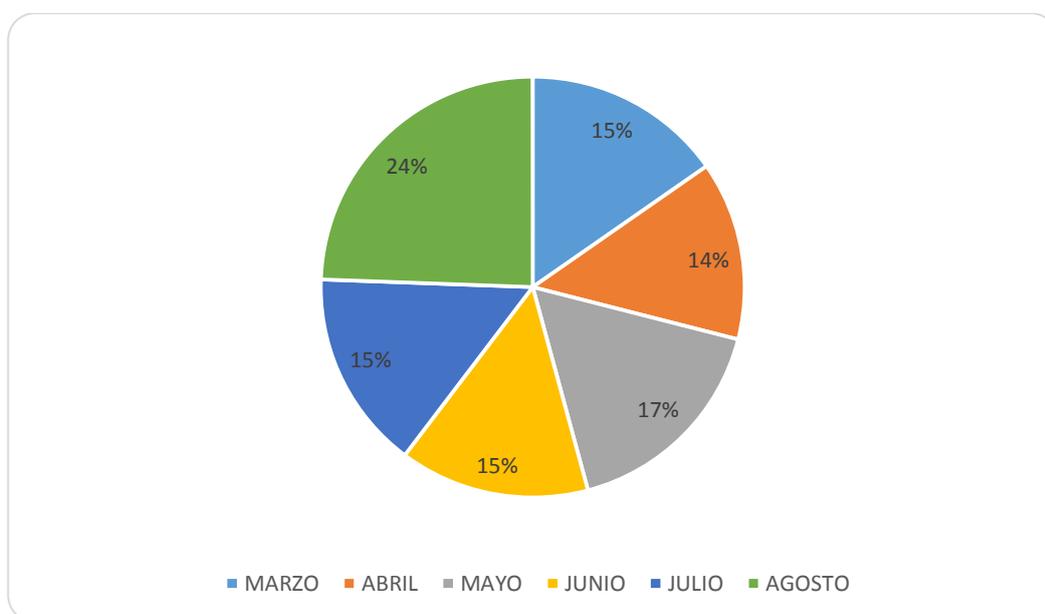
**TABLA 03.**

MES	PACIENTES	PORCENTAJE
MARZO	20	15,27%
ABRIL	18	13,74%
MAYO	22	16,79%
JUNIO	19	14,5%
JULIO	20	15,27%
AGOSTO	32	24,43%
TOTAL	131	100%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** El periodo de este estudio comprende desde Marzo- Agosto del 2011, observando que el mayor porcentaje de Amenaza de Parto Prematuro se presenta en el mes de Agosto con el 24.43% y en menor porcentaje en el mes de Abril con el 13.74%.



**Gráfico 03.** Distribución de pacientes con amenaza de parto prematuro según meses de atención

## DATOS DE FILIACIÓN DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO

**Datos según la edad**

**TABLA 04.**

EDAD	SUMATORIA	PORCENTAJE
14-25 años	93	70,99%
26-35 años	29	22,14%
36-45 años	9	6,87%
TOTAL	131	100,00%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Los datos obtenidos, indican que el 70.99% de pacientes con amenaza de parto prematuro comprenden las edades entre 14 y 25 años, consideradas como adolescentes y adulto joven, seguido por un 22.14%, entre 25 y 35 años, consideradas como adultos y en menor porcentaje las pacientes de 36 a 45 años con el 6.87%.

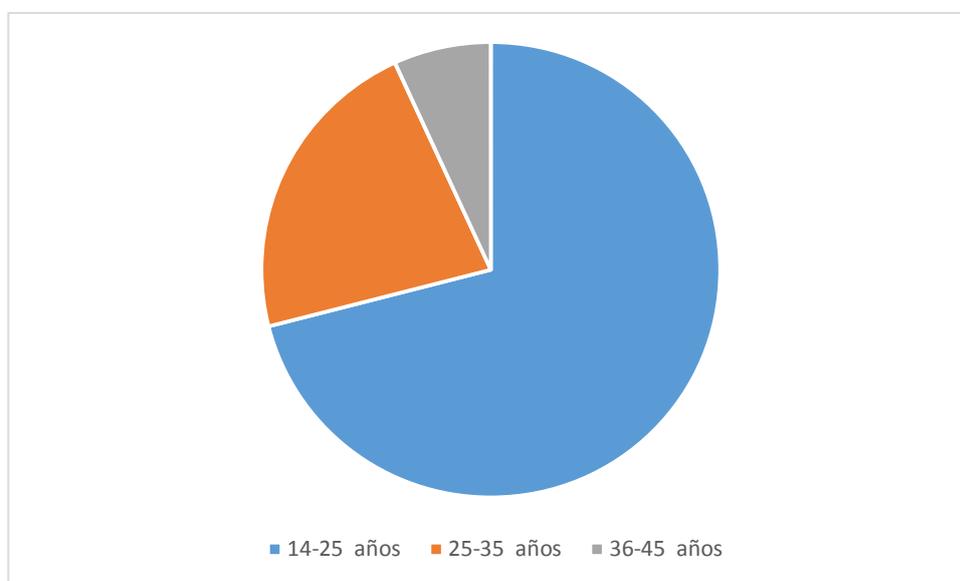


Gráfico 04. Edad de las pacientes con amenaza de parto prematuro

### Datos según estado civil.

**TABLA 05.**

ESTADO CIVIL	SUMATORIA	PORCENTAJE
CASADA	44	33,59%
SOLTERA	30	22,90%
U. LIBRE	57	43,51%
TOTAL	131	100,00%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del Hospital Pablo Arturo Suárez.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** En esta tabla se observa que el mayor porcentaje que presenta amenaza de parto prematuro según su estado civil es unión libre en un 43.51%, seguido en pacientes casadas con el 33,59% y el 22.90%, son solteras. En este cuadro se puede observar que el porcentaje de Unión Libre es el más alto que los otros, y considerando que es probable que en este grupo se encuentren las madres solteras que por vergüenza esconden su verdadero estado civil. Lo que significa que por el hecho de no tener una relación estable les induce a no tomar con responsabilidad su maternidad.

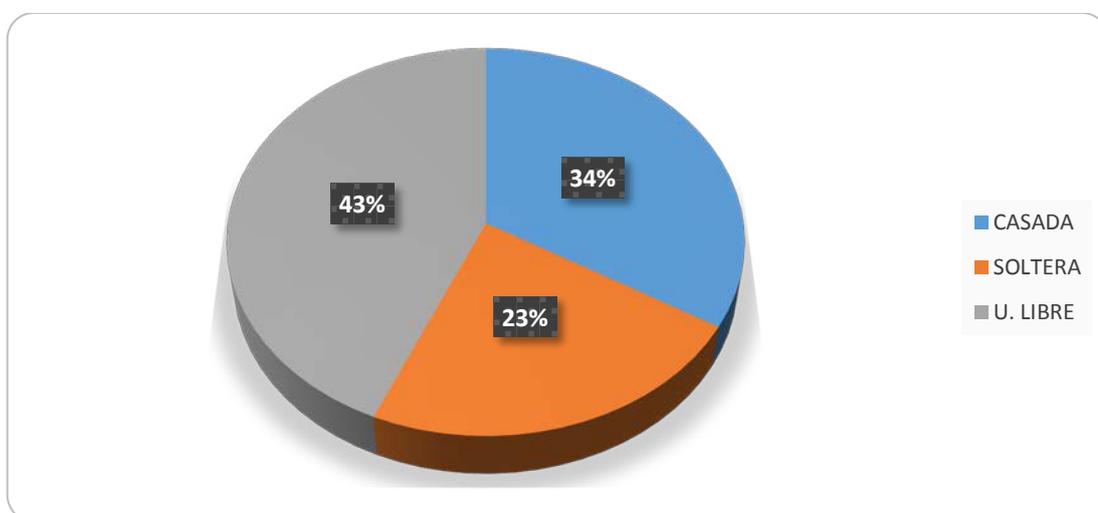


Gráfico 5. Estado civil de las pacientes con amenaza de parto prematuro

### Datos según instrucción

TABLA 06

INSTRUCCIÓN	SUMATORIA	PORCENTAJE
NINGUNA	12	9,16%
PRIMARIA	48	36,64%
SECUNDARIA	61	46,56%
SUPERIOR	10	7,63%
TOTAL	131	100,00%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del Hospital Pablo Arturo Suárez.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** En cuanto a la instrucción, vemos que el mayor porcentaje son pacientes que cursan la secundaria con un 46.56% y seguido por pacientes que tiene primaria en un 36.64%.

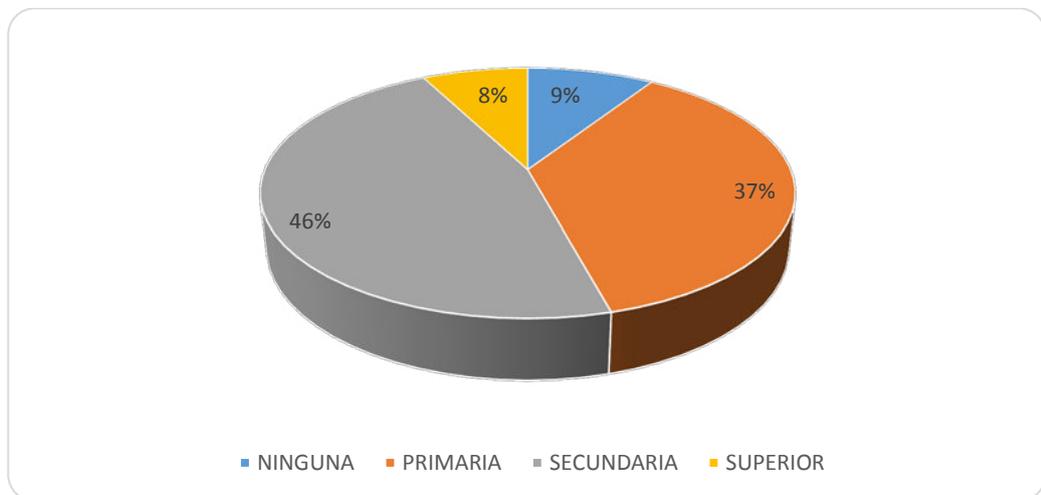


Gráfico 6. Instrucción académica de las pacientes con amenaza de parto pretérmino

### Datos según ocupación

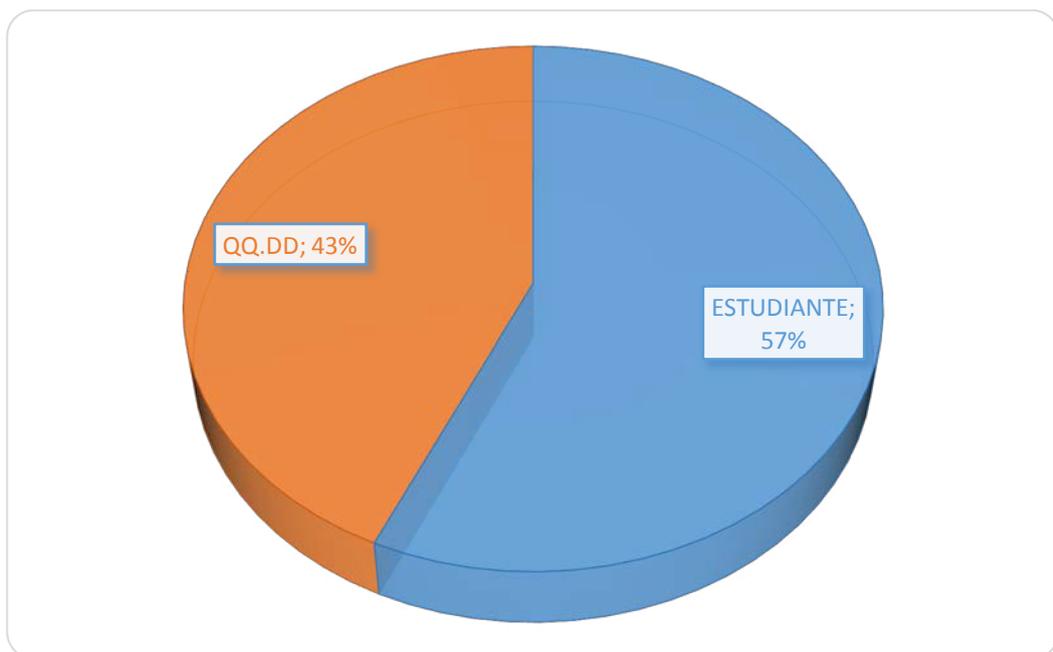
**TABLA 07.**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>SUMATORIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ESTUDIANTE	75	57%
QQ.DD	57	43%
TOTAL	131	100%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** En esta tabla se describe que el 57.25% corresponde a estudiantes que se encuentra embarazadas presenta amenaza de parto prematuro, seguido de un porcentaje considerable de QQ.DD que es en un 43.51%.



**Gráfico 7.** Ocupación laboral de las pacientes con amenaza de parto prematuro

**Datos según etnia.**

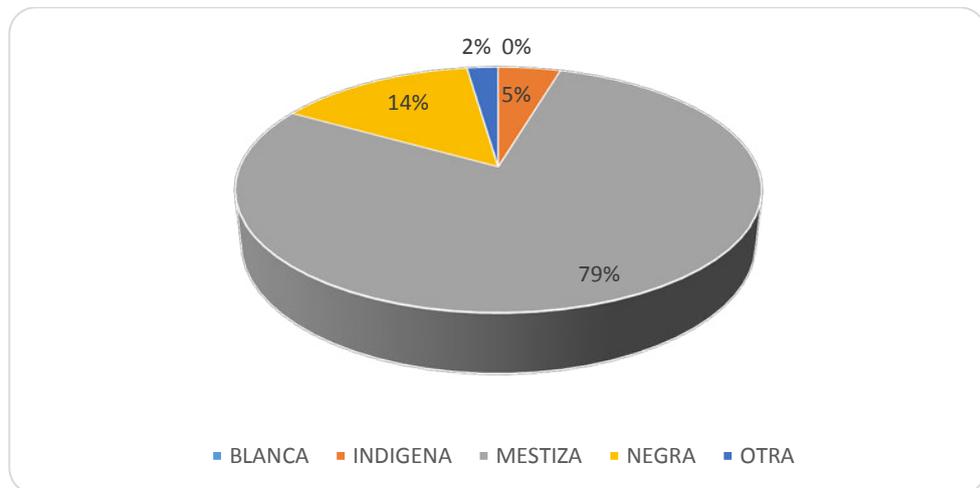
**TABLA 08.**

RAZA	SUMATORIA	PORCENTAJE
BLANCA	0	0,00%
INDIGENA	6	4,58%
MESTIZA	103	78,63%
NEGRA	19	14,50%
OTRA	3	2,29%
TOTAL	131	100,00%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Según los datos se observa que el mayor porcentaje de pacientes que presentan amenaza de parto prematuro son de raza mestiza en un 78.63% seguido de la raza negra en un porcentaje de 14.50%.y las demás razas es un porcentaje minino.



**Gráfico 8.** Etnia de las pacientes con antecedente de parto prematuro

## FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS PARA SE PRODUZCA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

### Factores de Riesgo

**TABLA 09**

DESCRIPCIÓN	SUMATORIA	PORCENTAJE
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	74	56,49%
DIABETES	28	21,37%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	10	7,63%
PARTO PREMATURO ANTERIOR	2	1,53%
ANEMIA	6	4,58%
SANGRADO VAGINAL	8	6,11%
MALFORMACIONES	3	2,29%
TOTAL	131	100,00%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Entre los factores de riesgos patológicos de amenaza de parto prematuro con más alto porcentaje están: La infección de vías urinarias con el 56.49%, seguido de la diabetes mellitus con un porcentaje de 21.37% y como tercera causa según este estudio está la hipertensión arterial en un 7.63%.

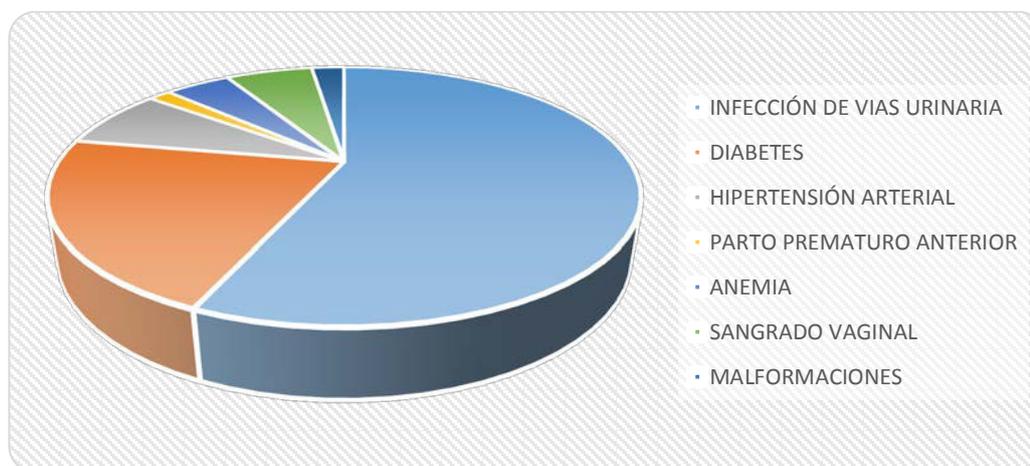


Gráfico 9. Factores de riesgo patológicos para se produzca amenaza de parto prematuro

## DATOS OBTENIDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

### Tiempo de control de signos vitales

**TABLA 10.**

TIEMPO	SUMATORIA	PORCENTAJE
15 MINUTOS	0	0%
30 MINUTOS	21	16,03%
1 HORA	80	61,07%
1 HORA Y 30 MINUTOS	30	22,90%
TOTAL	131	100,00%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** De acuerdo a esta tabla con porcentaje de 61.03% el control de los signos vitales se lo hace en una hora, seguido del 22.90% que se lo hace en más de una hora, y con el 16.03% en 30 minutos.

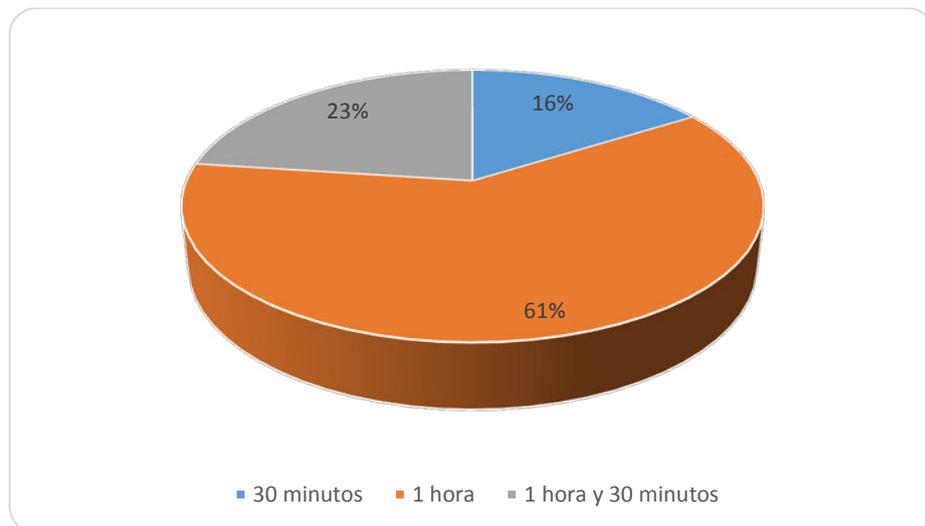


Gráfico 10. Tiempo de control de los signos vitales

## Valoración del dolor a las pacientes con amenaza de parto prematuro

TABLA 11

DOLOR	SUMATORIA	PORCENTAJE
SIN DOLOR	0	0,00%
LEVE	25	19,08%
MODERADO	70	53,44%
INTENSO	36	27,48%
TOTAL	131	100,0%

Fuente: Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

Elaboración: Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Del total de pacientes, se observa que un 53.44% presentaron dolor de moderada intensidad, el 27.48% dolor intenso y el 19.08 dolor leve.

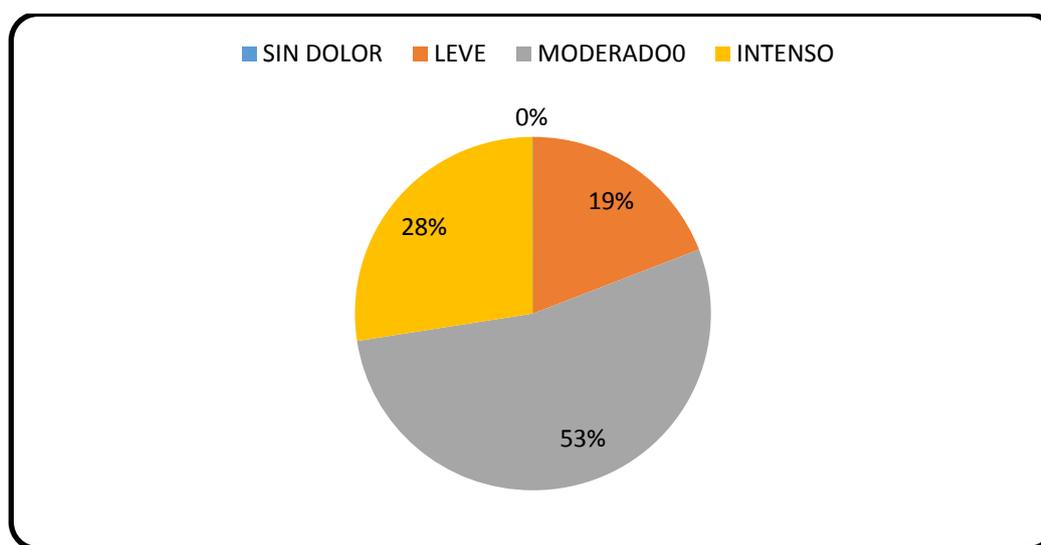


Gráfico 11. Valoración del dolor a las pacientes con amenaza de parto prematuro

**En qué posición permaneció la paciente durante la atención en emergencia.**

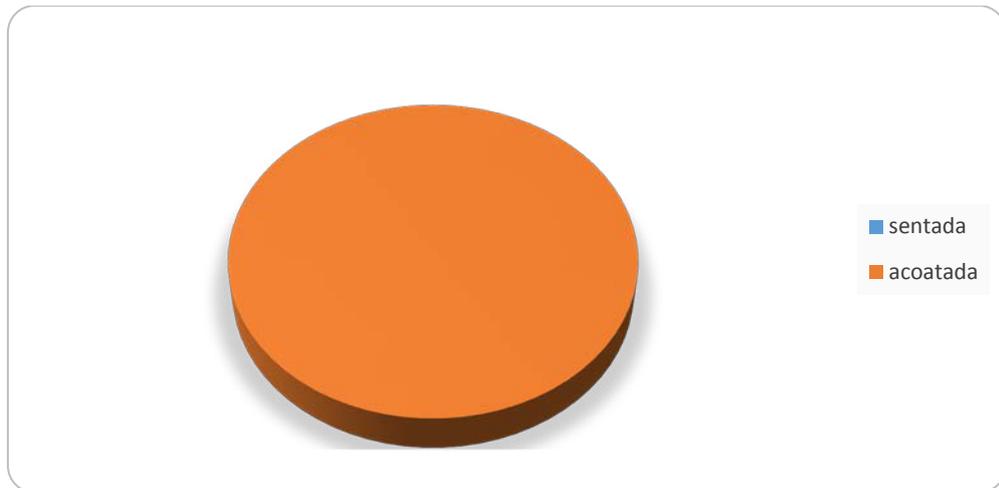
**TABLA 12**

<b>POSICION</b>	<b>NUMERO DE PACIENTE</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SENTADA	0	0,00%
ACOSTADA	131	100,00%
TOTAL	131	100,00%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Un dato muy importante que indica el presente estudio es aquel que señala que el 100% las pacientes permanecen acostada durante la estadía en el servicio.



**Gráfico 12. Posición permaneció la paciente durante la atención en emergencia**

**Valoración de pacientes con resultados de exámenes, tratamiento y educación**

**TABLA 13**

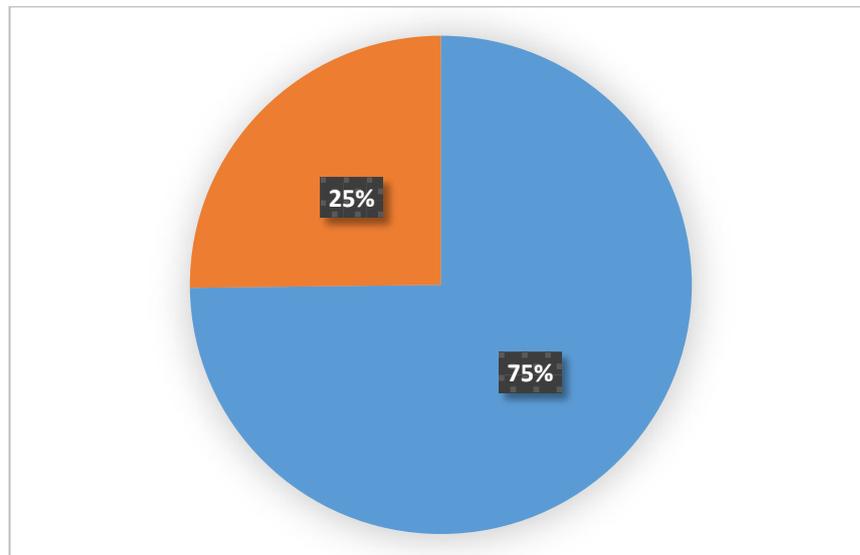
T. De exámenes laboratorio		Fue canalizada vía intravenosa y administrado algún tipo de medicación		Recibió algún tipo de educación durante su estadía en emergencia.	
		SUMATORIA	PORCENTAJE	SUMATORIA	PORCENTAJE
98	74,81%	70	53,44%	0	0,00%
33	25,19%	61	46,56%	131	100%
131	100,00%	131	100%	131	100%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

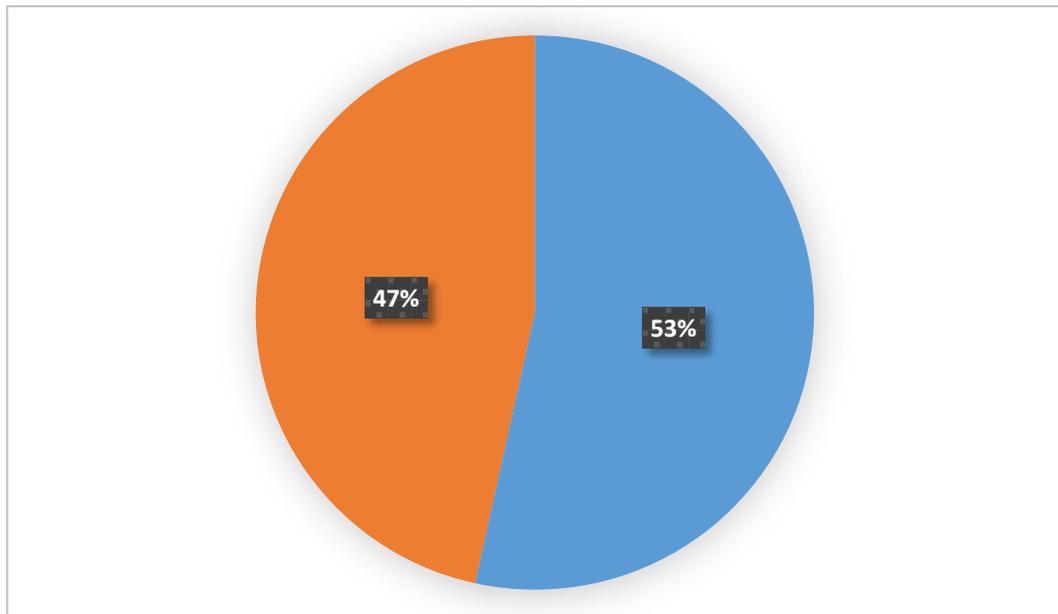
**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Los datos recolectados en este estudio demuestran que se toma muestras de exámenes a las pacientes en un 74.81%, se canaliza una vía periférica para la administración de líquidos intravenosos y/o medicación en un 53.44%. Y en cuanto a si reciben o no educación por parte de enfermería se puede observar que no en un 100%.

**T. De exámenes laboratorio**



**Fue canalizada vía intravenosa y administrado algún tipo de medicación**



**Recibió algún tipo de educación durante su estadía en emergencia**

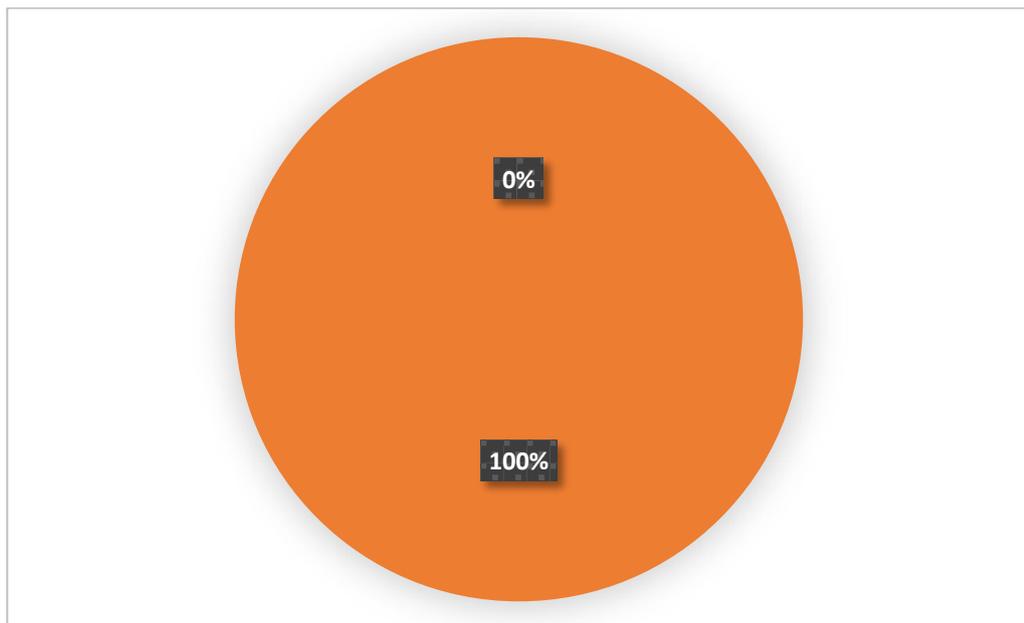


Gráfico 13. Valoración de pacientes con resultados de exámenes, tratamiento y educación.

**TABLAS Y GRÁFICOS DE LA ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

**Porcentaje de profesionales y auxiliares de enfermería que trabajan en emergencia obstétrica en turnos rotativos**

**TABLA 14**

PROFESIONALES	SUMATORIA	PORCENTAJE
LICENCIADA	0	0%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	10	100%
TOTAL	10	100%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Se puede evidenciar que el 100% que en el servicio solo laboran personal de auxiliares de enfermería.



**Gráfico 14.** Porcentaje de profesionales y auxiliares de enfermería que trabajan en emergencia obstétrica en turnos rotativos.

## VALORACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL AREA DE EMERGENCIA

TABLA 15

¿Existen protocolos de atención de enfermería para pacientes con Amenaza de Parto Prematuro?

Existe protocolo	Sumatoria	Porcentaje
Si	0	0%
No	12	100%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** En la tabla observamos que el 100% de las enfermeras afirman que no existe un protocolo de atención de enfermería para pacientes con amenaza de parto prematuro.

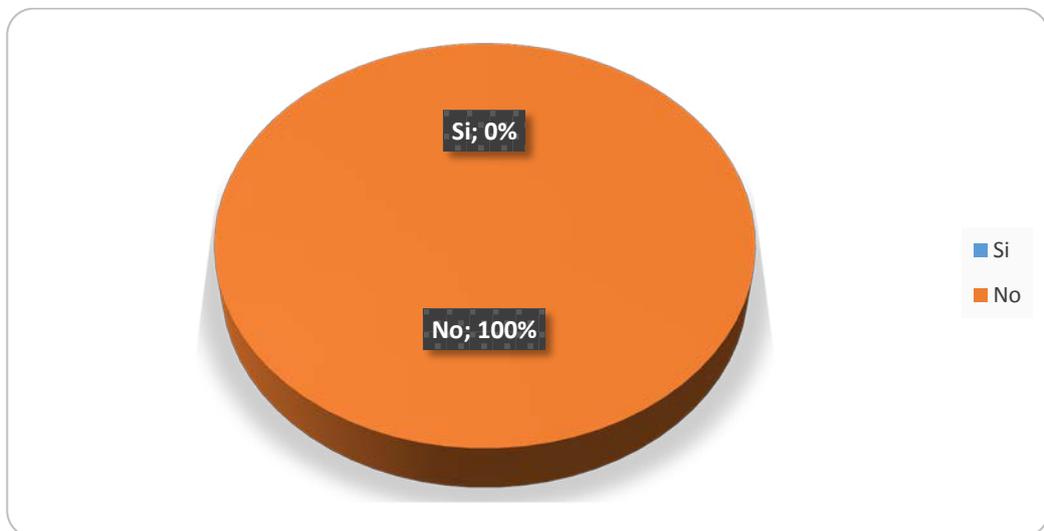


Gráfico 15. Existencia de protocolos de atención de enfermería para pacientes con amenaza de parto prematuro

**¿Cree que es necesario la existencia de un protocolo de enfermería para la atención de estas pacientes?**

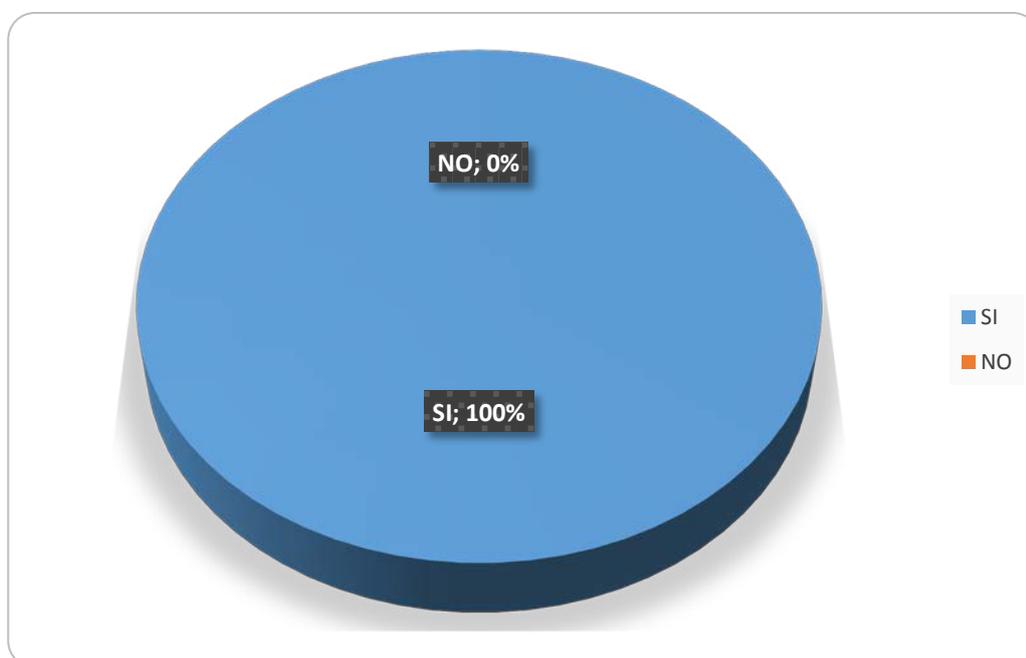
**TABLA 16**

<b>ATENCIÓN EN BASE A UN PROTOCOLO</b>	<b>SUMATORIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	12	100%
NO	0	0%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Este cuadro permite observar que el 100% de las profesionales señalan que si se debe atender en base a un protocolo de atención de enfermería.



**Gráfico 16.** Opinión del personal de enfermería sobre la atención a este tipo de pacientes en base a un protocolo

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE EMERGENCIA CON RELACIÓN A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO**

**TABLA 17**

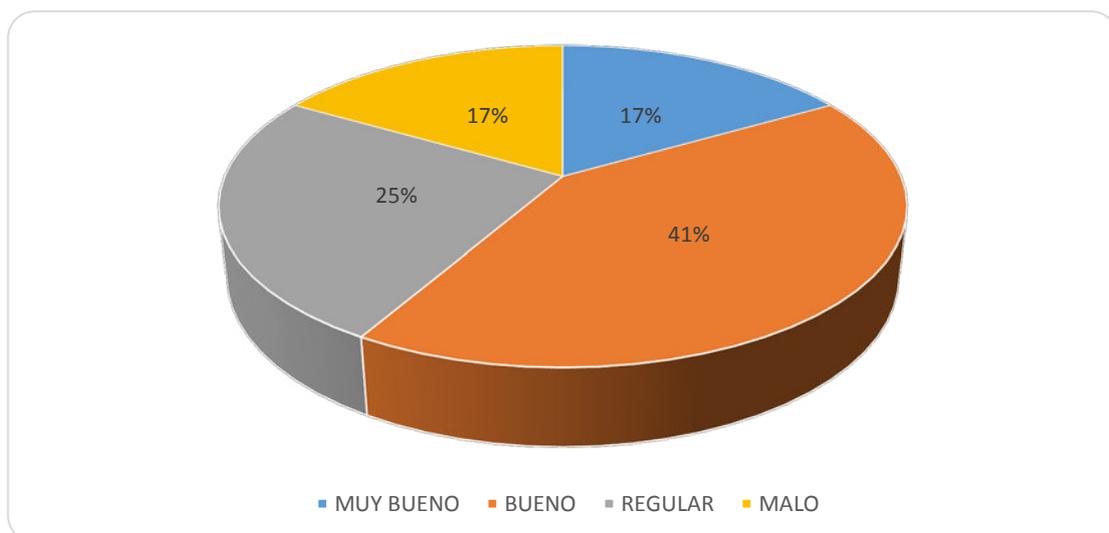
*Evaluación de los conocimientos de las profesionales de enfermería de emergencia general de HPAS con relación a la amenaza de parto prematuro*

FRECUENCIA	EQUIVALENCIA	PORCENTAJE
MUY BUENO	2	17%
BUENO	5	41%
REGULAR	3	25%
MALO	2	17%
TOTAL	12	100%

**Fuente:** Recolección de datos del Servicio de Estadística del HPAS.

**Elaboración:** Lic. Blanca Bravo Reátegui

**Análisis e Interpretación.-** Según estos resultados el 41% de las enfermeras tienen un grado de conocimiento bueno sobre la Amenaza de Parto Prematuro, y la mayoría de ellas reconoce la falta de actualización en conocimientos en cuanto al manejo de pacientes con esta patología.



**Gráfico 17.** Evaluación de los conocimientos que tienen las profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del HPAS y su atención de enfermería a pacientes con parto prematuro

## DISCUSIÓN

El estudio comparativo con años anteriores ha permitido observar que los índices de Amenaza de Parto Prematuro aún se mantienen en cifras altas. Los resultados de este estudio coinciden con lo mencionado por la OMS, que pese a los grandes esfuerzos que los obstetras han realizado no es mucho lo que se ha podido hacer para que los índices de Partos Prematuros disminuyan considerablemente y que es primordial dar cumplimiento del MAIS ( Modelo de Atención Integral de Salud ). Establecido por el MSP (MSP, 2012)

La prevalencia de la APP fue del 2.4%, estos resultados guardan relación con un estudio realizado en el 2009 en la Maternidad Enrique Soto Mayor de Guayaquil en el periodo de Junio-Agosto, con resultados similares a los de este estudio en cuanto al número de nacimientos prematuros. (Lucín, 2010)

Al comparar por meses el mayor porcentaje de Amenaza de Parto Prematuro se presenta en el mes de Agosto con el 24.43% y en menor porcentaje en el mes de Abril con el 13.74%. Comparando con el estudio realizado en la Maternidad Enrique Soto Mayor de Guayaquil guarda relación con los resultados del mismo. En este cuadro comparativo por meses se puede observar que el mes de Agosto presenta una alza en el porcentaje de APP que probablemente estén relacionados con gestaciones producto de relaciones sexuales de hace seis meses antes que coinciden con el mes de febrero que por sus características se convierten en embarazos no planificados y por lo tanto se constituirían en embarazos de alto riesgo. (Lucín, 2010)

El 70.99% de pacientes con amenaza de parto prematuro comprenden las edades entre 14 y 25 años, comparando con estudios realizados a nivel de Latinoamérica observamos que la edad más vulnerable a presentar APP es la comprendida entre adolescencia lo que coincide con los resultados de este estudio. En este grupo se puede concluir el más alto porcentaje está conformado por pacientes en edad fértil incluidas las adolescentes, y que por ser el grupo más vulnerable son gestaciones no planificadas y por lo tanto de más alto riesgo. (Beck, 2010)

El mayor porcentaje que presenta amenaza de parto prematuro según su estado civil es unión libre en un 43.51%, seguido en pacientes casadas con el 33,59% y el 22.90%, son solteras. Comparando con datos obtenidos del INEC, existe un gran porcentaje de la

población que considera la unión libre como una opción de convivencia, sin embargo en el presente estudio se observa que tiene una gran influencia en la presentación de esta patología. (INEC, 2013)

Según la instrucción el 46.56% son de secundaria; seguido por pacientes que tiene primaria en un 36.64%. Comparando con otros estudios observamos que en edad adolescente y por ende en la etapa de instrucción secundaria es el grupo más vulnerable para presentar esta patología. Los resultados guardan relación, pues nos dan cuenta que en la edad adolescente y en periodo estudiantil, y sin una relación de pareja estable no toman la maternidad con responsabilidad.

El 57.25% de las pacientes son estudiantes, estos resultados guardan relación con los datos presentados con anterioridad donde los estudios realizados coinciden en que la edad y ocupación también son considerados factores de riesgo importantes. Es fácil darse cuenta que los factores de riesgos según filiación guardan una gran relación entre ellos, sumado el esfuerzo físico y la falta de reposo, se los ratifica como factores de riesgo importantes en la presencia Amenaza de Parto Prematuro.

La etnia reflejó un 78,63% mestiza, comparando con lo que dice la literatura la raza negra es un grupo vulnerable dado que esta población es más propensa a presentar Hipertensión Arterial que el resto. En el Ecuador la mayoría de la población de raza mestiza es lógico que se reflejen estos porcentajes se reflejen con un aumento. (INEC, 2013)

Los principales factores de riesgos patológicos de amenaza de parto prematuro se evidencia la infección de vías urinarias con el 56.49%, seguido de la diabetes mellitus con un porcentaje de 21.37% y como tercera causa según este estudio está la hipertensión arterial en un 7.63%. Estos resultados coinciden con los de un estudio realizado en el hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el 2011, teniendo como factor predominante la IVU. Una de las patologías más frecuentes en las gestantes es la IVU que por la cercanía de la uretra y el canal vaginal y el acodamiento que sufre el uréter derecho, se constituye en una infección de riesgo en el embarazo provocando una así una amenaza de parto prematuro. (Romero, 2012)

El 49.62% de pacientes con amenaza de parto prematuro son hospitalizadas para observación directa, el 26.72% ingresan al área de centro obstétrico, el 23.66% son dadas el alta al domicilio. Tomando en cuenta lo que nos dice la literatura las pacientes pueden o no ser ingresadas a una sala de hospitalización, lo que tiene relación con este

estudio. De todas las pacientes con amenaza prematura observamos que más del 70% son hospitalizadas para ser atendidas según su complejidad, con la finalidad de prevenir el parto prematuro verdadero. (Ochoa, 2007)

El 61.03% el control de los signos vitales se lo hace en una hora, seguido del 22.90% que se lo hace en más de una hora, y con el 16.03% en 30 minutos. Según los protocolos médicos existentes el control de los signos vitales se lo debe hacer cada 30 minutos, sin embargo observamos que en este cuadro el mayor porcentaje se lo hace en una hora, probablemente porque el personal auxiliar no se abastece para cumplir lo que está establecido. (Sigüenza, 2009; Álvarez, 2013)

La escala de dolor indicó que el 53.44% presentaron dolor de moderada intensidad, el 27.48% dolor intenso y el 19.08 dolor leve. Si bien es cierto que la literatura nos señala que en la amenaza de parto prematuro el dolor no es un síntoma a considerar por que puede estar presente o no en este estudio todas las pacientes presentaron algún tipo de dolor, esto evidencia que más del 50% de las pacientes con amenaza de parto prematuro presentaron dolor moderado a su ingreso, cabe destacar que por ser el personal de enfermería el más cercano a las pacientes pueden percibir con mucha más prontitud este síntoma. (EPS SURA, 2013; Zarpadiel, 2008; Manzanares, 2009)

El 100% de las pacientes permanecieron acostadas, estos resultados si guardan relación con lo que dicen los libros sobre la permanencia de la paciente en reposo absoluto (ginecología y obstetricia Johns Hopkins). Lo que refleja que en el servicio de emergencia obstétrica se cumple con la aplicación de acciones importante en el manejo de este tipo de pacientes, como el de mantener a la paciente en reposo absoluto, acción que tiene importancia en el manejo de pacientes con amenaza de parto prematuro. (Hopkins, 2005)

El 74.81%% de las profesionales canaliza una vía periférica para la administración de líquidos intravenosos y/o medicación en un 53.44%%. Y en cuanto a si reciben o no educación por parte de enfermería se puede observar que no en un 100%. Al comparar este cuadro con el anterior guarda relación con lo que dice la bibliografía sobre la importancia de la existencia de personal profesional calificado para el manejo de pacientes con este tipo de patología. Si se observa que el 53.44% de pacientes fueron canalizadas una vía periférica, y según datos presentados con anterioridad, se observa que más del 70% son hospitalizadas en alguno de los servicios obstétricos para ser tratadas clínicamente, probablemente esto se debe a que el personal auxiliar no tiene el

conocimiento suficiente para exigir la necesidad de este procedimiento previo a la hospitalización de las pacientes.

El 100% del personal que laboran en el servicio de emergencia son auxiliares de enfermería. Según estos resultados no se cumple con la Norma Internacional en la que se establece que en los servicios de hospitalización el 60% debe ser cubierto por personal profesional, y el 40% por personal no profesional, pero que en los servicios de emergencia debe ser el 100% de personal profesional. (MSP, 2012) Cabe señalar, que dado que el área de emergencia obstétrica queda junto a la de emergencia general, cuando se presentan complicaciones acude la enfermera a apoyar en la atención a las pacientes.

El 100% de las enfermeras afirman que no existe un protocolo de atención de enfermería para pacientes con amenaza de parto prematuro. Estos resultados no guardan relación con lo que establece el Plan Nacional de Desarrollo y la puesta en marcha del Manual de Estándares y Protocolos de Calidad del MSP en el año 2008 y en lo que el MSP ha venido insistiendo. (MSP, 2012)

La respuesta de esta pregunta realizada a las enfermeras del servicio de emergencia general refleja la falta de protocolos de atención de enfermería a pacientes con amenaza de parto prematuro. (MSP, 2012)

El 100% de las profesionales señalan que si se debe atender en base a un protocolo de atención de enfermería. El personal de enfermería está consciente de la importancia de un protocolo de atención de enfermería en el servicio de emergencia obstétrica para el manejo de estas pacientes, porque fortalecerá el rol de la enfermera y permitirá brindar una atención con calidad y calidez, cumpliendo de este modo con el plan del Buen Vivir.

El 41% de las enfermeras tienen un grado de conocimiento bueno, por lo que es necesario subrayar que dentro de las competencias del perfil de la enfermera profesional está establecido que: la enfermera debe estar en capacidad de realizar juicios clínicos y tomar decisiones en el contexto de entrega de cuidados basados en evidencias científicas.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluye que con el cumplimiento de lo establecido por el ente regulador de los Servicios de Salud MSP, la aplicación de MAIS. (Modelo de Atención Integral de Salud) contribuiríamos a disminuir lo que se conoce como problema en la salud de la población, procurando la excelencia en la atención a los usuarios, familia y comunidad.

#### 5.1. CONCLUSIONES

1. Los resultados de este estudio coinciden con lo mencionado por la OMS, que pese a los grandes esfuerzos que los obstetras han realizado no es mucho lo que se ha podido hacer para que los índices de Partos Prematuros disminuyan considerablemente y que es primordial dar cumplimiento del MAIS ( Modelo de Atención Integral de Salud ). establecido por el MSP.
2. El 2.4%de amenazas de parto prematuro es un porcentaje no muy significativo del total de embarazos que acuden a Emergencia de Hospital Pablo Arturo Suárez. Sin embargo es de gran importancia por las complicaciones que conlleva, convirtiéndolo en un problema no solo de salud materno – neonatal, sino que va más allá en su afectación, involucrando alteraciones psicológicas y emocionales tanto de quien la padece como de su entorno familiar.
3. La falta de personal de enfermería, suficiente y necesario en el servicio de emergencia obstétrica para brindar atención a las pacientes que acuden con las diferentes patologías incluidas las que presentan amenaza de parto prematuro, más la ausencia de protocolos de atención de enfermería a pacientes con problemas obstétricos, hacen necesario tomar en cuenta los resultados de este estudio para viabilizar la gestión en cuanto a la necesidad y el planteamiento del protocolo de enfermería diseñado.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

1. Siendo la Salud Materno y Neonatal una de las prioridades del plan de gobierno, la atención a las pacientes con amenaza de parto prematuro se la debe realizar con personal de enfermeras profesionales, para de esta manera garantizar el cumplimiento del MAIS. (Modelo de Atención Integral de Salud), procurando que la atención sea de calidad, eficiente, eficaz y oportuna en el servicio de emergencia Obstétrica del Hospital Pablo Arturo Suárez.
2. Fomentar e incentivar al personal de enfermeras profesionales de emergencia del Hospital Pablo Arturo Suárez, la importancia de estar en constante actualización de conocimientos a fin de que le permita estar más en contacto con la realidad de este grupo vulnerable, que por sus características necesita que la atención sea esencial y especial, dando cumplimiento a uno de los objetivos del buen vivir.
3. Cumplir con la evaluación, control y monitoreo permanente de la aplicación del manual de protocolos y estándares de calidad establecidos por el MSP e institucionales.

## **CAPITULO VI**

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS  
HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ**

### **PROPUESTA**

**6.1 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL “HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ DE LA CIUDAD DE QUITO”**

**POLÍTICA:** Desarrollar herramientas de gestión de calidad que fortalezcan la toma de decisiones institucionales en los diferentes niveles.

**DEFINICIÓN:** Aparición de contracciones uterina propias del trabajo de parto en pacientes con membranas integras entre las 22 y 36.6 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino.

**OBJETIVO:** Aplicar el protocolo de atención de enfermería en pacientes con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro que acuden a Emergencia Obstétrica del Hospital Pablo Arturo Suárez.

### **PROCEDIMIENTO**

#### **1.- RECEPCIÓN DE LA PACIENTE EN EL ÁREA DE EMERGENCIA.**

La recepción de la paciente se la realiza luego de la clasificación del Triage Obstétrico, Enviar al familiar con la documentación a ventanilla de recepción para su ingreso administrativo, Mantener contacto con familiar, recabar datos de identificación y realizar valoración inicial: Alteración de los Signos Vitales: T/A, Frecuencia Cardíaca y Respiratoria, Temperatura, Vitalidad fetal, Dinámica uterina, Sangrado, Esgurrimiento vaginal, Trabajo de parto, dolor intenso, alteración de la conciencia, Agilitar el traslado de la paciente luego de valoración según decisión médica, a otro servicio, otra unidad de mayor complejidad, o al domicilio.

## **2.- ESTABILIZAR EMOCIONALMENTE A LA PACIENTE Y FAMILIA.**

Mantener informada a la paciente y a la familia del estado de la paciente, Escuchar con atención, Crear ambiente que facilite confianza, Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad, Enseñar a la paciente sobre los signos de alarma que debe informar al personal de enfermería (aumento de las contracciones, metrorragia, dolor...) creando un ambiente que facilite confianza, Obtener el consenso del personal para la presencia de la familia.

## **3.- COLOCAR A LA PACIENTE EN REPOSO ABSOLUTO Y DE CÚBITO LATERAL IZQUIERDO SI ESTE FUERA MANDATORIO.**

Colocar y mantener en reposo absoluto o relativo de acuerdo a la condición de la paciente, Insistir el reposo absoluto las primeras 48 horas si fuera mandatorio vigilando que este se realice en decúbito lateral izquierdo.

## **4.- CONTROL DE SIGNOS VITALES (PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDÍACA Y RESPIRATORIA, TEMPERATURA INCLUIDO PESO Y TALLA.**

Control y registro de los signos vitales.

## **5.- MONITORIZACIÓN FETAL Y DE DINÁMICA UTERINA SEGÚN PROCEDA.**

Controlar Presencia de movimientos fetales, Frecuencia Cardíaca Fetal (120-160 x minuto), Contracciones uterinas (intensidad, frecuencia y duración).

## **6.- EXPLORACIONES VAGINALES.**

Vigilar que la exploración vaginal en la valoración de las pacientes se realice según establezca la norma, Extremar medidas de asepsia en las exploraciones vaginales, Mantener el área genital en completa higiene.

## **7.- TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO INCLUIDA EMO Y UROCULTIVO.**

Tomar muestras para laboratorio extremando la asepsia al manipular accesos venosos (BH, QS, TP Y TTP), Tomar muestra para uroanálisis y/o cultivo aplicando la técnica.

## **8.- CANALIZAR VÍA PERIFÉRICA PARA HIDRATACIÓN PARENTERAL Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARENTERAL.**

Cumplir con la norma la instalación de un catéter venoso periférico debe hacerse con catéter de grueso calibre (#18), Iniciar hidratación según el protocolo o guía médica establecida (solución fisiológica, mixta o lactato Ringer), Extremar asepsia al manipular

catéteres de acceso venoso, Cumplir precauciones universales de mantenimiento de catéteres de acceso venoso no más de 72 horas según la norma, Instruir al paciente en el mantenimiento del dispositivo.

#### **9.- CUMPLIR RIGUROSAMENTE CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGÚN PROTOCOLOS MÉDICOS.**

Administrar los medicamentos según protocolo médicos poniendo en práctica de los cinco correctos y la regla de los cuatro Yo, Los medicamentos que constan en la lista para ser usados son: (Uterohinbidores, analgésicos, antibióticos, antipiréticos y corticoides para maduración fetal y otros.) Según protocolos médicos, Observar y controlar frecuentemente a la paciente en busca de reacciones adversas de los medicamentos, control de signos vitales, (T/A, FC y Respiratoria). Llevar el registro estricto de los medicamentos administrados mediante Kárdex de enfermería, Informar inmediatamente sobre la presencia de efectos adversos.

#### **10.- PREPARAR A LA PACIENTE PARA EXÁMENES DE ULTRASONIDO, Y PARA SU TRASLADO A OTRA ÁREA SEGÚN SU COMPLEJIDAD.**

Mantener informada a la paciente y familia sobre los exámenes a realizarse, la importancia que estos tienen en su condición y tratamiento de tal forma que la paciente mantenga su estado emocional estable.

#### **11.- PREPARAR A LA PACIENTE PARA SU EGRESO DE EMERGENCIA: ALTA A DOMICILIO, TRANSFERENCIA A OTRA UNIDAD, O INGRESO A OTRO SERVICIO**

Informarle a la paciente sobre su situación actual: Alta a Domicilio entregar el plan de egreso, A otra unidad: verificar disponibilidad de ambulancia que la va a trasladar, verificar disponibilidad de espacio físico en la otra unidad. Enviarla con epicrisis y orden de transferencia completa bien llenadas.

#### **12.- REALIZAR INFORMES DE ENFERMERÍA SECUENCIALES DE ACUERDO A INCIDENTES PRESENTADOS CON INTERVALOS DE DOS HORAS O SEGÚN NECESIDAD.**

Realizar los informes de enfermería en forma veraz, clara y concisa.

## 6.2 INSTRUCTIVO DEL PROTOCOLO

1

- La recepción de la paciente se la realiza mediante la aplicación del Triage Obstétrico.
- Enviar al familiar con la documentación a ventanilla de recepción para su ingreso administrativo si se decidiera el mismo.
- Llenar correctamente formularios de historia clínica
- Identificación de la paciente según protocolo.

2

- Brindar Información básica a la paciente y familia, sobre: diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

3

- Reducir la movilidad de la paciente al máximo mientras dure la indicación médica (paciente encamada).
- Mantener a la paciente en decúbito lateral izquierdo.
- Facilitar las evacuaciones fisiológicas en la unidad.
- Satisfacer necesidades de higiene y confort en la unidad.

4

- Comprobar que los equipos funcionen correctamente.
- Aplicar la técnica de toma de signos vitales correctamente (paciente sentada y/o acostada y en reposo de 10 a 20 minutos, utilizando el equipo disponible.
- Control y registro de talla y peso.
- Controlar los signos vitales cada quince minutos hasta que se estabilice y luego cada dos horas.
- Registro correcto de los signos vitales en el formulario correspondiente.

5

- Colocar a la paciente en decúbito dorsal
- Colocar correctamente el monitor si este fuera electrónico
- Verificar las fuentes de luz
- Registrar en historia clínica los datos obtenidos.

6

- Limitar exploraciones vaginales en la valoración de las pacientes.
- Utilizar guantes estériles.
- Realizar duchas vaginales PRN con agua y jabón disponibles en la institución)
- Observar, registrar e informar signos de alarma.(dolor, hidrorrea, sangrado)

7

- Verificar que el pedido este llenado correctamente con firma y sello de responsabilidad.
- Extraer muestra de sangre para laboratorio según pedido (tubo tapa lila BH y tipificación, tapa roja QS y otros, tapa celeste TP y TTP) utilizando la técnica y medidas de bioseguridad.
- Recoger muestra de orina previo aseo genital.
- Recoger muestra para urocultivo mediante cateterismo vesical.(técnica estéril)
- Enviar las muestras al laboratorio.

8

- Instalar un catéter venoso periférico con catéter de grueso calibre (#18)
- Mantener permeabilidad
- Cambiar el catéter venoso cada 72 horas y PRN
- Iniciar hidratación según el protocolo o guía médica establecida (Solución Fisiológica, Mixta o Lactato Ringer).
- Instruir al paciente en mantenimiento del dispositivo.

9

- Llevar el kárdex .
- Administrar los medicamentos según protocolo médicos.
- Poner en práctica los cinco correctos
- Poner en práctica las regala de los Cuatro Yo
- Observar a la paciente en busca de efectos adversos de los medicamentos administrados: NIFEDIPINO VO.(hipotensión, taquicardia).  
SULFATO DE MAGNESIO IV. por Bomba de Infusión (hipotensión, taquicardia, disnea, sudoración, calor facial, disminución en los reflejos osteotendinosos, náusea, vómito, disminución de la diuresis).  
BETAMETAZONA IM. Administrar 12mg cada 24 horas 2 dosis
- Control y registro de signos vitales ( T/A, FC, FR.)
- Vigilar y regular goteo de la solución con sulfato

10

- Informar a la paciente y familia sobre los exámenes a realizarle.
- Enviarla con ropa adecuada. (bata, gorra y botas descartables)
- Enviar con sistema de venoclisis cerrado y seguro.
- Trasladar a la paciente en silla de ruedas.

11

- Entregar el plan de egreso.

- Verificar disponibilidad de ambulancia que la va a trasladar.
- Verificar disponibilidad de espacio físico en la otra unidad.
- Enviarla con epicrisis y orden de transferencia bien llenadas.

**EN CASO DE INGRESO A OTRO SERVICIO.**

- Verificar identificación le la paciente.
- Verificar que la historia clínica esté en orden y completa
- Verificar la orden de ingreso con firma y sello de responsabilidad
- Verificar la disponibilidad de espacio físico en el servicio a donde va ser trasladada la paciente.
- Comunicar al personal de ese servicio sobre el ingreso.
- Trasladar a la paciente en forma segura (silla de ruedas o camilla).
- Entregar a la paciente y sus pertenecías en al personal del servicio al que va.
- Instalarla en la unidad.

**12** Realizar los informes de enfermería en relación al SOAPIE. (ver anexo)

### 6.3 LISTA DE CHEQUEO

FECHA.

N°	ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Se realiza recepción de la paciente mediante el Triage Obstétrico.			
2	Brinda apoyo emocional a la paciente y familia manteniéndolos informados sobre su estado.			
3	Coloca a la paciente en reposo absoluto, en decúbito lateral izquierdo.			
4	Realiza el control y registro de signos vitales según la norma.			
5	Canaliza vía periférica con catéter N° 18 extremando medidas de asepsia.			
6	Verifica que las exploraciones vaginales sean solo PRN y que se aplique normas de asepsia.			
7	Realiza toma de muestras para laboratorio aplicando la técnica y utiliza medidas de bioseguridad.			
8	Realiza monitorización fetal y de dinámica uterina según proceda.			
9	Administra hidratación y medicamentos según protocolos médicos aplicando las reglas de los cinco correctos y de los cuatro Yo establecidos en la norma.			
10	Prepara a la paciente para exámenes y otros procedimientos.			
11	Prepara a la paciente para: alta, transferencia o ingresos a otro servicio.			
12	Realiza informes de enfermería en forma secuencial.			

Elaborado por: Lcda. Blanca Bravo Reátegui.

## CAPÍTULO VII

### 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ahued, C. (2003). *Ginecología y Obstetricia Aplicadas*.
2. Álvarez, C. (2013). *Protocolos de Enfermería*. Obtenido de Sociedad Española de Enfermería Nefrológica: [http://www.revistaseden.org/files/art616\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art616_1.pdf)
3. Ayala, J. (Abril de 2010). Diagnóstico y manejo de parto pretérmino. COMEGO.
4. Beck, S. (2010). Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 1-80.
5. Chaves, A. (Febrero de 2005). Tratamiento y prevención del parto pretérmino. *Seguro Social de Costa Rica*.
6. Cremonte, A. (Febrero de 2007). Amenaza de Parto Pretérmino. Diagnóstico. Conducta. *Universidad Nacional del Nordeste Facultad de Medicina, Programa de formación continua en Medicina General*.
7. Dood, J. (2008). Betamiméticos orales para el tratamiento de mantenimiento después de la amenaza de trabajo de parto prematuro; Reproducción de una revisión Cochrane. *Biblioteca Cochrane Plus* (2).
8. EPS SURA. (Marzo de 2013). *Paciente con sospecha y/o diagnóstico de amenaza de parto prematuro atendido en el nivel básico*. Obtenido de Guías de Abordaje y seguimiento: [http://www.epssura.com/guias/parto\\_prematuro.pdf](http://www.epssura.com/guias/parto_prematuro.pdf)
9. Feliú, B. (2011). Recuperado el 2014, de *Enfermería Ginecoobstétrica. Atención de enfermería a la mujer en el parto*: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-11-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00&cl=CL3.10&d=HASH01963050eb861d574931320d.10.10&hl=0&gc=0&gt=0>
10. Hopkins, J. (2005). *Ginecología y obstetricia*. Marban.
11. Hospital Universitario Reina Sofía. (2001). *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. Córdoba: Coordinación científica. Obtenido de Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería.

12. INEC. (2013). *Anuario estadístico 2012*. Obtenido de [http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=292&Itemid=304&lang=es](http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_content&view=article&id=292&Itemid=304&lang=es)
13. Lockwood, C. (Abril de 2007). Overview of preterm labor and delivery. *UpToDate*.
14. Lucín, C. (2010). Parto pretérmino: aspectos socio-demográficos en gestantes del hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, Guayaquil, Ecuador. *Rev. Med. FCM-UCSG*, 266-272.
15. Manzanares, S. (2009). Amenaza de parto prematuro, valor de la cervicotometría y la fibronectina. *Actualización Obstetricia y Ginecología*.
16. MSP. (2012). *Modelo de Atención integral del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de [http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2012/Manual\\_Modelo\\_Atencion\\_Integral\\_Salud\\_Ecuador\\_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf](http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2012/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf)
17. Ochoa, G. (2007). Guía para la atención de la paciente con síntomas de amenaza de parto prematuro. *Su salud*.
18. Palencia, A. (2010). Parto prematuro. *CCAP*, 9(4).
19. Palomino, M. (2014). Amenaza Parto Pretérmino. *Fundación Universitaria San Martín*.
20. Romero, C. (2012). Manejo De Infecciones Urinarias En Gestantes Que Acuden Al Hospital Isidro Ayora De Loja [Tesis]. *Universidad Nacional de Loja*.
21. Scott, R. (2006). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*.
22. Sigüenza, R. (2009). *Manual De Protocolos Y Procedimientos Generales De Enfermería I*. Azogues: Centro De Capacitación Ricardo Sigüenza González.
23. Villanueva, L. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *GinecoObstetMex*, 76(9).
24. Zarpadiel, I. (2008). Guías prácticas de urgencias en obstetricia y ginecología. *Sociedad Española de Ginecología y obstetricia*.

## CAPÍTULO VIII

### 8. ANEXOS

#### ANEXO I

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS

HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ  
ENCUESTA REALIZADA A LAS USUARIAS DE EMERGENCIA CON AMENAZA DE PARTO  
PREMATURO

La presente encuesta tiene el carácter de confidencial cuyo uso será exclusivo para el análisis e investigación de las necesidades de la población  
Marque con una x lo que corresponda.

#### 1.- INFORMACIÓN GENERAL:

Edad 15-25..... 26-35..... 36-45..... 36-55.....

Estado Civil: Casado(a)..... Soltero(a)..... Unión libre..... Otros.....

Instrucción: Primaria..... Secundaria..... Superior.....

Ocupación: Empleada publica..... Empleada privada.....

#### 2.- REVISION DE HISTORIA CLINICA

##### Fue atendida por:

Licenciada.....Aux. De enfermería.....Estudiante de enfermería.....

##### ¿Cada qué tiempo controlaron signos vitales?

15 minutos..... 30 minutos..... 1 hora..... otros.....

##### ¿Valoraron vitalidad fetal?

SI..... NO.....

##### ¿Con que frecuencia valoraron la hemorragia?

15 minutos..... 30 minutos..... 1 hora..... otros.....

**¿Valoraron dolor?**

SI..... NO.....

**¿Controlaron el dolor?**

SI..... NO.....

**¿Canalizaron vía periférica?**

SI..... NO.....

**¿Tomaron muestras para exámenes?**

SI..... NO.....

**¿Qué tiempo permaneció en observación en emergencia?**

1 hora..... 2 horas..... 3 horas..... 4 horas y más.....

**¿El tiempo que permaneció en emergencia lo hizo?**

Sentada..... Acostada..... De Pie.....

**¿Con que frecuencia fue valorada?**

15 minutos..... 30 minutos..... 1 hora..... más de una hora.....

**Egreso de emergencia a:**

Hospitalización..... Domicilio.....

**¿En qué tiempo le dieron el alta?**

1 día..... 2 días..... 3 días..... 4 días y más.....

**¿Recibió indicaciones por parte de la enfermera al momento del egreso?**

SI..... NO.....

## ANEXO II

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE GRADUADOS  
HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ**

**ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA  
EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA**

La presente encuesta tiene el carácter de confidencial cuyo uso será exclusivo para el análisis e investigación de las necesidades de la población

Marque con una x lo que corresponda.

1. Rol que desempeña en el servicio .....
2. Cuantas pacientes con amenaza de parto prematuro acuden diariamente.....
3. ¿Existe protocolos de atención de enfermería para pacientes con amenaza de amenaza de parto prematuro?  
SI..... NO.....
4. ¿Cumplen con el protocolo de atención de enfermería establecido?  
SI..... NO.....
5. ¿Según su criterio cree que se debe atender a este tipo de pacientes en base a un protocolo?  
SI..... NO.....
6. ¿Cree usted que la capacidad física de emergencia obstétrica es suficiente?  
SI..... NO.....
7. ¿Cuántas camillas cuenta el área de emergencia obstétrica?  
.....
8. ¿Cuántos pacientes atienden diariamente?  
.....
9. ¿Cree usted que el área en donde se atienden las pacientes es adecuada?  
SI..... NO.....
10. ¿Cuenta con lo mínimo indispensable para dar atención a este tipo de pacientes?

SI..... NO.....

**11. ¿Qué tiempo se toma en atender a este tipo de pacientes?**

5 minutos..... 15 minutos.....30 minutos ..... o más.....

**12. ¿Entrega plan de egreso a la paciente?**

SI..... NO.....

## ANEXO III

### **SOAPIE DE ENFERMERIA**

Es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del paciente, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos. En este sistema, la información esta enfocad a los problemas del paciente, y está integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante.

#### Modelo SOAPIE

Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera.

Esta sigla **SOAPIE**, utilizada actualmente para el registro de enfermería se refiere la variaciones comunes del formato mérito de creado hace diez años el concepto y la realización de los registros médicos orientados hacia los problemas (RMPO), conocido ahora en Estados Unidos como “ROP”.

La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

**S:** Datos Subjetivos. Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.

**O:** Datos objetivos: Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, exámenes auxiliares, etc.

**A:** Interpretaciones y análisis de los datos: Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar lo factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

**P:** plan de atención: se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermara planifica hacer.

**I:** intervención o ejecución. Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.

**E:** Evaluación de los resultados esperados: se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente. Concluye con la firma del colegio y sello de la enfermera que atendió al paciente.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS**

**TÍTULO Y SUBTÍTULO: “PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ Y PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, PERÍODO MARZO – AGOSTO 2011”.**

AUTOR/ES: LCDA. BRAVO REÁTEGUI  
BLANCA HORTENCIA

TUTORA: OBST. CÉSPEDES GRANDA SARA  
ROSA

REVISORA: LCDA. SONNIA GÓMEZ DE CHAN

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE  
GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MÉDICAS

FECHA DE PUBLICACIÓN: 27 DE  
FEBRERO DE 2015

No. DE PÁGS: 71

ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD

**PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, PREVALENCIA, MORBILIDAD, MORTALIDAD, AMENAZA DE PARTO PREMATURO, PROTOCOLO.**

RESUMEN: El presente estudio se realizó en el servicio de emergencia del “Hospital Pablo Arturo Suárez” de la ciudad de Quito durante el periodo Marzo - Agosto de 2011, período en el cual fueron atendidas 131 pacientes con amenaza de parto prematuro. Teniendo como objetivo general determinar la prevalencia de amenaza de parto prematuro y la atención de enfermería a gestantes que acuden al servicio de emergencia con este diagnóstico. Se realizó un estudio comparativo de los años 2008-2011 de todos los casos ingresados a la sala de emergencia con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, concluyendo que: los porcentajes de Amenaza de parto Prematuro en el año 2008 fue de 32,19 %, en el 2009 de 26,04%, en el 2010 de 13,76%, y en el 2011 fue del 28,01%.

Esta comparación permite observar que si bien en cierto que los índices de Amenaza de Parto Prematuro han disminuido aún se mantienen en cifras similares.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:  SI  NO

CONTACTO CON  
AUTOR/ES:

Teléfono: 0984576858

E-mail: blankib63@hotmail.com

CONTACTO EN LA  
INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2- 288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com