UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE OBSTETRICIA

"CAUSAS DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES NEONATALES EN LA PREMATUREZ" EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA MATILDE HIDALGO DE PROCEL (septiembre 2012 – febrero 2013)

TESIS DE GRADO

Previa obtención del título de:

OBSTETRA

POR: KARLA PATRICIA TORRES BRAVO

TUTOR:

Dr. Freddy Ortega León

Guayaquil –Ecuador

2013

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Esta tesis cuya autoría corresponde a la SRTA. KARLA PATRICIA TORRES BRAVO ha sido aprobada, en la presente forma por el tribunal examinador de grado nominado por la ESCUELA DE OBSTETRICIA como requisito parcial para optar por el título de OBSTETRA.

---------- **----------**

Obst. Ma.Paulina Torres Msc **Obst. Alicia Requena Vera**

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS

Certifico que este trabajo de tesis titulado "CAUSAS DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES NEONATALES EN LA PREMATUREZ" EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA MATILDE HIDALGO DE PROCEL (septiembre 2012 – febrero 2013)" ha sido dirigido asesorado, supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejo conciencia de que es original de la autora KARLA PATRICIA TORRES BRAVO con C.I 0503529695.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

Dr. FREDDY ORTEGA LEÓN

DIRECTOR DE TESIS

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a DIOS, por haberme dado la fortaleza y sabiduría para llegar a este momento tan especial en mi vida .por el triunfo y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi madre por ser la persona más importante que sin duda alguna siempre ha estado a mi lado apoyándome demostrándome su cariño incondicional dándome fuerzas seguir adelante y así poder culminar esta meta propuesta en mi vida.

A mi familia en general que siempre estuvo pendiente en este arduo camino para convertirme en una profesional.

AGRADECIMIENTO

Empiezo primeramente agradeciendo a dios que me ha dado la fortaleza para seguir adelante y continuar con mi carrera.

A mi madre que es el pilar fundamental en mi vida, ha estado siempre a mi lado en las buenas y las malas guiándome con sus consejos y siempre dándome ese apoyo incondicional para sacar fuerzas y nunca decaer.

A mis tías Emma, Janeth y Rosa que también fueron de gran ayuda en este arduo camino y que ellas estuvieron ahí siempre presente apoyándome.

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TITULO Y SUBTITULO: Causas de la Amenaza de Parto Pretermino y sus complicaciones Neontales en la Prematurez.	
AUTOR/ES: Karla Patricia Torres Bravo	**REVISORES:**Dr.Freddy Ortega León
INSTITUCION: Universidad de Guayaquil	**FACULTAD:** Ciencias Medicas
CARRERA: Obstetricia	
FECHA DE PUBLICACION:	**Nº DE PÁGS:** 66
AREAS TEMATICAS:	
PALABRAS CLAVE: Amenaza de Parto Pretermino , Infeccion de las Vias Urinarias	

RESUMEN: El presente trabajo es un investigación para determinar la causa principal de la amenaza de parto pretérmino cuál es la propuesta terapéutica aplicada en este paciente y además en aquellas que se desarrolla su trabajo de parto pretérmino determinar cuáles son las complicaciones neonatales en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de secuencia longitudinal de un universo de 700 historias Se utilizó un diseño de muestreo probabilístico aleatorio simple lo que permitió generalizar por medio de valores porcentuales a toda la población clínica con un número de muestra 87 pacientes, la recolección de datos se realizó por medio de una ficha estructurada, y su tabulación por medio del programa Microsoft Excel 2010 y Spss.

De los resultados obtenidos El 36,78% de ingreso con amenaza de parto pretérmino fueron pacientes de 14 y 18 años, siendo la causa principal infección de vías urinarias 80.45% , En lo que respecta a los antecedentes obstétricos de las pacientes 47,12% eran primigestas, la edad gestacional al momento del ingreso 33-35 semanas, las modificaciones cervicales que presentaron el 51,7% fue 2cm de dilatación y 20% de borramiento.

Del total de la muestra en 12 pacientes se desarrolló el trabajo de parto en los cuales 10 fueron parto normal 2 cesáreas, y de aquellos recién nacidos el 75% a la valoración por examen físico fueron de 34 – 35 semanas, 47% peso 2.00gramos y presentaron un pagar 7 a 8 el 50%, a pesar de eso se ingresó al 83.3% a UCIN con diagnóstico de síndrome de dificultad

respiratoria.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	**Nº DE CLASIFICACION:**	
DIRECCION URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	**SI:**	**NO:**
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**TELEFONO:** 0982207752	**E-mail:** Karla-torres92bravo@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	**Nombre:**	
	Teléfono:	
	E-mail:	

RESUMEN

El presente trabajo es un investigación para determinar la causa principal de la amenaza de parto pretérmino cuál es la propuesta terapéutica aplicada en este paciente y además en aquellas que se desarrolla su trabajo de parto pretérmino determinar cuáles son las complicaciones neonatales en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de secuencia longitudinal de un universo de 700 historias Se utilizó un diseño de muestreo probabilístico aleatorio simple lo que permitió generalizar por medio de valores porcentuales a toda la población clínica con un número de muestra 87 pacientes, la recolección de datos se realizó por medio de una ficha estructurada, y su tabulación por medio del programa Microsoft Excel 2010 y Spss.

De los resultados obtenidos El 36,78% de ingreso con amenaza de parto pretérmino fueron pacientes de 14 y 18 años, siendo la causa principal infección de vías urinarias 80.45% , En lo que respecta a los antecedentes obstétricos de las pacientes 47,12% eran primigestas, la edad gestacional al momento del ingreso 33-35 semanas, las modificaciones cervicales que presentaron el 51,7% fue 2cm de dilatación y 20% de borramiento.

Del total de la muestra en 12 pacientes se desarrolló el trabajo de parto en los cuales 10 fueron parto normal 2 cesáreas, y de aquellos recién nacidos el 75% a la valoración por examen físico fueron de 34 – 35 semanas, 47% peso 2.00gramos y presentaron un pagar 7 a 8 el 50%, a pesar de eso se ingresó al 83.3% a UCIN con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria.

PALABRAS CLAVES: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.

ABSTRACT

The present work is an investigation to determine the cause of the preterm labor what is the therapeutic approach applied in this patient and also in those who developed preterm labor your identify neonatal complications in the Maternity Hospital Dr. Matilde Hidalgo de Procel.

We performed a descriptive, retrospective longitudinal sequence of a universe of 700 stories design was a simple random probability sampling which allowed generalize percentage values through the entire clinical population with a sample number 87 patients, collecting data was performed by a structured sheet, and the tab through the program Microsoft Excel 2010 and SPSS.

From the results obtained the 36.78% of income with preterm labor were patients of 14 and 18, being the main cause urinary tract infection 80.45%, In regard to obstetric history of patients 47.12% first pregnancy, gestational age at enrollment 33-35 weeks, cervical changes that showed 51.7% was 2cm dilated and 20% effaced.

The total sample of 12 patients developed labor in which 10 were normal delivery two cesareans, and newborn those 75% to the assessment by physical examination were of 34-35 weeks 47% weight 2.00gramos and had a 7-8 pay 50%, although that was entered to 83.3% in NICU with a diagnosis of respiratory distress syndrome.

KEIWORDS: PRETERM LABORS, URINARY TRACT INFECTION.

INDICE

1. INTRODUCCION 14

1.1PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 16

1.1.1DETERMINACION DEL PROBLEMA 16

1.1.2PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN 16

1.1.3JUSTIFICACION 16

1.1.4VIABILIDAD 17

1.2FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS 17

1.2.1OBJETIVO GENERAL 17

1.2.2OBJETIVOS ESPECIFICOS 17

1.2.3. HIPOTESIS 18

1.3VARIABLES 18

2. MARCO TEORICO 19

2.1 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO 19

2.1.1 DEFINICION 19

2.1.2 CLASIFICACIÓN 19

2.1.3. ETIOLOGIA: 20

2.1.4 DIAGNOSTICO 21

2.1.4.1TACTO VAGINAL 21

2.1.4.2MARCADOR ECOGRÁFICO 22

2.1.4.3MARCADOR BIOQUÍMICO 23

2.2 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS PARA PROLONGAR LA GESTACIÓN 25

2.3CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA PROLONGAR LA GESTACIÓN 25

2.4 PROPUESTA TERAPEUTICA 25

2.4.1MANEJO PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO 25

2.4.1.1ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES. 26

2.4.1.2ADMINISTRACION DE TOCOLITICOS 26

2.4.1.3 ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS 28

2.4.1.4TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO: 28

2.5 COMPLICACIONES NEONATALES 29

2.5.1 ETIOLOGIA 29

2.5.2COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PREMATUREZ A CORTO PLAZO 30

2.5.2.1. SDR (síndrome de dificultad respiratoria) 30

2.5.2.2 LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR 31

2.5.2.3ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE 31

2.5.2.4DISPLASIA BRONCOPULMONAR 32

2.5.2.5 SEPSIS 32

2.5.2.6 PERSISTENCIA DEL DUCTUS ARTERIOSO 34

2.5.3COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PREMATUREZ A LARGO PLAZO 35

2.5.3.1 PARÁLISIS CEREBRAL (PC) 35

2.5.3.2RETARDO MENTAL 36

2.5.3.3 RETINOPATÍA DEL PREMATURO 37

3. MATERIALES Y METODOS 38

3.1 MATERIALES 38

3.1.1. LOCALIZACIÓN 38

3.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO 39

3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....40

3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR 40

3.1.4.1 HUMANOS:.....40

3.1.4.2. FISICOS:.....40

3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA.....41

3.2. MÉTODO.....42

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....42

3.2.1.1. DESCRIPTIVA 42

3.2.1.2 TRANSVERSAL 42

3.2.1.3. RETROSPECTIVA.....43

3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....43

3.2.3. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....43

3.2.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS.....44

3.2.3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: (Cuadro 2) 45

3.2.4CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....46

3.24.1CRITERIOS DE INCLUSION 46

3.2.4.2CRITERIOS DE EXCLUSION 46

3.2.5 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES.....46

3.2.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....47

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 48

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....58

5.1 CONCLUSION **58**

5.2 RECOMENDACIONES **59**

6. BIBLIOGRAFIA **60**

7. ANEXOS **63**

1. INTRODUCCION

En la práctica obstétrica los ingresos de pacientes embarazadas con amenaza de parto pretérmino constituyen un motivo de admisión frecuente en las unidades hospitalarias siendo de vital importancia el conocimiento y manejo de la amenaza de parto pretérmino y las complicaciones neonatales de la prematuridad. (1)

La alta frecuencia con que se presenta este cuadro clínico a nivel mundial oscila 8 al 17 % y reportándose cifras del 9% a nivel de américa latina y 5,1% en el ecuador (2,21)

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas antes de las 36.6 semanas de gestación.

Puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios.) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo (pielonefritis). Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente desencadenante del cuadro. (2)

La prematuridad es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces (3). Las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar.

En cuanto al manejo de La amenaza de parto pretérmino se utilizan diversas medidas Terapéuticas, dentro de las más aceptadas ha sido el reposo absoluto en cama acompañado del uso de tocoliticos con el fin de detener el trabajo de parto pretérmino y completar la maduración pulmonar. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad.

1.1PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1DETERMINACION DEL PROBLEMA

La amenaza de parto pretérmino es uno de los motivos de ingreso mas frecuentes en el área de hospitalización de la Maternidad Dra. Matilde Hidalgo de Procel, debido a diversos factores como: embarazos en adolescentes, embarazos múltiples, primigestas añosas, infecciones del tracto genito urinario siendo este el factor más predominante, traumatismos, etc. Los cuales requieren la debida atención y manejo para poder precautelar el bienestar materno fetal, y evitar en primera instancia el nacimiento del producto antes de término.

1.1.2PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál será la prevalencia de la amenaza de parto pretérmino en el hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel?

¿Cuáles son los factores de riesgo de mayor importancia en la amenaza de parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel?

¿Cuál es la sintomatología que caracteriza la amenaza de parto pretérmino en el Hospital Dra Matilde Hidalgo de Procel?

¿Cuál será la causa predominante en la amenaza de parto pretérmino en el Hospital Dra Matilde Hidalgo de Procel?

1.1.3JUSTIFICACION

Considero que el tema planteado es muy interesante y se justifica por que eh observado en el área de emergencia de los centros materno infantil se encuentra un porcentaje muy considerable de pacientes que llegan con cuadro clínico característico de amenaza de parto pretérmino, que requieren el ingreso para determinar sus causas especificas y dar un tratamiento oportuno y así evitar un trabajo de parto pretérmino y sus complicaciones tanto en la madre como en el producto.

1.1.4VIABILIDAD

El proyecto es viable porque es de interés de la institución, y se cuenta con la respectiva autorización de las autoridades correspondientes; Además realicé el ciclo de internado rotativo en la institución donde se realizará la toma de datos.

1.2FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.2.1OBJETIVO GENERAL

Analizar la amenaza de parto pretérmino y las complicaciones neonatales de la prematurez en el hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

1.2.2OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las principales causas de amenaza de parto pretérmino en el hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel.
- Determinar las complicaciones neonatales en la prematurez más frecuentes en los parto pretérmino en el hospital Dra. Matilde hidalgo de Procel.
- Identificar las edades predominantes en las pacientes con amenaza de parto pretérmino en el hospital Dra. Matilde hidalgo de Procel.
- Identificar con que dilatación es más frecuente el ingreso de las pacientes con amenaza de parto pretérmino.
- Determinar a qué edad gestacional se da con más frecuencia la amenaza de parto pretérmino

1.2.3. HIPOTESIS

1) Las infecciones en las vías urinarias es la principal causa de las amenazas de parto pretérmino.
2) La edad gestacional en la que se da con mayor frecuencia la amenaza de parto pretérmino es desde 33 a 35 semanas
3) El mayor porcentaje de los neonatos nacidos por parto pretérmino tienen complicaciones respiratorias o síndrome de dificultad respiratoria (sdr).
4) Las amenazas de parto pretérmino se da con mayor frecuencia en las pacientes primigestas juveniles.

1.3VARIABLES

1.3.1. DEPENDIENTES:

- Causas de Amenaza de Parto Pretérmino

1.3.2. INDEPENDIENTES:

- Edad
- Edad gestacional
- Antecedentes obstétricos
- Modificaciones cervicales
- APGAR

2. MARCO TEORICO

2.1 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

2.1.1 DEFINICION

Se define La amenaza de parto pretérmino como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 27 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino (4).

Es el cuadro caracterizado por la presencia de contracciones uterinas con frecuencia e intensidad superiores a los patrones normales para cada edad gestacional, capaces de ocasionar modificaciones cervicales (4).

Se considera anomalía de la duración del embarazo cuando el parto se produce fuera del límite considerado fisiológico para la duración de la gestación (37 a 41 semanas completas). (5)Laterra et al 2011.

2.1.2 CLASIFICACIÓN

Según su evolución clínica:

- Inmaduro < 28 semanas.
- Pretérmino ≥ 32 semanas (28 a 36 sem).

2.1.3. ETIOLOGIA:

Las principales causas de acortamiento de la duración del embarazo, se encuentran fuertemente asociadas con los factores como (6):

- Bajo nivel socioeconómico y educacional
- Factores ambientales
- Factores étnicos

Existen variables asociadas, algunas preexistentes, y otras de instalación reciente: (Cuadro.1)

PREEXISTENTES	INTALADAS EN ESTE EMBARAZO:
clase social baja	embarazo múltiple
analfabetismo o escolaridad insuficiente	HTA
madre soltera	Proteinuria
edad menor de 18 y mayor de 35 años	acortamiento del cérvix
largas jornadas laborales	Cervicovaginitis
estrés psíquico	infección urinaria
nulíparas o gran multípara	otras infecciones
talla menor de 1,50 m	hemorragias de la 2ª mitad del embarazo
peso anterior menor de 45 kg	Hidramnios
partos anteriores de pretérmino o peg	rpm o corioamnionítis
intervalos intergenésicos cortos	Tabaquismo
anomalías uterinas	Iatrogenias

2.1.4 DIAGNOSTICO

Para realizar un buen diagnóstico se debe tomar en cuenta la valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. (7)

No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP pero generalmente se consideran:

4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
Palpables y dolorosas.
Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal. Las contracciones de Braxton-Hicks existen en un gran número de embarazos que finalizan a término la gestación. Es difícil diferenciarlas de las contracciones que van a producir modificaciones cervicales. Cambios cervicales comprobados mediante diferentes parámetros.

2.1.4.1TACTO VAGINAL

Se hace de forma previa para descartar anomalías de inserción placentaria y explorar vagina mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la bolsa amniótica protruyendo a través de cérvix. (7)

Se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación

Si el cérvix aparece borrado >50% y/o dilatado de 2 cm o más, se considera diagnóstico de APP al igual que un borramiento y dilatación cervical progresivas.

La realización del tacto vaginal es subjetiva y se puede perder mucha información. Hay una tasa de falsos positivos del 40%3.

2.1.4.2MARCADOR ECOGRÁFICO

La valoración del cuello uterino mediante la ecografía transvaginal es un método más objetivo, reproductible y con un valor más predictivo.(8,9)

Para tener una correcta reproductibilidad de la ecografía transvaginal es necesario:

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

No medir el funnel pero tenerlo en cuenta así como la dilatación del canal. (Fig.1)

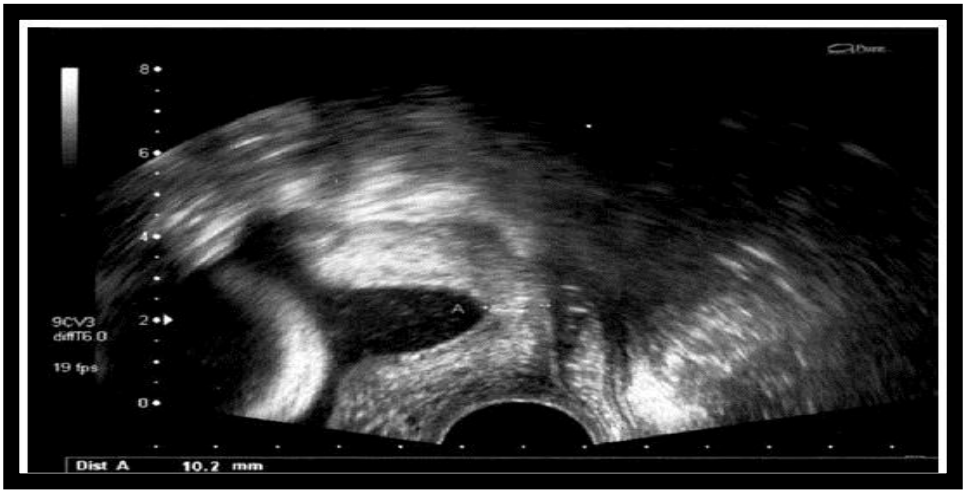


Fig 1 ECOGRAFIA DE CERVIX

El borramiento cervical evoluciona en dirección cráneo-caudal. Hasta que los orificios cervicales interno y externo se unen, el cuello se va acortando y el canal cervical adopta diferentes formas. (Fig.2).

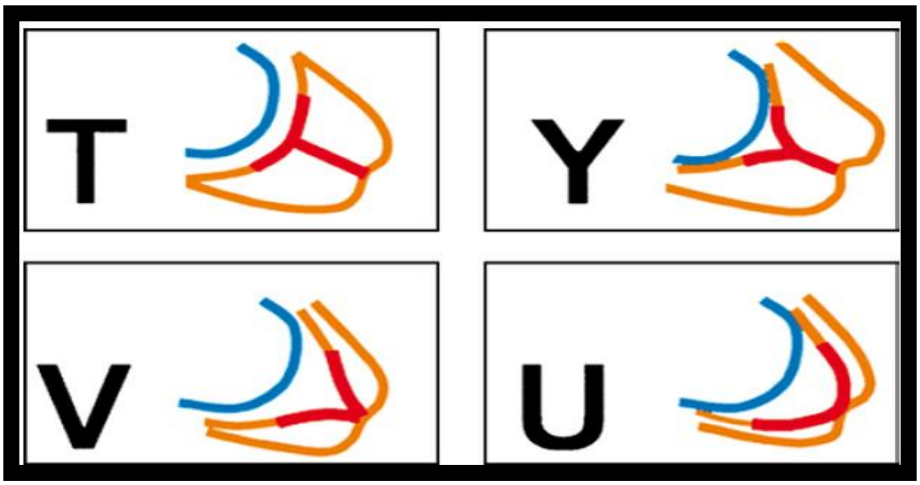


Fig.2 MODIFICACIONES DEL CERVIX EN APP

Una medición >30 mm tiene un elevado valor predictivo negativo para parto prematuro en mujeres sintomáticas. Excluye el diagnóstico de parto pretérmino4-6. El punto de corte para discriminar la verdadera de la falsa APP es 25 mm. Una longitud cervical <15 mm indica alta probabilidad de parto en 48 horas, 7 y 14 días. Un cérvix de 20-25 mm no siempre implica un parto prematuro, pero no puede excluirse.

2.1.4.3MARCADOR BIOQUÍMICO

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

Es normal detectar la fibronectina en gestaciones menores de 20 semanas y mayores de 37 semanas.

Está contraindicada en los siguientes casos:

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

Está indicada en:

- Mujeres sintomáticas entre 24-34 semanas
- Dilatación <3 cm
- Membranas íntegras

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

Un test de fibronectina positivo tiene menos valor que una longitud de cérvix corta. El 30% de las pacientes con test positivo tendrá un parto pretérmino. La combinación de ambas pruebas para valorar el riesgo es mayor cuando la longitud cervical es <30 mm. Si la longitud de cérvix es <20 mm ya se considera una APP y no sería necesario realizar la prueba de fibronectina.

2.2 CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS PARA PROLONGAR LA GESTACIÓN

* RPM con sospecha o evidencia de infección
* Placenta previa con hemorragia importante
* Abruptio placentae
* Diabetes no estabilizada de difícil manejo o vasculopatía grave
* Nefropatía crónica en evolución
* Malformaciones congénitas graves

2.3CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA PROLONGAR LA GESTACIÓN

* Trabajo de parto con más de 4 cm de dilatación
* HTA grave
* Preeclampsia grave y eclampsia
* Eritroblastosis fetal grave
* RCIU y sufrimiento fetal crónico (SOGBA)

2.4 PROPUESTA TERAPEUTICA

2.4.1MANEJO PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Una vez que ya se a diagnosticado la amenaza de parto pretérmino la paciente requiere hospitalización inmediata, ya que los pilares fundamentales para contrarrestar APP son reposo absoluto, hidratación, tocolisis (para intentar frenar la contracciones uterinas), corticoides (para estimular la maduración pulmonar). (20)

El objetivo principal de los TOCOLÍTICOS es retrasar el nacimiento al menos 24-48 horas para así poder permitir el tratamiento prenatal con corticoides y realizar el transporte materno–fetal si fuera posible. El objetivo secundario es prolongar la gestación para aumentar en lo posible la probabilidad de “supervivencia sin secuelas”.

Cada día de prolongación del embarazo supone una mejora en las tasas de supervivencia y una reducción de la morbilidad neonatal.

2.4.1.1ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES.

Los corticoides actúan en las células epiteliales y del mesénquima y modifican el desarrollo estructural y la diferenciación celular. Estimulan la diferenciación de las células epiteliales y los fibroblastos y la síntesis y secreción de surfactante en los neumocitos tipo II.(20)

Todas las mujeres gestantes entre las 24-34 semanas de embarazo con una APP son candidatas al tratamiento prenatal con corticoides para acelerar la madurez pulmonar fetal y reducir la incidencia y gravedad del síndrome de distrés respiratorio fetal.

Hoy en día es incuestionable que la administración de corticoides a la madre en gestaciones con un solo feto mejora el pronóstico neonatal. Por tanto, todas las pacientes candidatas a recibir tocoliticos lo son también a recibir corticoides.

Las pautas aceptadas son:

BETAMETASONA: 12 mg por vía intramuscular cada 24 horas, dos dosis

DEXAMETASONA: 6 mg por vía intramuscular cada 12 horas, cuatro dosis.

2.4.1.2ADMINISTRACION DE TOCOLITICOS

- El objetivo principal es retrasar el nacimiento al menos 24-48 horas para permitir el tratamiento prenatal con corticoides.(19)
- El objetivo secundario es prolongar la gestación para aumentar en lo posible la probabilidad de supervivencia sin secuelas.

NIFEDIPINO (ADALAT):

- DOSIS INICIAL: se administrará una dosis inicial de 20 mg administrados vía oral. Si la dosis de carga inicial no es efectiva se pueden administrar dosis orales de 10 mg cada 20 minutos hasta un máximo de 40 mg durante la primera hora.
- DOSIS DE MANTENIMIENTO: durante las primeras 24 horas es de 20 mg cada 4 horas y las horas posteriores de 10 mg cada 8 horas.
- DOSIS MÁXIMA: 120 mg en 24 horas.

CONTRAINDICACIONES:

No se debe usar en pacientes con insuficiencia cardiaca, bloqueo cardiaco o alteraciones importantes de la función renal o hepática.

EFECTOS SECUNDARIOS:

Son poco importantes e incluyen: mareos, cefalea, hipotensión, rubor facial…

INDOMETACINA:

- DOSIS INICIAL: 100 mg vía rectal.
- DOSIS DE MANTENIMIENTO: 25 mg cada 6 horas vía oral o rectal. No se administrará durante más de 3 días.
- DOSIS MÁXIMA: 200 mg en 24 horas.

CONTRAINDICACIONES:

- ❖ Gestación de >32 semanas.
- ❖ Antecedentes de úlcera, hepatopatías crónicas o tendencia hemorrágica.
- ❖ HTA y/o enfermedades renales.

- EFECTOS SECUNDARIOS:

Los maternos suelen ser poco importantes, básicamente problemas gastrointestinales.

Los efectos fetales son los de mayor relevancia e incluyen:

- ❖ Cierre precoz del ductus arterioso.
- ❖ Oligoamnios.
- ❖ Hipertensión pulmonar.
- ❖ Insuficiencia renal

En el neonato aumenta el riesgo de:

- Hemorragia intraventricular.
- Enterocolitis necrotizante.
- Persistencia de la circulación fetal.

- No se administrará durante más de 3 días. Si a pesar de lo anteriormente expuesto se realizan tratamientos de más de 3 días (como puede ser el tratamiento de algunos polihidramnios) se ha de valorar cada 2-3 días el volumen de líquido amniótico, suspendiendo el tratamiento si el ILA es<5, y se practicará una ecocardiografía fetal de forma periódica para valorar la permeabilidad del ductus arterioso.

2.4.1.3 ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS

En caso de corioamnionitis se puede empezar tratamiento con antibióticos de acuerdo al siguiente esquema que indica el protocolo:

Ampicilina 2 g IV cada 6 horas

Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas o

Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día.

Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (Incluir si se indica cesárea)

2.4.1.4TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO:

En la actualidad parece que la progesterona es capaz de disminuir de manera significativa la incidencia de parto pretérmino en pacientes de alto riesgo (pacientes con cervix cortos y aquellas con antecedentes de partos pretérminos previos). No obstante todavía no hay suficiente evidencia para incluirla en la terapia de mantenimiento. Se reservará su uso para ensayos clínicos(19).

2.5 COMPLICACIONES NEONATALES

2.5.1 ETIOLOGIA

La prematurez, es el principal factor que contribuye al retraso de desarrollo, al deterioro visual y auditivo, neumopatías crónicas y parálisis cerebral. Más del 50% de éstos trastornos se ocasionan en nacimientos menores a 34 semanas.

Las complicaciones de la prematurez, constituyen la causa del 70% de la mortalidad de recién nacidos y lactantes sin anomalías.

El Parto Prematuro puede dividirse en:

1. Parto Prematuro Espontáneo: 75%
2. Parto Prematuro Indicado: 20 a 30%

2.5.2COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PREMATUREZ A CORTO PLAZO

2.5.2.1. SDR (síndrome de dificultad respiratoria)

Se observa con mayor frecuencia en bebés prematuros ocurre en bebés cuyos pulmones no se han desarrollado todavía totalmente.

La enfermedad es causada principalmente por la falta de una sustancia resbaladiza y protectora, llamada surfactante o agente tensioactivo, que ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alvéolos colapsen. Esta sustancia normalmente aparece en pulmones completamente desarrollados.

Este síndrome también puede ser el resultado de problemas genéticos con el desarrollo pulmonar.

Cuanto más prematuro sea un bebé al nacer, menos desarrollados estarán sus pulmones y mayor será la probabilidad de presentar el síndrome de dificultad respiratoria neonatal. La mayoría de los casos se observa en bebés nacidos antes de 28 semanas y es muy raro en los bebés nacidos a término (a las 40 semanas).

Además de la prematuridad, los siguientes factores incrementan el riesgo de presentarse este síndrome:

- Un hermano o hermana que lo padecieron.
- Diabetes en la madre.
- Parto por cesárea.
- Complicaciones del parto que reducen la circulación al bebé.
- Embarazo múltiple (gemelos o más).
- Trabajo de parto rápido

El riesgo del síndrome de dificultad respiratoria neonatal puede disminuirse si la madre embarazada tiene hipertensión arterial crónica relacionada con el embarazo o ruptura prolongada de la bolsa de las aguas, debido a que la tensión de estas situaciones puede provocar que los pulmones del bebé maduren más pronto (8).

2.5.2.2 LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR

Es un tipo de lesión cerebral que afecta a los bebés. La afección involucra la muerte de pequeñas áreas de tejido cerebral alrededor de las áreas llenas de líquido, llamadas ventrículos. El daño crea "orificios" en el cerebro. "Leuco" se refiere a la sustancia blanca del cerebro y "periventricular" se refiere al tejido alrededor de los ventrículos.

Es mucho más común en bebés prematuros que en recién nacidos a término.

Se cree que una causa importante de esta afección son los cambios en el flujo sanguíneo al área alrededor de los ventrículos del cerebro, una zona frágil y propensa a las lesiones, especialmente antes de las 32 semanas de gestación.

Una infección para el momento del parto también puede jugar un papel como causa de la Leucomalacia periventricular. Cuanto más prematuro sea el bebé y más enfermo esté, mayor será el riesgo de desarrollo de esta enfermedad.

Los bebés prematuros que presentan hemorragia intraventricular (HIV) también están en mayor riesgo de desarrollar esta afección. (9)

2.5.2.3ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

Es una emergencia gastrointestinal neonatal. 90% de los pacientes son prematuros. Se presenta como íleo paralítico, sangrado gastrointestinal bajo y un grado variable de necrosis intestinal que puede llegar a la perforación. Existe una mayor prevalencia en países con mayor incidencia de prematuridad, con excepción de Suiza, países escandinavos y Japón. En neonatos a término, la enfermedad se presenta tempranamente, se localiza en el colon y el Clostridium Perfringes es cultivado con frecuencia. En un

estudio reciente, la enterocolitis en neonatos a término se ha relacionado con una mayor incidencia de cesáreas.

Etiología indeterminada. Hay varios mecanismos probables, toda vez que hay casos agudos o insidiosos, generalizados o localizados, y con inflamación severa o leve.Hay tres mecanismos básicos: Lesión isquémica, colonización bacteriana y un substrato a nivel local intestinal.(10)

2.5.2.4DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Es un trastorno pulmonar crónico que afecta a bebés recién nacidos que han estado con un respirador al nacer o que nacieron muy prematuros.

La displasia broncopulmonar (DBP) se presenta en bebés gravemente enfermos que han recibido altos niveles de oxígeno durante largos períodos de tiempo o que han estado conectados a un respirador (ventilador).

Es más común en prematuros, cuyos pulmones no estaban completamente desarrollados al nacer. Presenta Síntomas como: Cianosis, Tos, Respiración, Dificultad respiratoria.(11)

2.5.2.5 SEPSIS

Es la infección aguda con manifestaciones toxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primero cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.

Estos recién nacidos tienen historia de uno o más factores de riesgo obstétrico, tales como rotura prematura de membrana, parto prematuro, corioamnionítis, fiebre materna; además muchos de estos niños son prematuros o de bajo peso al nacer.

Los gérmenes responsables se adquieren en el canal del parto

Uno de los gérmenes responsables de esta infección es el estreptococo beta-hemolítico el cual ocasiona morbilidad grave, y, con frecuencia, secuelas neurológicas de por vida.

El EGB produce dos cuadros infecciosos graves en el recién nacido: enfermedad de comienzo precoz y enfermedad de comienzo tardío. La primera de ellas tiene una incidencia de 1-4 por 1000 RN vivos; es adquirida por transmisión vertical de madres colonizadas y puede ocurrir in útero o en los primeros 7 días de vida, habitualmente en las primeras horas; clínicamente se caracteriza por óbito fetal, neumonía, shock séptico y muerte neonatal.

Los microorganismos patógenos pueden contaminar al RN a nivel de la piel y/o mucosas respiratoria o digestiva y posteriormente, según sus características, dividirse y ser capaces de atravesar la barrera cutáneo-mucosa y alcanzar el torrente circulatorio.

Una vez en la sangre, las bacterias u hongos pueden ser destruidas por las defensas del RN o por el contrario continuar dividiéndose de forma logarítmica y dar lugar a sepsis neonatal.

En relación con el modo de contaminación, se deben diferenciar

las sepsis de transmisión vertical que son causadas por gérmenes localizados en el canal genital materno que contaminan al feto por vía ascendente (progresando por el canal del parto hasta alcanzar el líquido amniótico) o por contacto directo del feto con secreciones contaminadas al pasar por el canal del parto.

las sepsis nosocomiales, que son debidas a microorganismos localizados en los Servicios de Neonatología que son transportados al niño por el personal sanitario (manos contaminadas) y/o por el material de diagnóstico y/o tratamiento contaminado.

Las sepsis comunitarias, que son debidas a microorganismos que contaminan al RN en su domicilio y que son muy infrecuentes.

La etiología, mortalidad y tratamiento de las sepsis difieren según sean de transmisión vertical o nosocomial, y por tanto deben ser estudiados por separado.

Los factores de riesgo que llevan a una sepsis neonatal tardía varían según se trate de un recién nacido que se ha ido de alta, donde su fuente infectante serán los familiares, o se trate de un recién nacido hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, donde estará expuesto a los riesgos de infección nosocomial de acuerdo a los procedimientos invasivos a los que esté sometido.

La enfermedad se desarrolla en forma más larvada, presentándose en 1/3 de los casos como una meningitis. En este período la morbilidad es menor variando entre 10-20%.(12)

2.5.2.6 PERSISTENCIA DEL DUCTUS ARTERIOSO

Es una afección en la cual un vaso sanguíneo no se cierra. La palabra "persistente" significa abierto.

El conducto arterial permite que la sangre circule alrededor de los pulmones del bebé. Poco después de que el bebé nace y los pulmones se llenan de aire, el conducto arterial ya no se necesita. Por lo regular, se cierra en un par de días después del nacimiento.

Esta afección lleva a que se presente un flujo anormal de sangre entre la aorta y la arteria pulmonar, dos grandes vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón.

Afecta con más frecuencia a las niñas que a los niños. Es más común en bebés prematuros y aquellos que presentan síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Los bebés con trastornos genéticos, como el síndrome de Down, y cuyas madres hayan contraído rubéola durante el embarazo están en mayor riesgo de padecer este problema.(13)

2.5.3COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PREMATUREZ A LARGO PLAZO

2.5.3.1 PARÁLISIS CEREBRAL (PC)

La parálisis cerebral se define según los Nacional Institutes of Health (NIH) como un trastorno motor no progresivo, que debuta precozmente en el recién nacido, y afecta a una o más extremidades, con espasticidad o parálisis muscular. Está relacionada con la lesión de neuronas motoras altas del cerebro, no del canal medular. Es una discapacidad crónica del sistema nervioso central caracterizada por un control aberrante del movimiento y la postura, que aparece a edades tempranas, y no como resultado de una enfermedad neurológica progresiva.

Se clasifica según el tipo de disfunción en espástica, discinética o atáxica, y según la disfunción de extremidades en:

1) Cuadriplejía espástica (asociada a retraso mental, convulsiones)

2) Diplejía (frecuente en prematuros)

3) Coreoatetosis

4) Tipos mixtos

Su etiología es multifactorial, aunque en la mayoría de los casos es desconocida. Puede deberse a factores prenatales, perineales o postnatales:

1) Factores prenatales: Pérdida de fetos o recién nacidos previos, madre con retraso mental, malformaciones fetales, trastornos tiroideos maternos, especialmente hipotiroidismo, partos anteriores de recién nacidos menores de 1500 gramos o con déficit motor, sensorial o retraso mental, exposición de la madre a tóxicos como el metilmercurio o infecciones intrauterinas tales como citomegalovirus, sífilis, rubéola, varicela y toxoplasma.

2) Factores perinatales: Polihidramnios, proteinuria severa o tensiones arteriales elevadas, metrorragia del tercer trimestre, crecimiento intrauterino retardado, o gestación múltiple (en relación con la prematuridad y el crecimiento intrauterino retardado)

3) Factores postnatales: Prematuridad y corioamnionitis. Además pueden contribuir al desarrollo de parálisis cerebral: infecciones, hemorragias intracraneales, leucomalacia perivantricular en prematuros, la hipoxia o isquemia como ocurre en el síndrome de aspiración de meconio, la persistencia de circulación fetal o hipertensión pulmonar en el recién nacido o el kernicterus.(14,15)

2.5.3.2RETARDO MENTAL

Significa un funcionamiento intelectual general notablemente inferior al promedio, que se presenta junto con deficits en el comportamiento adaptativo y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo

se refiere a un estado particular con limitaciones sustanciales, caracterizado por la aparición simultanea de un funcionamiento intelectual notablemente por debajo del promedio y limitaciones relacionadas que se dan al menos en dos de las siguientes áreas de destrezas adaptativas: comunicación, cuidado personal, habilidades sociales, auto dirección, ocio y trabajo, comportamiento en el hogar, uso de recursos de la comunidad, salud y seguridad y destrezas académicas funcionales. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años.

Se ha identificado más de 250 causas del Retraso Mental. Según sus causas sean:

- Prenatales (aparecen antes del nacimiento).
- Perinatal (se producen en el nacimiento o poco después).
- Postnatales (traumatismo, desnutrición, infecciones).

Todos estos factores etiológicos asociados con el retraso mental pueden ser clasificados como orgánicos (biológicos o médicos) o ambientales. (15)

2.5.3.3 RETINOPATÍA DEL PREMATURO

Es la principal causa de ceguera infantil, particularmente en regiones urbanas de los países en vías de desarrollo. Se reporta en Latinoamérica una incidencia que llega a ser tan alta como el 40%. La retinopatía del prematuro es una causa potencialmente prevenible de ceguera infantil. Es una enfermedad proliferativa de los vasos sanguíneos en la retina de los niños prematuros. Inicialmente se interrumpe el desarrollo normal de los vasos de la retina, formándose nuevos vasos anormales, acompañados de tejido fibroso que se organizan en membranas que producen desprendimientos traccionales de retina, lo que lleva a una pérdida considerable de la visión, que sin tratamiento en la mayoría de los casos provoca ceguera. La visión es el más importante de los sentidos. Es integrador de experiencia en el desarrollo del individuo. La audición, tacto y demás sentidos pueden facilitar el desarrollo del niño, pero nunca compensarla pérdida visual. El invidente y su familia enfrentan importantes necesidades sociales, interfiriendo directa e indirectamente con las actividades cotidianas de ambos. Los niños invidentes presentan alteraciones del desarrollo, menoscabo en la autoestima y limitado acceso a los sistemas de educación. Las implicaciones psicosociales no pueden ser calculadas en términos socioeconómicos: en la vida adulta las oportunidades de empleo son extremadamente limitadas, por lo que el invidente se convierte en una persona sin productividad, un dependiente social. La Ceguera infantil es considerada por la Organización Mundial de la Salud un área prioritaria, debido al número de años visuales que compromete, sus implicaciones en el desarrollo del individuo y de ser susceptible de control mediante estrategias de prevención y tratamiento.(16,17,18)

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1. LOCALIZACIÓN

El presente estudio se realizó en el área de estadística en el Hospital Materno infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, ubicado en la Provincia del Guayas, Cantón Guayaquil, Distrito 1 (Guasmo Sur); ubicada parroquia Ximena en la calle Olfa de Bucaram y 29 de mayo. (Fig.3)

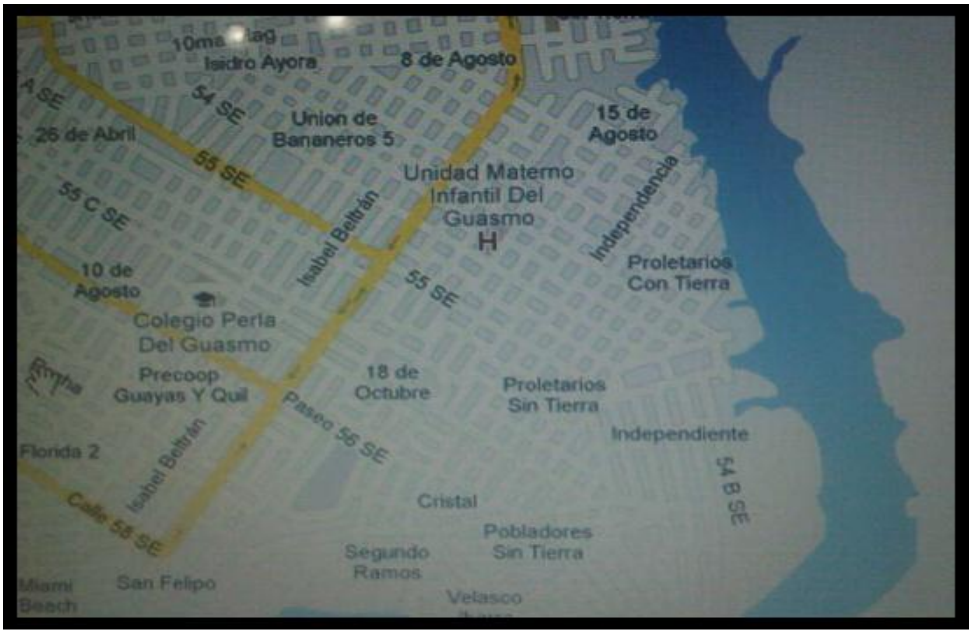


Fig.3. MAPA DE UBICACIÓN DEL LA MATERNIDAD DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL

3.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El Guasmo Sur pertenece al cantón Guayaquil, provincia del Guayas. El sector del Guasmo cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 1220 hectáreas, es un barrio marginal semi-informal que ocupa gran parte del sur de Guayaquil, Ecuador.

Se estima que este sector guayaquileño vivan casi 500.000 habitantes que incluye los sub-sectores Guayaquileños de Río Guayas, Floresta, Los Esteros, Guasmo Oeste (Fertisa, Santa Mónica, Viernes Santo), Guasmo Este (Stella Maris, La Péndola, Reina del Quinche, Florida Sur, Miami Beach, etc) y Unión (De Bananeros)

El hospital Maternidad Matilde Hidalgo de Procel cuenta con una infraestructura destinada para atender alrededor de 120.000 personas, en la actualidad la maternidad cuenta con 4 quirófanos 2 salas de parto, 16 consultorios , 60 camas, y amplias salas de esperas con pantallas informativas con grandes corredores.

Para la atención a los neonatos se implementaron 9 termocunas, cuentan con un mini laboratorio para la preparación de leches especiales para los recién nacidos. además esta adecuada para recibir 242.000 pacientes al año , también cuenta con servicios permanentes de 135 profesionales de salud que facilitan el parto, consulta externa , y diversas patologías ginecológicas que deban ser intervenidas quirúrgicamente.

3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende el periodo de septiembre de 2012 a febrero de 2013, se consideraron aquellas historias clínicas que registraron amenaza de parto pretérmino en dicho periodo.

3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR

3.1.4.1HUMANOS:

- Autor
- Tutor

3.1.4.2 FISICOS:

- Portátil
- software estadístico, utilitarios
- material de oficina (papel,lápices,cd,pendrive)
- impresora
- expedientes clínicos
- texto de investigación

3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 700 expedientes clínicos de pacientes que ingresaron al Hospital durante los meses comprendidos entre septiembre de 2012 y febrero del 2013.

Muestra Se utilizó un diseño de muestreo probabilístico aleatorio simple lo que permitió generalizar por medio de valores porcentuales a toda la población, para lo cual se aplicó la siguiente fórmula:

$$\mathbf{n} = \frac{N}{(N-1)(E)^2 + 1}$$

Donde:

n = Muestra

N = Universo = pacientes

E = Margen de error al cuadrado

El porcentaje de confianza con el cual se generalizaron los datos desde la muestra hacia la población total fue del 90%, el margen de variabilidad de resultados al momento de hacer la generalización fue del 10%. Aplicando la fórmula se obtuvo un total de 87 fichas medicas.

Para determinar el número de historias clínicas a analizar por mes se aplicó la estratificación mediante la siguiente formula:

(población mensual/ universo)(n)

TAMAÑO DE LA MUESTRA

POBLACIÓN	TAMAÑO POBLACION POR MES	MUESTRA POR MES
SEPTIEMBRE	96	11
OCTUBRE	70	9
NOVIEMBRE	68	9
DICIEMBRE	50	7
ENERO	190	23
FEBRERO	226	28
TOTAL	**700**	**87**

3.2. MÉTODO

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1.1. DESCRIPTIVA

La presente investigación es descriptiva ya que se describen los datos relacionados a la amenaza de parto pretérmino y las complicaciones neonatales ya que este tiene un impacto en las vidas de las familias del Guamo Sur y su área de influencia.

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

3.2.1.2 TRANSVERSAL

De acuerdo al período de estudio la investigación es TRANSVERSAL ya que se realizó a lo largo de un período de tiempo (seis meses).

3.2.1.3. RETROSPECTIVA

La investigación por centrase en hechos pasados es de carácter RETROSPECTIVA, debido a que los datos se obtuvieron de las historias clínicas de pacientes atendidos en los meses de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es No Experimental ya que el estudio se basa en hechos pasados en base a las historias clínicas de pacientes que fueron atendidas por amenaza de parto pretérmino en el Hospital Maternidad Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante un periodo de seis meses (septiembre del 2012 a febrero del 2013).

3.2.3. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Previa aceptación del tema de investigación, se entregó un oficio al Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel para la autorización de la revisión de las fichas clínicas de las pacientes con amenaza de parto pretérmino ingresadas en el área de hospitalización en el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013,en el que se indicó el objetivo de estudio y la necesidad de la revisión de las fichas e inmediatamente se firmó un acta de compromiso.

Se elaboró una hoja de recolección de datos (Anexo) y se procedió a buscar en el área de estadística las carpetas con las fichas clínicas de las pacientes a estudiar para obtener la información de las siguientes variables de estudio: edad, estado civil, edad gestacional, antecedentes obstétricos dilatación, borramiento, contracciones uterinas, control prenatal, exámenes de orina, tipo de parto, peso, apgar, sexo, examen físico del recién nacido.

3.2.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS

Los datos se tomaron de las fichas de registros del departamento de estadística del hospital maternidad Dra Matilde Hidalgo de Procel durante los meses comprendidos entre septiembre de 2012 y febrero de 2013. Las fichas médicas son los instrumentos que los médicos utilizaron para registrar los datos de las pacientes y comprende entre otras las siguientes variables: datos de filiación, antecedentes socioeconómicos, cuadro clínico, motivo de ingreso, diagnóstico, tratamiento, etc.

3.2.3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: (Cuadro 2)

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
(V D) Amenaza de parto pretérmino	Presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación.		Historia clínica
(VI) Accesibilidad a los servicios de salud	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir asistencia.	Accesibilidad geográfica	Tiempo medido en horas y minutos que tarda una persona en trasladarse desde su domicilio al centro de salud
		Accesibilidad económica	Cantidad de dinero que gasta para recibir atención
		Accesibilidad cultural	Conocimientos sobre la atención que se da en centro de salud. Percepción del problema de salud.

3.2.4CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.24.1CRITERIOS DE INCLUSION

- pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino
- pacientes atendidas en el periodo de estudio

3.2.4.2CRITERIOS DE EXCLUSION

- pacientes con otro tipo de diagnostico
- pacientes atendidas fuera del periodo de estudio
- historias clínicas incompletas

3.2.5 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Se consideró que es una investigación sin riesgo, porque se realizó un estudio retrospectivo en el cual se revisaron las fichas clínicas en el área de estadística, obteniendo los datos necesarios para la investigación, en la que no se trató directamente con el paciente (Titulo segundo, Art. 17, Fracción 1, de la ley general de salud en materia de investigación para la salud).

Como estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia estuve a cargo de un tutor Docente de la Facultad que se considera investigador principal y se solicitó la autorización por escrito a la institución para la revisión de las fichas clínicas (Titulo sexto capítulo único de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud)

La investigación se desarrolló incluyendo elementos que permitieron valorar el estudio de la misma, conforme a los principios de la bioética médica, los datos obtenidos fueron totalmente reales y confidenciales.

3.2.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados del análisis de las historias clínicas debidamente codificadas fueron tabulados y analizados estadísticamente, mediante el programa SPSS para lo cual se utilizaron medidas de tendencia central (media, rango, moda entre otras) y porcentajes para su comparación respectiva. La información que se generó fue resumida en cuadros y figuras, que tributaron al cumplimiento de los objetivos propuestos para el rechazo o aprobación de las hipótesis planteadas.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. EDAD DE LAS PACIENTE INGRESADAS

TABLA Nº 1

Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
14-18	32	36,78
19-23	30	34,48
24-28	14	16,09
29-33	8	9,20
>33	3	3,45
Total	87	100

Fuente: estadística HMIMHP

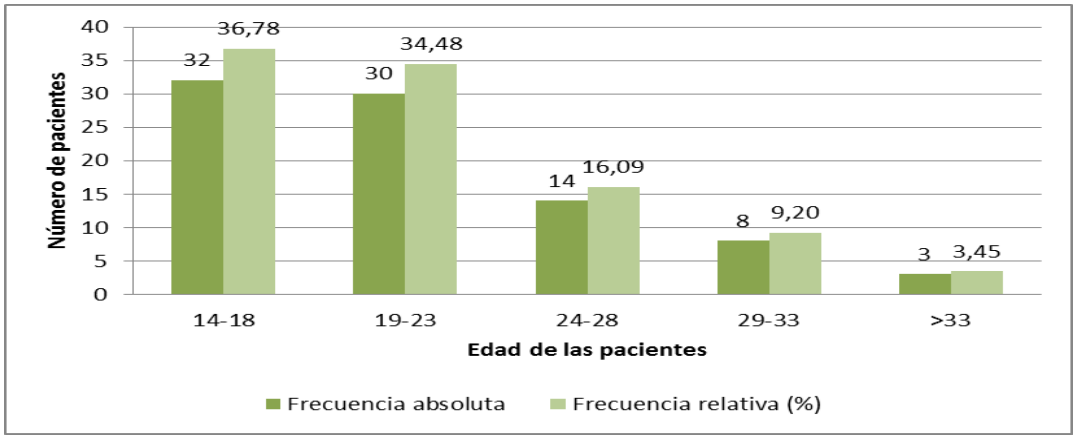


FIGURA Nº4

Respecto a la edad de la pacientes que ingresaron con síntomas de amenaza de parto pretérmino en el Hospital maternidad Matilde Hidalgo de Procel, se observa en la Figura 4 que el mayor porcentaje (36,78%) corresponde a aquella que tienen edades comprendidas entre los 14 y 18 años, le sigue aquellas mujeres con edades de 19 a 23 años con un 34,48%, de 24 a 28 años de edad con un 16,09%, aquellas con edades de 29 a 33 años de edad corresponde a un 9,20% y las mayores de 33 años un 3,45%

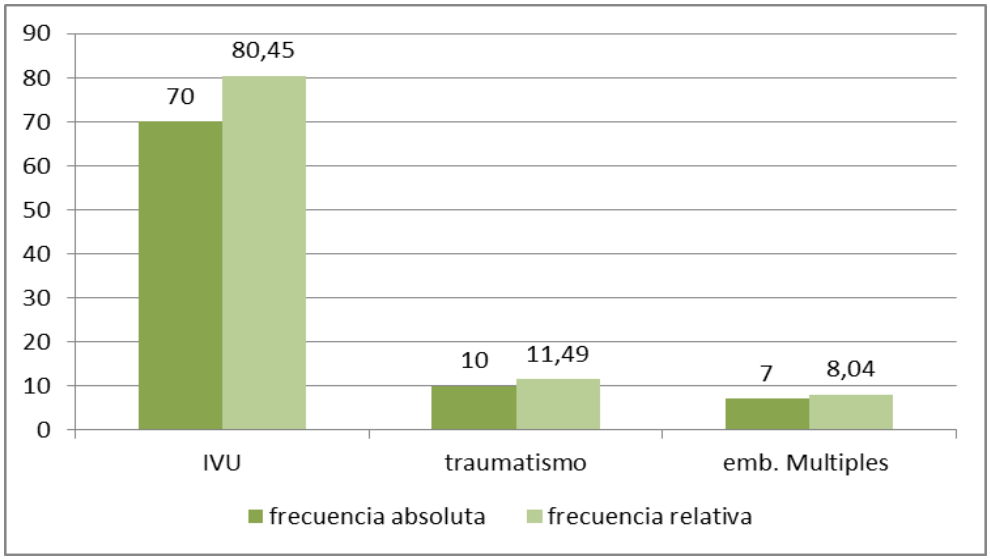
4.2 CAUSA PRINCIPAL DEL INGRESO

TABLA Nº2

CAUSAS	frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
IVU	70	80,45
Traumatismo	10	11,49
Emb. Múltiples	7	8,04
Total	87	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº5



En la Fig.5 podemos describir que la causa principal del ingreso a hospitalización en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel fue las infecciones de vías urinarias con un 80,45%, seguido de los traumatismos con un 11,49% y por último los embarazos múltiples con un 8,04%.

Con esto resultados podemos aceptar la hipótesis que dice: **"Las infecciones en las vías urinarias es la principal causa de las amenazas de parto pretérmino."**

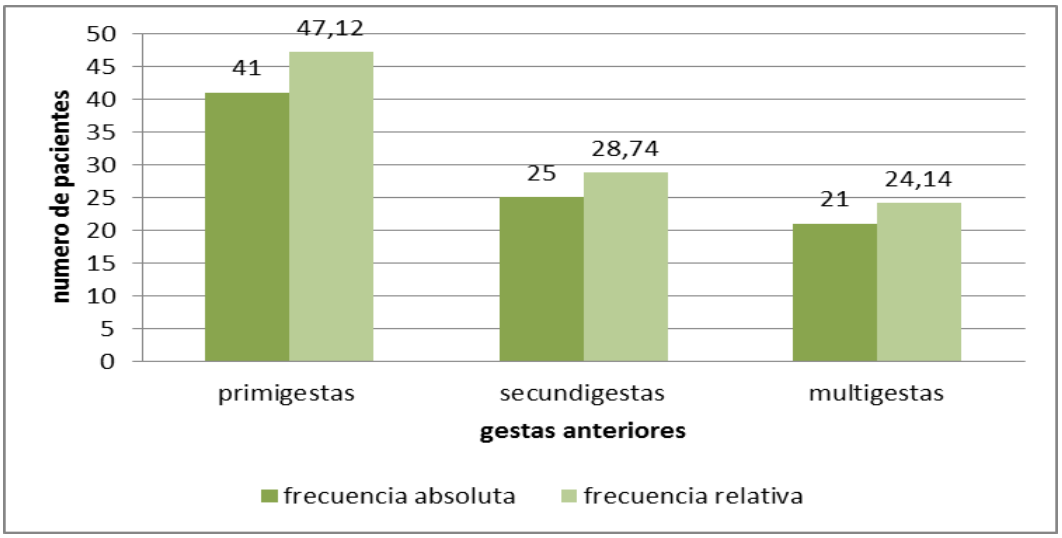
4.3 ANTECEDENTES OBSTETRICOS

TABLA Nº 3

Antecedentes obstétricos	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
primigestas	41	47,12
Secundigestas	25	28,74
Multigestas	21	24,14
Total	87	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº6



En la Fig.6 podemos detallar los antecedentes obstétricos de las pacientes que ingresaron son diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel lo que nos demuestra que 47,12% fueron primigestas, seguido de un 28,74% secundigestas y un 24,14% multigestas

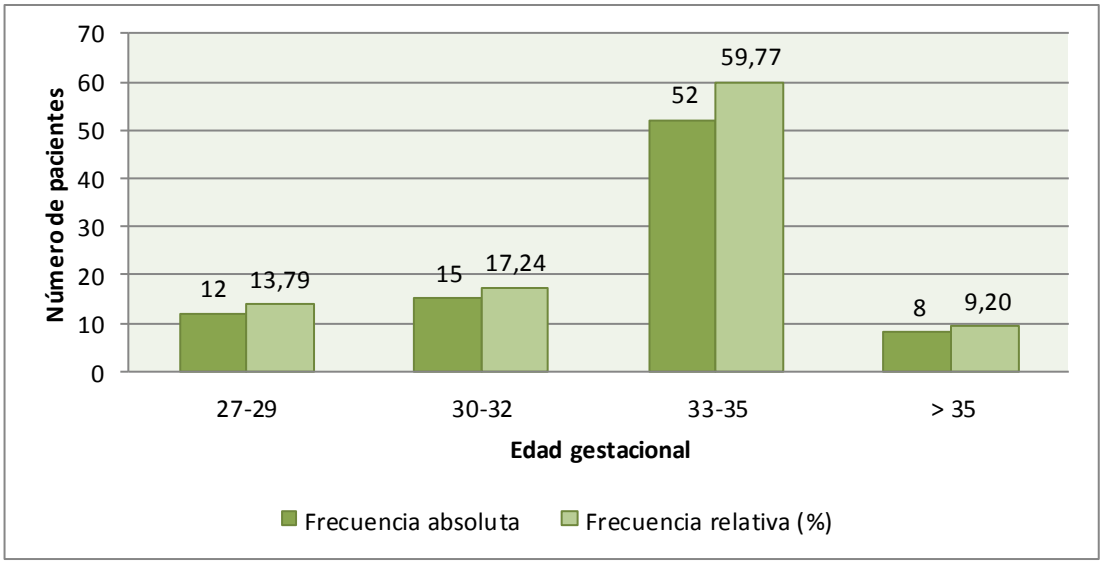
De tal manera con estos resultados podemos aceptar la hipótesis que dice: "**Las amenazas de parto pretérmino se da con mayor frecuencia en las pacientes primigestas juveniles."**

4.4. EDAD GESTACIONAL

SEMANAS DE GESTACIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
27-29	12	13,79
30-32	15	17,24
33-35	52	59,77
> 35	8	9,20
Total	87	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº 7



Se detalla Fig.7 la edad gestacional de las pacientes al momento del ingreso al hospital con amenaza de parto pretérmino, encontrándose que la edad gestacional más común está en el rango de las 33 a 35 semanas (59,77%), seguido de la edad gestacional de 30 a 32 semanas (17,24%), 27 a 29 semanas (13,79%) y más de 35 semanas de gestación (9,20%)

Estos resultados permiten aceptar la hipótesis planteada que dice: **"La edad gestacional en la que se da con mayor frecuencia la amenaza de parto pretérmino es desde la 33 a 35 semanas"**

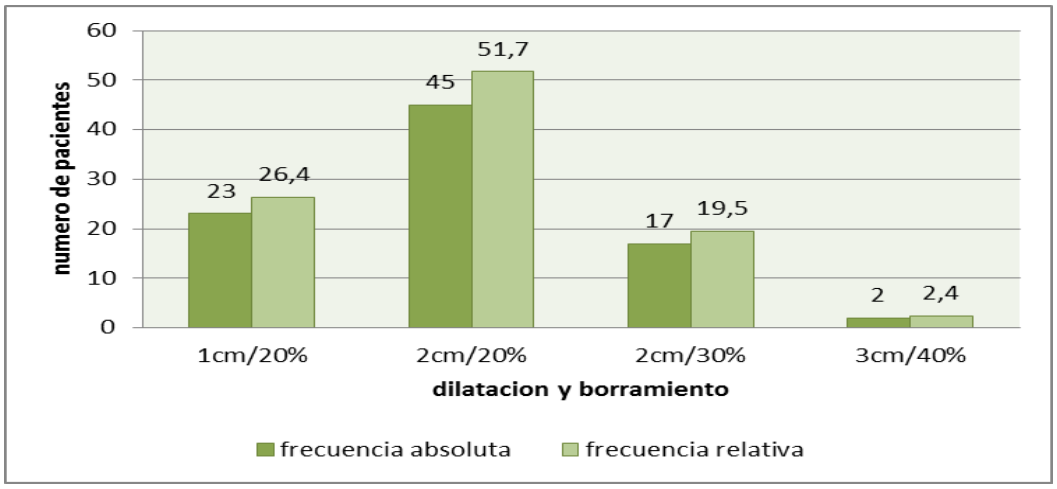
4.5. MODIFICACIONES CERVICALES AL MOMENTO DEL INGRESO

TABLA Nº5

Modificaciones Cervicales	frecuencia absoluta	frecuencia relativa
1cm/20%	23	26,4
2cm/20%	45	51,7
2cm/30%	17	19,5
3cm/40%	2	2,4
Total	87	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº 8



En la Fig.8 se detalla las modificaciones cervicales que presentaban las pacientes al momento del ingreso al Maternidad Matilde Hidalgo de Procel, en la que mayor porcentaje fue 51,7% en la que tenían 2cm de dilatación y 20% de borramiento, seguidas por un 26,4% las que tenían 1cm de dilatación y 20% de borramiento, luego 19,5% las que tenían 2cm de dilatación y 30% de borramiento , y por ultimo 2,4% la que tenían 3cm de dilatación y 40% de borramiento.

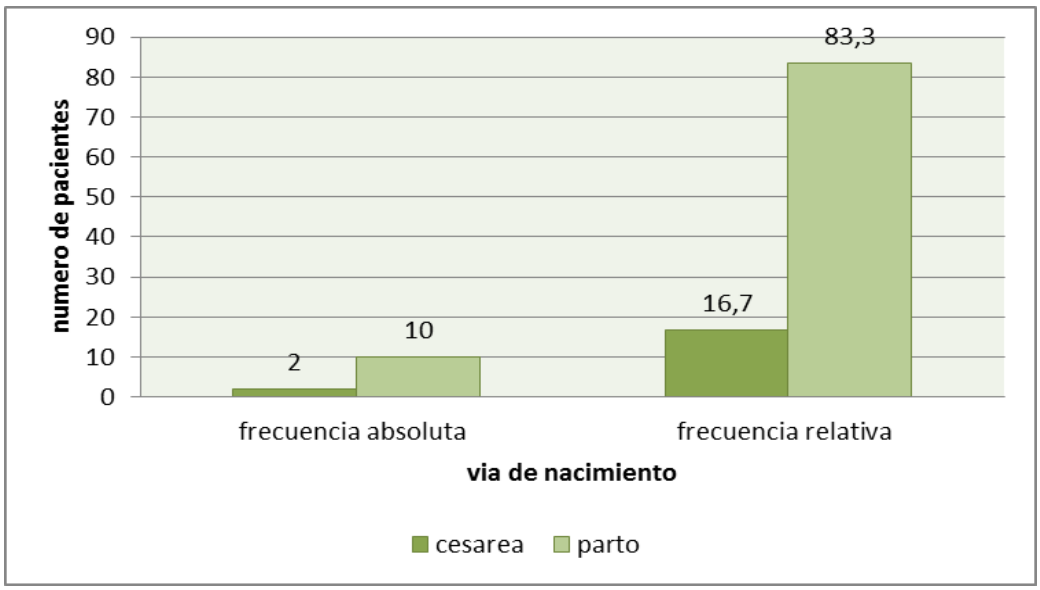
4.6. VIA DE NACIMIENTO DEL NEONATO

TABLA Nº6

vía de nacimiento	frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
cesárea	2	16,7
Parto	10	83,3
Total	12	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº 9



En la Fig.9 se detalla la vía de nacimiento de los neonatos de aquellas madres que se desarrolló el trabajo de parto en la cual mayor porcentaje fue 83,3 % parto normal 10 pacientes y 16,7% cesárea 2 pacientes.

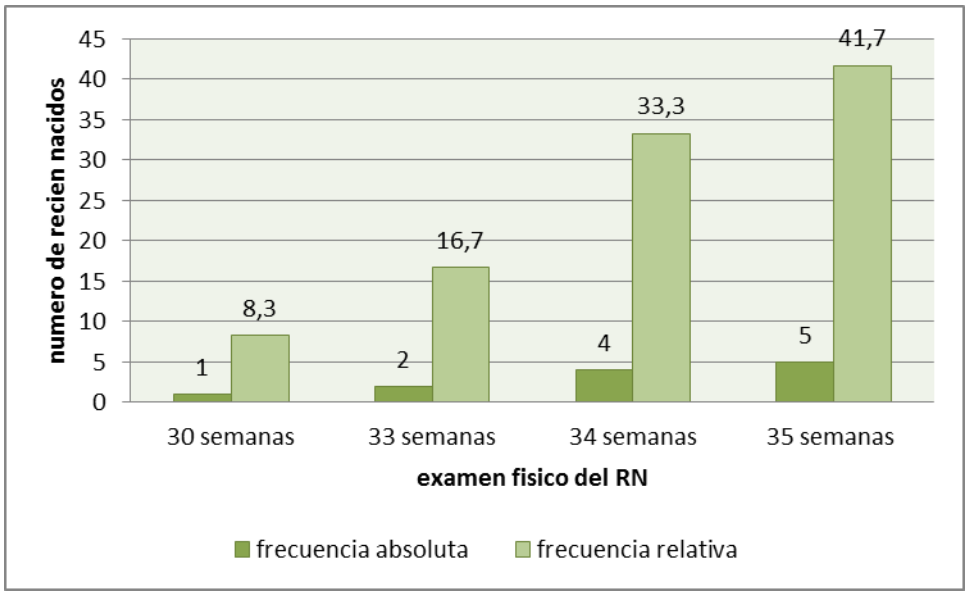
4.7 VALORACION DE LA EDAD GESTACIONAL SEGÚN EL EXAMEN FISICO RECIEN NACIDO

TABLA Nº 7

examen físico del RN	frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
30 semanas	1	8,33
33 semanas	2	16,7
34 semanas	4	33,3
35 semanas	5	4,7
total	12	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº 10



En la Fig. 10 Referente a la valoración de la edad gestacional por medio del examen físico del RN se observa que el 41,7% son de 35 semanas de gestación, seguido de un 33,3% de nacidos a las 34 semanas, un 16,7% 33 semanas un 8,330% nacieron a las 30 semanas.

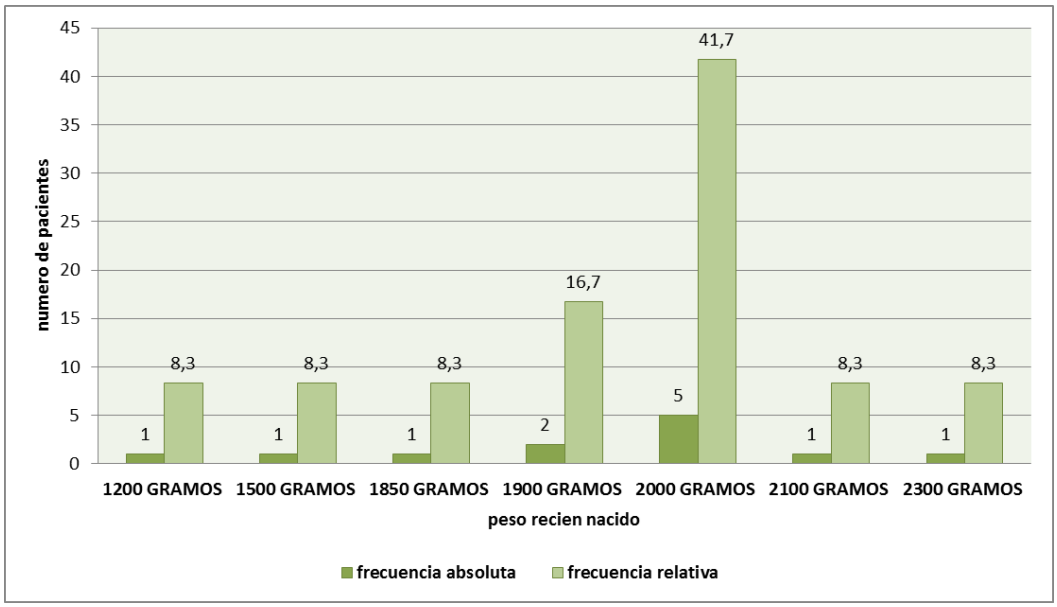
4.8 PESO DEL RECIEN NACIDO

TABLA Nº 8

PESO RN (gr)	frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
1200 gramos	1	8,3
1500 gramos	1	8,3
1850 gramos	1	8,3
1900 gramos	2	16,7
2000 gramos	5	41,7
2100 gramos	1	8,3
2300 gramos	1	8,3
Total	12	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº11



En la Fig.11 se detalla el peso de los 12 recién nacidos, donde se observa que el mayor porcentaje corresponde 2000g con el 41,7%, 1900g con el 16,7% y 1200g, 1500g, 1850g, 2100g, 2300g tienen porcentajes de 8,3% respectivamente.

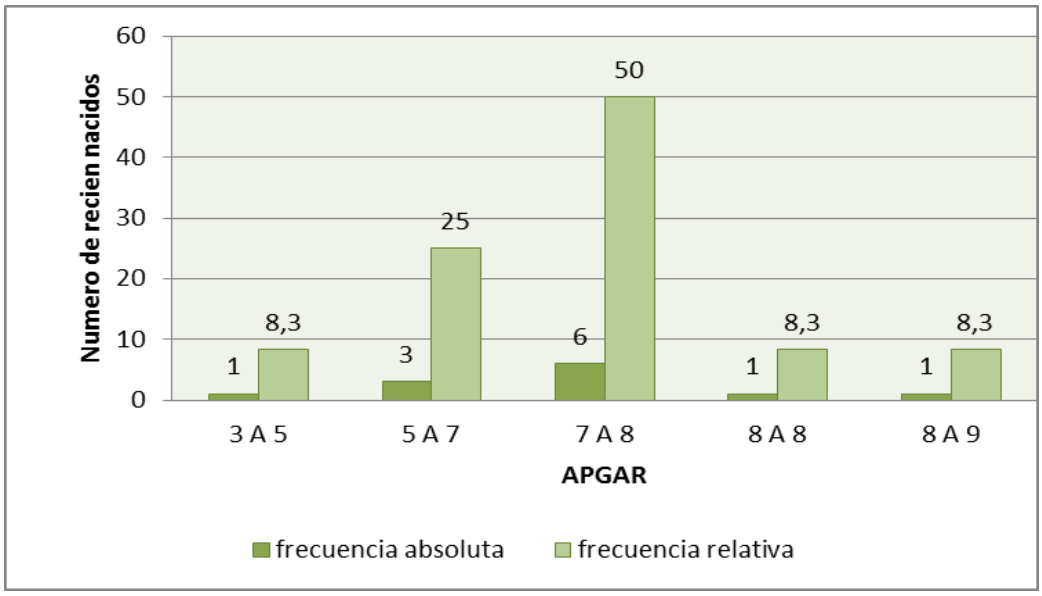
4.9 APGAR QUE PRESENTARON LOS RN

TABLA Nº 9

APGAR RN	frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
3 A 5	1	8,3
5 A 7	3	25
7 A 8	6	50
8 A 8	1	8,3
8 A 9	1	8,3
TOTAL	12	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº12



En la Fig.12 se detalla el APGAR que reportaron lo recién nacidos a los 1minuto y a los 5 minutos fue de 5 a 8 el 50%, seguido del 25% 5 a 7, y los otros resultados 8,3% respectivamente.

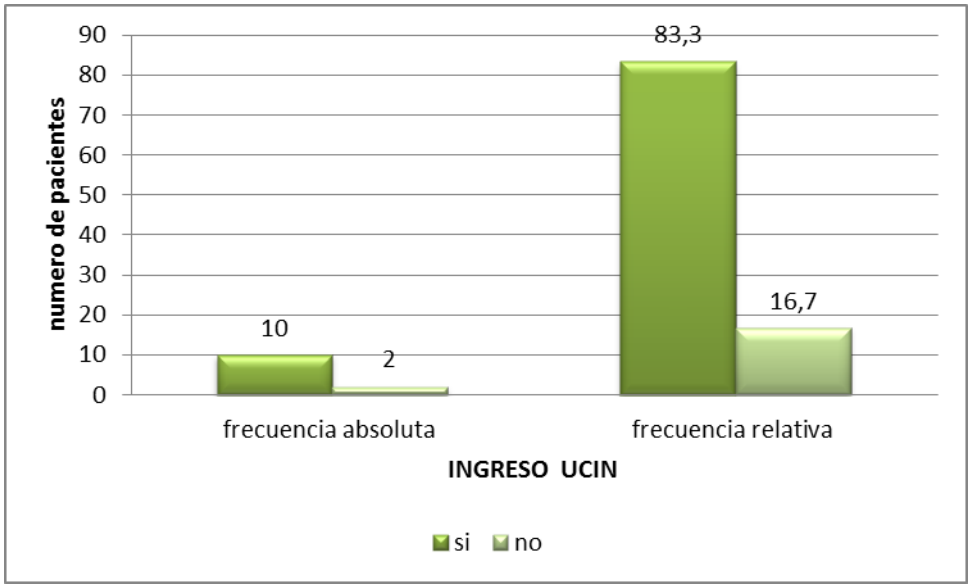
4.10. RECIEN NACIDOS QUE PASARON AUCIN (sdr)

TABLA Nº 10

UCIN (SDR)	frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Si	10	83,3
No	2	16,7
Total	12	100

Fuente: estadística HMIMHP

FIGURA Nº 13



En la Fig.13 detallo los recién nacidos prematuros que ingresan al área de cuidados intensivos neonatal (UCIN) sien el mayor porcentaje 83,3% 10 son ingresados con diagnostico síndrome de dificultad respiratoria

Estos resultados nos permiten aceptar la hipótesis que dice: **"El mayor porcentaje de los neonatos nacidos por parto pretérmino tienen complicaciones respiratorias o síndrome de dificultad respiratoria (sdr)"**

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSION

En la presente investigación se concluyó que la edad con más prevalencia fue entre 14 y 18 años con un 36,78% de 32 casos.

Como causa más frecuente de la amenaza de parto pretérmino fue la infección de vías urinarias 80,45% en 70 pacientes que fueron ingresadas.

En cuanto los antecedentes obstétricos mayor porcentaje 47,12% en 41 pacientes fueron primigestas.

La edad gestacional de las pacientes al momento del ingreso al hospital con amenaza de parto pretérmino, encontrándose que la edad gestacional más común está en el rango de las 33 a 35 semanas 59,77% 52 pacientes.

Se detalla las modificaciones cervicales que presentaban las pacientes al momento del ingreso al Maternidad Matilde Hidalgo de Procel, en la que mayor porcentaje fue 51,7% en la que tenían 2cm de dilatación y 20% de borramiento en 45 pacientes.

En cuanto la vía de nacimiento de los neonatos de aquellas madres que se desarrolló el trabajo de parto en la cual mayor porcentaje fue 83,3 % parto normal 10 pacientes y 16,7% cesárea 2 pacientes, valoración de la edad gestacional por medio del examen físico del RN se observa que el 75% son de 34- 35 semanas de gestación 5 el APGAR que reportaron lo recién nacidos a los 1minuto y a los 5 minutos fue de 5 a 8 el 50%.

Los recién nacidos prematuros que ingresan al área de cuidados intensivos neonatal (UCIN) el mayor porcentaje 83,3% 10 son ingresados con diagnostico síndrome de dificultad respiratoria

5.2 RECOMENDACIONES

- Capacitar a las pacientes con charlas sobre la importancia de realizar oportunamente los controles prenatales, y así evitar la amenaza de parto pretérmino.

- Realizar control eficiente en el área de consulta externa en aquellas pacientes con antecedentes de infección vías urinarias, para evitar que se de la amenaza de parto pretérmino**.**

- Fomentar mediante charlas dirigidas a las pacientes adolescentes sobre las causas y las complicaciones fetales al nacer antes de las semanas óptimas de gestación.

- Educar a las pacientes con ayuda de trípticos informativos sobre la importancia de la higiene íntima y el tipo de vestimentas que se deben utilizar en los meses de gestación, para evitar las infecciones genito urinarias.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Protocolos Asistenciales en Obstericia www.prosego.com .Actualizado 2012 sociedad española de ginecologi y obstetricia.

2. Behrman RE, Stith BA. *Preterm birth: causes, consequences, and prevention.* 1st ed. Editors Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes National Academies Press; 2007. Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth.*N Eng J Med* 2010;362(6):529-35.

3. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, et al. The preterm parturition syndrome. *BJOG* 2006;113 Suppl 3:17-42.Gravett MG, Rubens CE, Nunes TM; GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10 Suppl

4. GUIA CLÍNICA: AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Unitat de Prematuritat. Servei de Medicina Maternofetal, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

5. Guía de práctica clínica:AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO 2011 Cristina M. Laterraa, Sandra Susacasab, Ingrid Di Marcoc y Eduardo Valentid

6. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. DIAGNOSTICO. CONDUCTA Prof. Dra. Alejandra Elizalde Cremonte Ortiz2004

7. Nanda, The Cochrane Library, Review, 2004. Kling, Flenady y col. 1999. The Cochrane Library, 2004. . Crowley, The Cochrane Library, Review, 2004.

8. ReferenciasCloherty J, Stark A, Eichenwald E. Manual of Neonatal Care. 6th ed. Lippincott, Wilkins and Williams; 2008. Source: Síndrome de dificultad respiratoria neonatal http://www.umm.edu/esp_ency/article/001563.htm#ixzz2Uhd8Yq6Z Hemorragia interventricular (HIV)

9. Volpe JJ. Neurology of the Newborn. 5th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier;2008;http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007232.htm

10. Kosloske AM: Necrotizing enterocolitis. En: Oldham KT et al. Surgery of infants and children. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997:1201 Maayam-Metzger A, et al: Necrotizing enterocolitis in full term infants: Case control study and review of literature. J Perinatol 24:494-499, 200

11. Cowie RL, Murray J, Becklake MR. Disorders of the intrathoracic airways. In: Mason RJ, Broaddus VC, Martin TR, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 5th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010

12. http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/sepsis-neonatl.pdf http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/planes/tema03.htm

13. Webb GD, Smallhorn JF, Therrien J, Redington AN. Congenital heart disease. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 9th ed. Philadelphia, Pa:Saunders Elsevier; 2011: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001560.htm

14. Graham EM, Petersen SM, Christo DK, Fox HE. Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the prevention of perinatal brain injury. Obstet Gynecol. 2006; -.ACOG technical bulletin. Fetal heart rate patterns: Monitoring, interpretation and management. Int J Gynaecol Obstet 1995;. Thacker SB, Stroup DF. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. Cochrane Database Syst Rev 2001

15. http://www.monografias.com/trabajos65/retraso-mental/retraso-mental2.shtml

16. American Academy of Pediatrics. Reanimación Neonatal. 2006..CEFEN. Subcomisiones de Recomendaciones. Recomendaciones para el Control de la Saturación de Oxígeno Optima en prematuros. ArchArgent Pediatr 2004

17. Duvivier EH, Pollack Jr CV. Seizures. In: Marx, JA, ed. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009
18. http://es.wikipedia.org/wiki/Hipoacusia_neonatal
19. Componente normativo materno neonatal sistema nacional de salud consejo nacional de salud actualizado en el 2008
20. Protocolos asistenciales en obstetricia sociedad española de ginecología y obstetricia actualizado 2012.
21. www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html

7. ANEXOS

PRESUPUESTO

Costos de personal

RUBRO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)
Personal			
Viáticos	1	100	100,00
Movilización			100,00
Subtotal (USD)			**200,00**

Gastos administrativos

RUBRO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)
Servicios informáticos y electrónicos			
Internet			27,00
Impresión del trabajo	7	5,00	35,00
Copias	200	0,02	4,00
Anillados	7	1,00	7,00
Empastados	2	8,00	16,00
CD	3	0,60	1,80
Suministros de oficina			
Resmas de papel bond	2	6	12,00
Lápices	6	0,30	1,80
Borrador	1	0,25	0,25
TOTAL DEL PRESUPUESTO (USD)			**104,85**

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEP.				OCT.				NOV.				DIC.				ENE.				FEB.				MAR.				ABR.				MAY.				JUN.				JUL.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y presentación del tema para aprobación y asignación del tutor	X	X	X	X																																								
Revisión bibliográficas							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Presentación del anteproyecto al tutor, reajustes									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Recolección de datos																		x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Procesamiento y análisis de datos																									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Elaboración del informe final																													X	X	X	X	X	X	X	X								
Entrega de tesis a la secretaria del internado																																	X	X	X	X	X	X	X	X				
Sustentación																																									X	X	X	X

SOLICITUD

HOSPITAL MATERNO INFANTIL
"DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL"
DIRECCIÓN ASISTENCIAL
RECIBIDO
01 MAR 2013 HORA 13:48
Sra. Bárbara Castro A.
SECRETARIA

Guayaquil, 1 de Marzo del 2012

Dr.
FREDDY MONTOYA C.
GERENTE DEL HOSPITAL
Dra. MATILDE HIDALGO DE PROCEL
Ciudad.

De mi consideración:

Yo, **KARLA PATRICIA TORRES BRAVO** con C.I. 0503529695, interna de la escuela de Obstetricia, solicito a usted muy respetuosamente se me conceda la autorización para obtener datos estadísticos a realizar el trabajo de tesis cuyo tema es "**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y COMPLICACIONES NEONATALES. PROPUESTAS TERAPEUTICAS"** a realizarse durante el periodo del 6 de Septiembre 2012 a Febrero 2013 en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel

De antemano le agradecemos muy respetuosamente la acogida de esta solicitud.

Atentamente

2013 03 01
Administrativo / asto
Asesor
VISTO BUENO
01 MAR 2013
GERENCIA

Karla Torres B

KARLA PATRICIA TORRES BRAVO
C.I. 0503529695

ACTA DE COMPROMISO

Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud del Guayas
Hospital Materno Infantil "Dra. Matilde Hidalgo de Procel"
DOCENCIA E INVESTIGACIÒN

ACTA DE COMPROMISO

Yo KARLA PATRICIA TORRES BRAVOalumno de _QUINTO año de la Universidad de GUAYAQUIL Facultad de Ciencias Medicas Escuela de OBSTETRICIA, me comprometo a que una vez terminado el estudio de mi tesis en el Tema: AMENAZA DE PARTO PRETERMINO COMPLICACIONES NEONATALES PROPUESTA TERAPEUTICA, entregaré en físico y magnético una copia al Proceso de Docencia, del estudio realizado en el área de ESTADISTICA, en la Maternidad "Dra. Matilde Hidalgo de Procel".

Para constancia firman el acta:

NN Nombres
C.C. # 0503529695

Dra. Alexandra Vanegas Vélez
LÍDER DE DOCENCIA

Guayaquil, 28 de mayo de 2013

Hospital Materno Infantil del Guasmo. Av.12A S-E entre 54C S-E Fernando López Lara Calle 54B y Segunda Peatonal
www.msp.gob.ec
PBX: 2605968 – 2605909 - Fax: 2606000
Correo Electrónico: dirtechmhp@outlook.com Ext-102

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CAUSAS DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES NEONATALES EN LA PREMATUREZ

EDAD:

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL:

NOMBRES:

MOTIVO DE INGRESO:

ANTECEDENTES OBTETRICOS:

G P A C

FUM-.

DILATACION:

BORRAMIENTO:

CONTRACIONES UTERINAS:

DURACION DE LAS CONTRACCIONES

EXAMENES DE ORINA:

MANEJO DE LA PACIENTE EN HOSPITALIZACION:

MADURACION PULMONAR: SI NO

TOCOLITICO: SI NO

ANTIBIOTICOTERAPIA: SI NO

SI SE DESENCADENA EL TRABAJO DE PARTO

CESAREA PARTO

SEXO RN: MASCULINO FEMENINO

PESO: APGAR: EX FISICO RN