



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS EN EL
HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA EN
EL AÑO 2007-2008 Y PLAN EDUCATIVO**

**Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magíster
en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva**

Maestrante:

Obst. Lorena Yesenia Ganchozo Moreira

Tutor:

Dra. Inés Ortega

Guayaquil - Ecuador

2012



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS EN EL
HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA EN
EL AÑO 2007-2008 Y PLAN EDUCATIVO**

**Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magíster
en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva**

Maestrante:

Obst. Lorena Ganchozo

Tutor:

Dra. Inés Ortega

Quito - Ecuador

2012



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Esta Tesis cuya autoría corresponde a la **Obst. Lorena Yesenia Ganchozo Moreira** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**.

Dr. Wilson Maitta Mendoza

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Abigail Carriel Ubilla

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Gonzalo Sierra Briones

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Antonio Viteri Larreta

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Carmen Morán Flores
SECRETARIA
FAC.CIENCIAS MÉDICAS

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación de Tesis para optar el título de **MAGÍSTER en GERENCIA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.

Certifico: Que he dirigido y revisado la tesis de grado presentada por la **Sra. Obstetriz LORENA YESENIA GANCHOZO MOREIRA** con C.I. # 171532435-4

Cuyo tema de tesis es “**PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2007-2008 Y PLAN EDUCATIVO**”

Revisada y corregida que fue la tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

Dra. Inés Ortega

TUTOR

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

Lic. Marjorie Tatiana Ganchozo Moreira, con domicilio ubicada en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchila en la ciudad de Santo Domingo, Parroquia Puerto Limón, por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR:** Que he revisado la tesis de grado elaborada por la Sra. Obst. Lorena Yesenia Ganchozo Moreira con C.I. # 171532435-4 previo a la obtención del título de **MAGÍTER EN GERENCIA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

TEMA DE TESIS “PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2007-2008 Y PLAN EDUCATIVO”

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigente de la lengua española.

MARJORIE GANCHOZO

C.I. 171387485-5

Registro # 1031-02-273478

Teléfono: 080247191

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a **Dios** porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mi **esposo** Jhimmy, por su incondicional apoyo en todo momento ya que él, es la persona que me ha dado ejemplo de superación para alcanzar mis metas propuestas.

A mis **padres** Joffre y Carmen, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mí apoyo en todo momento.

A mis **hijas**, Damarys y Amelia porque son el mejor regalo que Dios me ha dado y la razón de seguirme superando día a día.

AGRADECIMIENTO

A mi **tutora**, Dra. Inés Ortega, por haberme guiado y compartir conmigo sus conocimientos, siendo un pilar muy importante en la culminación de mi tesis.

A mis **maestros** a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

Al **HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA**, al Sr. Dr. Humberto Navas Director del Hospital y al personal de estadística quienes me facilitaron la recolección de información en esta investigación.

A mi **esposo** Jhimmy, por su apoyo moral y económico para poder continuar mis estudios y lograr con éxitos mis sueños.

A mis **hermanos**, por haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me ayudaron a llegar donde estoy ahora.

RESUMEN

La madurez para el feto constituye el estado óptimo para desencadenar el parto, tolerar con éxito sus contingencias y adaptarse rápida y eficazmente a sus nuevas condiciones de vida. El parto prematuro es el nacimiento de un nuevo ser antes de 37 semanas de gestación y representa uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal. Con el propósito de determinar la prevalencia de partos prematuros en el hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora se realizó un estudio descriptivo, transversal, no experimental, por medio de recolección de datos de historias clínicas de partos pretérminos en los años 2007- 2008 para poder hacer un análisis y tratar de diseñar un plan educativo sobre la importancia de los controles prenatales para las madres embarazadas. En los años 2007 y 2008 se presentaron un total de 1300 partos prematuros en el hospital, lo cual se ha evidenciado en el año 2007 un total de 636 parto prematuros en donde el 13 % son adolescentes, el 39% son de 18 a 24 años, el 28 % son de 25 a 35 años y el 20 % son mayores de 35 años y el año 2008 tenemos, que de un total de 664 parto prematuros, el 13 % son adolescentes, el 39% son de 18 a 24 años, el 33 % son de 25 a 35 años y el 15 % son mayores de 35 años, indicando que no ha existido una disminución , en cuanto a su nivel de instrucción en el 2007 tenemos que un 46 % han cursado la primaria lo cual representa su mayor porcentaje y en el 2008 tenemos un 47% también han cursado la primaria.

PALABRAS CLAVES:

PARTO PRETÉRMINO, PREMATURIDAD, CONTROLES PRENATALES, PLAN EDUCATIVO, MORTALIDAD PRENATAL, MORBILIDAD PRENATAL.

SUMMARY

Maturity of the fetus is when the fetus is at the optimal state for being delivered, successfully surviving the risks of being born, and adapting rapidly and effectively to life's new conditions. Premature birth is the birth of a baby before 37 weeks of gestation and is one of the biggest sources of mortality and especially neonatal mortality. In order to determine the prevalence of premature births in the hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora, a descriptive, transversal, non-experimental study was done. Statistics from preterminated birth clinics were collected in 2007 and 2008 in order to perform an analysis and try to design an education plan about the importance of prenatal factors in pregnant women. In 2007 and 2008, there were 1300 premature births in the hospital. In 2007, there were 636 premature births, of which 13% were adolescents, 39% were of 18 to 24 years of age, 28% were of 25 to 35 years of age, and 20% were older than 35 years old. In 2008, there were 664 premature births, of which 13% were adolescents, 39% were of 18 to 24 years of age, 33% were of 25 to 35 years of age, and 15% were greater than 35 years of age, showing that there hasn't been a decrease, in their level of education in 2007 that 46% have completed primary school have been representing the highest percentage in 2008 and 47% have completed primary school have also.

KEYWORDS:

PRETERM BIRTH, PREMATURITY, PRENATAL CONTROLS, EDUCATION PLAN, PRENATAL MORTALITY, PRENATAL MORBIDITY.

INDICE

CARATULA.....	I
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
RESUMEN.....	VII
1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. OBJETIVOS	4
1.2.1. OBJETIVOS GENERALES	4
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	4
1.3. HIPÓTESIS.....	4
1.4. VARIABLES	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. DEFINICIÓN	6
2.2. ETIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO:.....	6
2.3. EPIDEMIOLOGÍA	7
2.4. CLASIFICACIÓN.....	9
2.4.1. BASADO EN LA EDAD GESTACIONAL	9
2.4.2. SEGÚN LA FINALIZACIÓN DEL PARTO	9
2.4.3. SEGÚN EL COMIENZO DEL PARTO	9
2.5. FACTORES DE RIESGO.....	10
2.5.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS	10
2.5.2. FACTORES PREVIOS AL EMBARAZO.....	10
2.5.3. FACTORES DEL COMPORTAMIENTO Y ENTORNO PRENATAL.....	10
2.5.4. FACTORES MATERNOS	10
2.6. CUADRO CLÍNICO	14
2.7. SÍNTOMAS QUE INDICAN TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO:	14
2.8. DIAGNÓSTICO.....	15
2.9. PREVENCIÓN.....	16
2.9.1. CONTROLES PRENATALES.....	16
2.9.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL.....	18

2.9.3.	ESQUEMA DE CONTROLES PRENATALES	18
2.10.	COMPLICACIONES	19
2.10.1.	COMPLICACIONES MEDICAS COMUNES EN LOS BEBES	20
2.11.	TRATAMIENTO.....	23
2.11.1.	TRATAMIENTO EN BEBÉS PREMATUROS	29
3.	MATERIALES Y MÉTODOS	30
3.1.	MATERIALES.....	30
3.1.1.	LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	30
3.1.2.	PERIODO DE INVESTIGACIÓN	30
3.1.3.	RECURSOS EMPLEADOS	30
3.1.3.1.	Recursos Humanos	30
3.1.3.2.	Recursos Físicos	30
3.1.3.3.	Recurso económico.....	31
3.1.4.	UNIVERSO Y MUESTRA	31
3.1.4.1.	Universo = Muestra	31
3.2.	MÉTODOS.....	31
3.2.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.2.2.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.	RESULTADOS Y DISCUSION	32
4.1.	DISCUSIÓN Y RESULTADOS	32
4.1.1.	RESULTADOS.....	33
4.1.2.	DISCUSIÓN	33
4.1.3.	PLAN EDUCATIVO - PREVENTIVO.....	54
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
5.1.	CONCLUSIONES	68
5.2	RECOMENDACIONES	70
6.	BIBLIOGRAFIA	71
8.	ANEXOS	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tabla de partos prematuros – Año 2007- 2008.....	33
Tabla 2: Tabla de datos según edad materna Año 2007 - 2008	35
Tabla 3: Tabla de datos según instrucción materna – Año 2007-2008.....	37
Tabla 4: Tabla de datos según estado civil– Año 2007-2008..	37
Tabla 5: Tabla de datos según la edad gestacional – Año 200- 2008	41
Tabla 6: Tabla de datos según el número de gesta – Año 200- 2008	43
Tabla 7: Tabla de datos según el tipo de parto – Año 2007- 2008.....	45
Tabla 8: Tabla de datos según el número de controles prenatales – Año 2007- 2008....	47
Tabla 9: Tabla de datos según el número de nacimientos – Año 2007-2008	49
Tabla 10: Tabla de datos según patología materna – Año 2007-2008.....	51
Tabla 11: Tabla de datos de estudios comparativos – Año 2007-2008	53
Tabla 12: Tabla de datos según partos prematuros mundial – Año 2010	55

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Porcentaje de partos prematuros – Año 2007- 2008.....	34
Figura 2: Porcentaje de pacientes según edad materna – Año 2007-2008.....	36
Figura 3: Porcentaje de pacientes según instrucción materna – Año 2007- 2008	38
Figura 4: Porcentaje de pacientes según estado civil – Año 2007- 2008.....	40
Figura 5: Porcentaje de pacientes según edad gestacional – Año 2007-2008.....	42
Figura 6: Porcentaje de pacientes según número de gestas– Año 2007- 2008	44
Figura 7: Porcentaje de pacientes según tipo de parto– Año 2007-2008.....	46
Figura 8: Porcentaje según el número de controles prenatales. – Año 2007-2008.....	48
Figura 9: Porcentaje según el número nacimientos prematuros – Año 2007 2008.....	50
Figura 10: Porcentaje según la patología materna – Año 2007- 2008.....	52
Figura 12: Porcentaje de estudios comparativos año 2007 – 2008.....	54
Figura 13: Porcentaje según tasa de partos prematuros en el mundo – Año 2010.....	56



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2007-2008 Y PLAN EDUCATIVO

AUTOR: Obst. LORENA YESENIA GANCHOZO MOREIRA

REVISORES: Dra. INÉS ALBERTINA ORTEGA MENDOZA

INSTITUCIÓN:

FACULTAD:

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA:MAESTRÍA

FECHA DE PUBLICACIÓN: 15 de Octubre 2011

N. DE PAGS: 100

ÁREAS TEMÁTICAS: ÁREA DE LA SALUD

PALABRAS CLAVE: PARTO PRETÉRMINO, PREMATURIDAD, CONTROLES PRENATALES, PLAN EDUCATIVO, MORTALIDAD PRENATAL, MORBILIDAD PRENATAL

RESUMEN: Con el propósito de determinar la prevalencia de partos prematuros en el hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora se realizó un estudio descriptivo, correlacional, no experimental, por medio de recolección de datos de historias clínicas de partos pretérminos en los años 2007- 2008 para poder hacer un análisis y tratar de diseñar un plan educativo sobre la importancia de los controles prenatales para las madres embarazadas. En los años 2007 y 2008 se presentaron un total de 1300 partos prematuros en el hospital, lo cual se ha evidenciado en el año 2007 un total de 636 parto prematuros en donde el 13 % son adolescentes, el 39% son de 18 a 24 años, el 28 % son de 25 a 35 años y el 20 % son mayores de 35 años y el año 2008 tenemos, que de un total de 664 parto prematuros, el 13 % son adolescentes, el 39% son de 18 a 24 años, el 33 % son de 25 a 35 años y el 15 % son mayores de 35 años, indicando que no ha existido una disminución , en cuanto a su nivel de instrucción en el 2007 tenemos que un 46 % han cursado la primaria lo cual representa su mayor porcentaje y en el 2008 tenemos un 47% también han cursado la primaria.

N. DE REGISTRO (en base de datos):

N. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTORES/ES:

Teléfono:094748640

E-mail: lorenaygm @yahoo.com

CONTACTO EN LA INSTITUCION:

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

1. INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva es parte de la salud integral y es necesario conocer las necesidades y los problemas que las madres embarazadas enfrentan para así desarrollar programas de promoción, de protección y de prevención efectivos y eficaces. (21)

Todos los años nacen en el mundo millones de niños prematuros, lo cual es causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Así mismo, según La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un documento publicado en el año 2000, el parto pretérmino es definido, como aquel que ocurre entre las 22 semanas y las 36 semanas, siendo su incidencia aproximada del 8 al 10 % del total de partos.

El parto prematuro es el nacimiento de un nuevo ser antes de las 37 semanas de gestación. (21)

Cuando un parto es prematuro implica aceptar que se ha interrumpido el periodo de gestación antes que el feto haya alcanzado suficiente madurez para adaptarse a la vida extrauterina, necesitando de cuidados especiales para poder sobrevivir.

El parto pretérmino espontáneo es responsable de más de un 50% de los nacimientos de pretérmino. (6)

Estas son razones importantes para que se realice un estudio, poder hacer conciencia y tomar medidas que disminuyan este problema tanto en los centros de salud como en la comunidad y que nos permite llegar a un parto a término. (6)

En base a la epidemiología, fisiopatología y las estrategias terapéuticas acerca del trabajo de parto pretérmino. A pesar de todos los esfuerzos, el parto pretérmino continúa siendo un problema clínico importante, siendo un componente esencial de la morbimortalidad neonatal. Aunque aumentaron los conocimientos acerca de la fisiopatología del trabajo de parto pretérmino con respecto a las últimas décadas, no se han descubierto intervenciones terapéuticas efectivas para disminuir el parto pretérmino espontáneo. (8)

Algunos eventos y trastornos en la madre pueden contribuir a un parto prematuro. Un bajo nivel socioeconómico o el nivel de educación así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años de edad. Además, en los Estados Unidos y en Inglaterra, las

mujeres afro-americanas y afro-caribeñas tienen tasas de parto prematuro 15-18% más que la población blanca. (8)

Los síntomas son, dolor abdominal de tipo cólico menstrual, dolor en la región lumbar, presión en hipogastrio, aumento o cambio del flujo vaginal, pérdida de líquido a través de la vagina, sangrado vaginal. (20)

El diagnóstico del parto pretérmino se lo hace en aquella embarazada que siente contracciones uterinas por medio de examen físico, el monitoreo electrónico y la ecografía. (3)

La tasa de prematurez en los países desarrollados alcanza valores del 8%. Por ejemplo en EEUU la tasa es del 11% mientras que en Europa varía del 5 al 7%. A pesar de los avances en la atención obstétrica estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años. De hecho en algunos países industrializados han aumentado levemente. En estos países el parto pretérmino sigue siendo la causa principal de morbilidad neonatal y es responsable del 60 al 80% de las muertes neonatales de aquellos recién nacidos sin malformaciones. (8)

La mayor parte de los nacimientos pretérmino ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa en la morbilidad y mortalidad perinatales. En los registros del sistema de salud pública de Argentina la cifra correspondiente a muertes neonatales por partos pretérmino ha llegado hasta el 78%. (8)

En Cuba, el parto pretérmino constituye el principal problema obstétrico actual, entre el 8 y 9% de los nacimientos están representados por los pretérmino, y estos constituyen el 75% de la mortalidad perinatal. (8)

En América Latina en el 2007 la prevalencia de parto pretérmino se ubica entre el 10 y 43% de los nacidos vivos. En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 5-6%. (26)

En el Ecuador también la tasa de mortalidad de niños que nacieron antes de la 37 semanas de gestación es alta a pesar de los avances tecnológicos, equipamiento en hospitales y del aumento de personas capacitadas para impartirlos conocimientos a las poblaciones sobre la importancia de los controles prenatales, no se ha podido aun disminuir y prevenir un parto prematuro. (21)

El Ministerio de Salud en el Ecuador también confirma que la mortalidad infantil en todo el país es de 22,5 por 1 000 nacidos vivos. Según estadísticas oficiales, entre el 13 y 15% de los infantes en el país está naciendo antes de tiempo. Desde el 2000 para acá, las cifras se han incrementado y del total de prematuros el 28% fueron decesos de recién nacidos. (21)

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC, en el 2008 hubo 206.215 nacimientos en el país. De ese total, entre el 13% y 15% (más de 26.000 menores) nacieron prematuros. Un bebé prematuro permanece en cuidados especiales en la Maternidad Enrique Sotomayor. La entidad registra un aumento constante de estos casos, del 4,% en el 2000; 7,3% en el 2005, y 2008 un 8,5%.(24)

En la Maternidad Isidro Ayora, de Quito, que registra un promedio de 11 000 partos al año 5.3% prematuros y la tendencia de la mortalidad materna durante el período 1995-2004 no presenta bajas significativas al contrario de 62.7 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1995, ha aumentado a 76.4 en el 2005, con un pico de 96.9 muertes en el 20015. Situación similar se observa en las altas tasa de mortalidad infantil y neonatal. Lo que refleja la relación que existe entre las tasas de mortalidad materno- infantil y neonatal y las condiciones socioeconómicas del país. (24)

Se realizó la investigación con datos estadísticos tomados de historias clínicas del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora con diagnóstico de parto prematuro en los años 2007 y 2008 con un total de 1300 partos prematuros de las cuales me di cuenta que entre un 38 y 39% comprendieron en edades entre los 18 y 24 años de edad en ambos años y la diferencia es mínima ya que según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC, en el 2008 hubo 206.215 nacimientos en el país, de ese total, entre el 13% y 15% nacieron prematuros.(24)

Tomando en cuenta que los niveles de partos prematuros en esta casa de salud no han disminuido, por esto que es importante crear estrategias necesarias y tratar de disminuir el elevado índice de partos prematuro para así mejorar la calidad de vida de la madre y su hijo.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVOS GENERALES

- Determinar la prevalencia de partos prematuros en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el año 2007- 2008 para el diseño y ejecución de un Plan Educativo dirigido a la prevención del riesgo en las embarazadas.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores más importantes que provocaron el nacimiento pretérmino.
- Detectar cuál es la edad gestacional de mayor riesgo para el nacimiento prematuro.
- Determinar las características de las mujeres que tienen mayor riesgo de partos prematuros y el número de controles prenatales que cumplieron.
- Cuantificar las muertes neonatales por prematuridad.
- Diseñar y ejecutar un plan educativo para capacitar a las madres embarazadas acerca de la importancia de los controles prenatales en función de los resultados obtenidos.

1.3. HIPÓTESIS

- Un plan educativo dirigido a todas las madres embarazadas que acudan a la Maternidad Isidro Ayora sobre la importancia de los Controles Prenatales, contribuirá a reducir la prevalencia de parto prematuro.

1.4. VARIABLES.

➤ **VARIABLE DEPENDIENTE.-**

Plan educativo

➤ **VARIABLE INDEPENDIENTE.-**

Prevalencia de Partos Prematuros

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN

Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuro y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación con el medio ambiente. (15)

Incidencia: 8 al 10% de todos los nacimientos. Es una enfermedad social, asociada a la pobreza, desnutrición, analfabetismo y falta de controles prenatales, por lo que su incidencia aumenta proporcionalmente a los índices de pobreza y ausencia de controles. (8)

Morbimortalidad: es responsable del 75% de todas las muertes perinatales (excluyendo a las malformaciones) y del 50% de las anomalías neurológicas del recién nacido.(8)

2.2. ETIOLOGIA DEL PARTO PRETERMINO:

- Parto espontáneo : **35 %**
- Parto programado : **30 %**
- Trastornos fetales y maternos : **25 %**
- Embarazo múltiple : **10 %**

El parto prematuro puede ser, idiopático, por RPM o iatrogénico. El primero es el que conforma la verdadera entidad del síndrome, el segundo es uno de los iniciadores del trabajo de parto y el tercero es el resultado de incorrectas valoraciones de edad gestacional o de necesidades reales de terminación del embarazo por causas maternas o fetales. (9)

Se deben establecer con seguridad que encontremos tres elementos:

- 1) Edad gestacional, menor de 37 semanas que en la práctica se hace a partir de la FUM, otra posibilidad es contar con diagnóstico ecográfico, sobre todo las del primer trimestre.
- 2) Cambios en la dinámica Uterina contracciones no esperadas para la E.G
- 3) Modificaciones cervicales borramiento, dilatación, expulsión de limos, etc. (9)

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

- Estimamos que en 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). (8)
- En Europa y muchos países desarrollados la tasa de nacimientos prematuros es generalmente 5-9a%. (8)
- En España, en la Encuesta Nacional de Mortalidad Perinatal realizada en 1995 por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la incidencia de partos pretérminos era de 6.94%. (8)
- En los EE.UU. incluso ha aumentado al 12-13% en las últimas décadas. Uno de cada diez bebés nacidos, nace prematuro. (8)
- En América Latina en el 2007 la prevalencia de parto pretérmino se ubica entre el 10 y 43% de los nacidos vivos. (8)
- En Cataluña se ha producido un importante aumento de los porcentajes de prematuridad entre los años 1993, en que se registró una tasa del 5,5%, y en el 2002 con una tasa del 7.6%. (8)

- En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, Colombia la frecuencia de prematuridad es del 10.6% cuando se incluye la edad gestacional entre 28 y 36 semanas en el 2007. (8)
- En Cuba, el parto pretérmino constituye el principal problema obstétrico actual, pues a pesar de la atención médica general integral que se brinda a nivel de comunidad, el desarrollo del programa materno infantil y el perfeccionamiento de nuestras instalaciones de salud, desarrollado por la revolución, entre el 8 y 9% de los nacimientos están representados por los pretérmino, y estos constituyen el 75% de la mortalidad perinatal. (8)
- El Ministerio de Salud en el Ecuador también confirma que la mortalidad infantil en todo el país es de 22,5 por 1 000 nacidos vivos. Según la directora general de Salud, Nancy Vásquez, de esa cifra, el 60 por ciento corresponde a muertes que se registran antes de cumplir los 27 días de nacido, es decir, en los niños que están catalogados como prematuros. (21)
- En Ecuador la situación no es menos preocupante. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC, en el 2008 hubo 206.215 nacimientos en el país. De ese total, entre el 13% y 15% (más de 26.000 menores) nacieron prematuros. (24)
- Esta tendencia nacional se repite en la Maternidad Isidro Ayora, de Quito, que registra un promedio de 11 000 partos al año, la mayor estadística del país. Igual sucede en el área de Neonatología del Hospital Carlos Andrade Marín, del Seguro Social, donde cada año nacen por lo menos 3 500 infantes. De ese total, el 11 por ciento tiene prematurez y está afectado por la enfermedad de membrana hialina. La supervisora de Neonatología de la Maternidad Isidro Ayora, doctora Linda Arturo, señala que por su condición los bebés prematuros no tienen una inmunidad que sea de lo mejor y eso hace que se vuelvan proclives a contraer cualquier enfermedad. (24)
- Según estadísticas oficiales, entre el 13 y 15% de los infantes en el país está naciendo antes de tiempo. Desde el 2000 para acá, las cifras se han incrementado.

2.4. CLASIFICACIÓN

2.4.1. BASADO EN LA EDAD GESTACIONAL

- **Prematuridad extrema.** El 5% de los pretérminos se producen antes de las 28 semanas. (3)
- **Prematuro severo.** El 15% se producen entre la semana 28-31. (3)
- **Prematuro moderado.** El 20% se producen entre las 32-33 semanas. (3)
- **Prematuro Leve.** El 60-70% se producen entre las 34 -36 semanas. (3)

2.4.2. SEGÚN LA FINALIZACIÓN DEL PARTO

- **Parto eutócico:** es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.(3)
- **Parto distócico:** cuando se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto. (3)

2.4.3. SEGÚN EL COMIENZO DEL PARTO

- **Parto espontáneo:** cuando el feto presenta diversas variedades de presentación, diferentes a la vértice y no es necesario realizar maniobras quirúrgicas para su expulsión. (3)
- **Parto inducido-estimulado:** cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo del parto mediante medicación exógena. (3)

2.5. FACTORES DE RIESGO

Los factores que aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un parto prematuro:

2.5.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

- Origen afro americano.
- Edad inferior a 17 o superior a 40.

- Pobreza.
- Soltería.
- Analfabetismo. (4)

2.5.2. FACTORES PREVIOS AL EMBARAZO

- No haber tenido hijos anteriormente o tener más de 4.
- Ser de baja estatura o delgada.
- Haber tenido ya algún bebé de bajo peso o aborto.
- Haber nacido prematuro y con bajo peso.
- Madre adolescente.
- Sufrir alteraciones genitourinarias o hipertensión crónica. (4)

2.5.3. FACTORES DEL COMPORTAMIENTO Y ENTORNO PRENATAL.

- Una insuficiente nutrición.
- Inadecuada nutrición prenatal.
- Fumar, consumo de alcohol u otras drogas.
- Exposición a grandes alturas, a sustancias tóxicas o al estrés.
- Trabajos forzosos.(4)

2.5.4. FACTORES MATERNOS

- Las mujeres con cantidades anormales de líquido amniótico, como el polihidramnios u el oligohidramnios también están en situación de riesgo. (1)
- El estado mental de las mujeres es importante. La ansiedad y la depresión se han relacionado con el parto pretérmino. (1)
- El consumo de tabaco, cocaína, y el exceso de alcohol durante el embarazo también aumenta el riesgo de un parto pretérmino. El tabaco es la droga más

comúnmente usada durante el embarazo y también contribuye de manera significativa al parto de un recién nacido de bajo peso al nacer. (1)

- Los bebés con defectos de nacimiento se encuentran en mayor riesgo de nacer prematuros. (1)
- Infecciones cervicales, uterinas o del tracto urinario. Ciertas enfermedades de transmisión sexual. (1)
- Las mujeres que han tratado de concebir por más de un año antes de quedar embarazadas están en alto riesgo de un nacimiento prematuro. (1)
- Preeclampsia.
- El antecedente de un parto prematuro previo.
- Síntomas de parto prematuro.
- Rotura prematura de membranas.
- Incompetencia cervical
- Bajo peso preconcepcional, insuficiente aumento de peso en el embarazo. (1)
- Embarazo múltiple. (1)

Las pacientes con parto pretérmino deben ser valoradas para excluir una etiología infecciosa (p. ej., corioamnionitis) y otras causas conocidas (p. ej., sobre distensión uterina). El parto pretérmino asociado a hemorragia vaginal o rotura de membranas es difícil de detener. En ocasiones es útil el reposo en cama pero, si comienzan la dilatación y borramiento cervicales, el parto suele progresar hasta el período expulsivo. El parto pretérmino no asociado con sangrado o flujo de líquido amniótico puede detenerse en el 50% de los casos mediante hidratación y reposo en cama. Debe evitarse la administración de alcohol etílico o barbitúricos por sus efectos perjudiciales sobre la madre y el feto. El tratamiento de elección es la perfusión i.v. de sulfato de magnesio, similar a la utilizada en la preeclampsia. (5)

El parto es un proceso complejo que involucra muchos factores. Se han identificado cuatro diferentes vías que pueden resultar en el nacimiento prematuro y tienen considerable evidencia:

- Activación endocrina fetal precoz.
- Sobre distensión uterina.

- Hemorragia decidual, intrauterina
- La inflamación o infección.

La activación de una o más de estas vías puede haber ocurrido gradualmente a lo largo de semanas, incluso meses. En la práctica una serie de factores han sido identificados que se asocian con un nacimiento pretérmino. (5)

Tres eventos obstétricos preceden un parto pretérmino:

- Partos prematuros espontáneos constan un 40 - 45%.
- Aquellos que son consecuencia de una ruptura prematura de membranas el 25-30%.
- El resto (30-35% de los casos) son inducidos por razones obstétricas; como un deterioro del medio intrauterino por infección, retraso del crecimiento intrauterino o peligro significativo de la salud materna en la preeclampsia y cáncer.

Como el peso al nacer es más fácil de determinar que la edad gestacional, la Organización Mundial de la Salud hace un seguimiento de los recién nacidos de bajo peso al nacer (<2.500 g), los cuales ocurren en un 16,5% de los nacimientos en las regiones menos desarrolladas durante el año 2000. Se estima que un tercio de esos nacimientos de bajo peso al nacer se debieron a un parto pretérmino. Por lo general, el peso se correlaciona con la edad gestacional, sin embargo, los niños pueden tener pesos inferiores al rango normal por otros motivos que el parto prematuro. Entre los recién nacidos de bajo peso al nacer también se incluyen los *que* nacen a término y que son pequeños para la edad gestacional. La clasificación basada en el peso reconoce también el grupo de los que son de muy bajo peso al nacer, que nacen con menos de 1500 g, y aquellos con muy bajo peso al nacer, que pesan menos de 1000 g. Casi todos los recién nacidos en estos dos últimos grupos han nacido prematuramente. (8)

En Ecuador, uno de cada cinco partos corresponde a adolescentes menores de 19 años, según informó el Gobierno nacional. Además, en la última década, los embarazos de 10 a 14 años aumentaron en un 14 por ciento y de las jóvenes embarazadas, el 45 % no estudia ni trabaja. (24)

En el caso de la Maternidad Isidro Ayora, uno de los centros obstétricos más grandes del país, el embarazo adolescente alcanzó en los dos últimos años cifras significativas. En 2008, el porcentaje fue de 26,5 % y en 2010 del 27% o sea que va en aumento y aún no se ha podido reducir el índice de embarazo en adolescentes. (24)

Varios estudios sugieren que el exceso de estrés puede aumentar el riesgo de parto prematuro y de que el bebé nazca con bajo peso.

Algunos eventos y trastornos en la madre pueden contribuir a un parto prematuro. Un bajo nivel socioeconómico o el nivel de educación así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años de edad. Además, en los Estados Unidos y el Reino Unido, las mujeres afro-americanas y afro-caribeñas tienen tasas de parto prematuro 15-18% más que la población blanca. Esta discrepancia no se ve en comparación con inmigrantes asiáticas o hispanas y sigue siendo un hecho inexplicable. (8)

El intervalo entre embarazos hace una diferencia ya que las mujeres con un período de 6 meses o menor entre un embarazo y el siguiente tienen un aumento del doble en partos prematuros. Los estudios sobre el tipo de parto y la actividad física han dado resultados contradictorios, pero se consideró que las condiciones estresantes, el trabajo laborioso, largas horas laborales tienen una probable asociación con la prematuridad. Los pacientes que han tenido abortos inducidos en el pasado han demostrado tener un mayor riesgo de nacimientos pretérminos sólo si la terminación se realizó quirúrgicamente, pero no por vías médicas. (11)

La adecuada nutrición materna es importante, pues las mujeres con un bajo índice de masa corporal tienen un mayor riesgo de prematuridad. Además, las mujeres con un estado nutricional deficiente también pueden estar deficientes en vitaminas y minerales. Una nutrición adecuada es fundamental para el desarrollo del feto y una dieta baja en grasas saturadas y colesterol puede ayudar a reducir el riesgo de un parto prematuro. La obesidad no conlleva directamente a un nacimiento pretérmino, pero se asocia con la Diabetes y la hipertensión arterial que son factores de riesgo por sí mismos. Las mujeres con antecedentes de partos prematuros están en mayor riesgo de recurrencia a un ritmo del 15-50% dependiendo del número de acontecimientos previos. En cierta medida,

estas son madres que suelen tener condiciones subyacentes crónicas, es decir, malformación uterina, hipertensión o diabetes. El componente genético es un factor en la causalidad de nacimientos prematuros. Se ha demostrado un riesgo aumentado de prematuridad entre una generación y otra. No hay un gen identificado aún, y al parecer por la complejidad de la iniciación del trabajo de parto, son numerosas las interacciones genéticas polimórficas las que pueden ser vinculadas a la etiología. (6)

2.6. CUADRO CLÍNICO

Los síntomas de un parto prematuro espontáneo inminente señalan a un probable parto prematuro; tales signos se componen de cuatro o más contracciones uterinas en una hora antes de las 37 semanas de gestación. En contraste con las falsas alarmas, los partos verdaderos se acompañan de acortamiento del cuello del útero y borramiento del mismo. Además, se caracteriza por sangrado vaginal en el tercer trimestre, una fuerte presión en la pelvis, y/o dolor abdominal o de espalda los cuales pueden ser indicadores de que un parto prematuro está a punto de ocurrir. (15)

Un flujo acuoso por la vagina puede indicar la rotura prematura de las membranas que rodean al feto. Si bien la ruptura de las membranas no siempre va seguida por un trabajo de parto, por lo general, pueden causar infección conocida como corioamnionitis, que es una amenaza real tanto para el feto como para la madre, por lo que se indica el parto. En algunos casos, el cuello uterino se dilata prematuramente sin dolor o sin la percepción de las contracciones uterinas, por lo que la madre puede no tener señales de advertencia hasta que sea muy tarde en el proceso del parto. (15)

2.7. SÍNTOMAS QUE INDICAN TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO:

- Dolores abdominal de tipo cólico menstrual.
- Dolor de espalda en la región lumbar.
- Presión en hipogastrio.
- Aumento o cambio del flujo vaginal.
- Pérdida de líquido a través de la vagina.
- Sangrado vaginal. (15)

2.8. DIAGNÓSTICO

Se usa un monitor fetal para ver si hay contracciones. A la madre se le pone dos cinturones en la cintura, los cuales gravan: las contracciones y el latido del corazón del feto. Estos cinturones tienen dos pequeños aparatos en lugares adecuados. Usted esta en parto prematuro si su examen vaginal muestra que las contracciones están causando que su cuello uterino cambie: abriéndose y adelgazándose. Para ver si su cuello uterino se ha acortado, un ultrasonido vaginal, será colocado una sonda un poco adentro de la vagina. Su doctor puede que le haga una prueba de fibronectina fetal. Esta prueba se hace tomando una muestra de alrededor del cuello uterino, durante el examen vaginal, tal como se hace un examen de Papanicolaou. Si esta prueba es negativa, hay un 99% de posibilidad de que usted no va a tener su parto por otras dos semanas o más. Si es positiva, hay un 50% posibilidad de que su bebé nazca antes del día estimado de nacimiento. (20)

Criterios diagnósticos sugeridos son los siguientes: edad gestacional entre 20 y 37 semanas; Contracciones uterinas persistentes de 3 en 30 minutos u 8 en 60 minutos y cambios cervicales documentados de borramiento de más de un 50% ó dilatación cervical de > 1 cm. Las pacientes en las cuales se sospeche la condición de TPP, que cumplan solo los requisitos de contracciones uterinas, deben ser observadas por dos horas en orden a confirmar el diagnóstico. En este período se debe certificar si se presentan cambios en la evaluación del cervix uterino, o si la actividad contráctil uterina persiste, si el diagnóstico es falso TPP, se debe dar de alta. Si se confirma el diagnóstico de trabajo de parto prematuro, las acciones principales a seguir son: (19)

- Tocolisis
- Corticoides
- Profilaxis infección por estreptococo grupo B
- Descartar ITU
- Ultrasonido y vigilancia antenatal (19)

2.9. PREVENCIÓN

La prevención del parto pretérmino se ha enfocado en dos áreas:

1. Reduciendo los factores de riesgo.
2. Mejorando la calidad de vida, aumentando el aporte nutricional y de los ingresos y reduciendo el estrés físico y emocional. (3)

2.9.1. CONTROLES PRENATALES.

Es un conjunto de procedimientos que se prestan a la embarazada y permita la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo en el aspecto biológico, físico y mental.

- Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos
- Destinados a prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.
- Preparación física y psíquica de la madre para el parto y cuidado del RN.
- Identificar los factores de riesgo. (17)

Objetivos control prenatal

- Diagnosticar la edad gestacional (EG)
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre. (17)

El éxito se mide con 3 indicadores:

- 1.- Mortalidad materna
- 2.- Mortalidad perinatal
- 3.- Atención profesional del parto (17)

- Para que un programa de **Cp** tenga un impacto en estos indicadores debe ser: eficaz, eficiente, de amplia cobertura, de inicio precoz y atención profesional del parto (>90%).
- Debe estar organizado en niveles de complejidad.
- El **70%** de las embarazadas no presenta factores de riesgo.
- Equipamiento básico.(19)

Control prenatal eficaz y eficiente

- Cobertura igual o superior al 90%.
- Control prenatal por profesionales (médicos generales, enfermeras, gineco-obstetras).
- Control prenatal según niveles de atención (primario, secundario y terciario).
- Normas de atención validadas.
- Infraestructura tecnológica mínima indispensable. (17)

MATERIAL NECESARIO PARA REALIZAR EL CONTROL PRENATAL

- Esfingomanómetro.
- Balanza con tallímetro
- Mesa ginecológica.
- Cinta flexible de medir.
- Estetoscopio de Pinard o Sonicaid .
- Espéculos vaginales.
- Material para Papanicolaou.
- Sistema de registro (20)

2.9.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL.

Precoz. Debe iniciarse lo más temprano posible, lo que permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control prenatal.(20)

Periódico. Los controles deben repetirse con una frecuencia y oportunidad que varían según el riesgo del embarazo. (20)

Integral. Garantiza las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y su hijo/a. (20)

2.9.3. ESQUEMA DE CONTROLES PRENATALES

- Nivel Optimo 12 controles.
- Uno mensual hasta las 32 semanas de gestación.
- Uno cada 2 semanas hasta las 36 semanas.
- Uno semanal hasta el momento del parto. (14)

Otros programas dirigidos a disminuir la incidencia de parto pretérmino se han focalizado en el tamizaje para la detección de contracciones uterinas prematuras y cambios cervicales antes del inicio del verdadero trabajo de parto. Estos programas incluyen: (14)

- Educación de las pacientes para reconocer las contracciones prematuras.
- La vigilancia continúa por el profesional, de los cambios cervicales.
- El monitoreo domiciliario de la actividad uterina. (14)

Los programas educativos generalmente entrenan a las mujeres para reconocer los síntomas del trabajo de parto pretérmino, como ser las contracciones uterinas, la presión pélvica y la pérdida vaginal. Además se han implementado los exámenes vaginales semanales con el fin de detectar cambios cervicales tempranos. En su prevención hay que considerar todos los factores antes mencionados y usar leche materna, teniendo precaución de no alimentar en forma muy precoz y con aumento brusco de volúmenes. Hay que estar alerta a sus primeros síntomas, que son poco específicos: alteraciones de

la termorregulación, apnea, hipotonía, baja reactividad. Más específicos y típicos es la triada de residuo gástrico bilioso, distensión abdominal y deposiciones con sangre. La confirmación del diagnóstico se hace con la radiografía de abdomen donde se observan imágenes típicas de gas intraluminal: neumatosis intestinal aire en la circulación portal. (16)

Por último mencionaremos la fibroplasia retrolental, importante causa de ceguera en los niños. El sustrato fundamental para su génesis es la inmadurez de los vasos retinianos y la exposición a altas presiones parciales de oxígeno. (17)

2.10.COMPLICACIONES

El parto prematuro es una de las complicaciones más urgentes en la medicina, el índice de mortalidad de los neonatos es 40 veces mayor de los que llegan a término de la gestación. Asimismo la relación de parto prematuro con la parálisis cerebral puede ser hasta 10 veces mayor. Las deficiencias visuales y auditivas, los trastornos emocionales son otras complicaciones que se pueden presentar. (3)

Los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación, muestran signos físicos de su nacimiento prematuro y también pueden desarrollar otros problemas como: ictericia, hipoglucemia, hipocalcemia, síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia intracraneal, retinopatía prematura, enterocolitis necrosante y raquitismo. Como las unidades neonatológicas de cuidado intensivo han mejorado con los años, la etapa de gestación menor ha bajado alrededor de 25 semanas (400-500 gramos). Como el riesgo de daño cerebral y desarrollo tardío es alto si es que un bebé sobrevive en este período, existe una controversia ética en cuanto a la agresividad de los cuidados de dicho bebés. (2)

2.10.1 COMPLICACIONES MÉDICAS COMUNES EN LOS BEBÉS PREMATUROS.

Hay una serie de complicaciones que son más comunes en los bebés prematuros que en los bebés nacidos a término:

Síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Cerca de 23,000 bebés al año la mayoría de ellos nacidos antes de las 34 semanas de gestación padecen este problema respiratorio. Los bebés con SDR carecen de una proteína llamada surfactante que impide que los pequeños sacos de aire que hay en los pulmones se colapsen. El tratamiento con surfactante ayuda a los bebés a respirar con más facilidad. Desde que fue introducido en 1990, las muertes a causa de SDR han disminuido en aproximadamente la mitad. (5)

El médico puede sospechar que el bebé tiene SDR cuando nota que hace esfuerzo al respirar. A menudo, el diagnóstico puede confirmarse mediante una radiografía de los pulmones y análisis de sangre. Además del tratamiento con surfactante, los bebés con SDR pueden necesitar oxígeno adicional y asistencia respiratoria mecánica para mantener dilatados los pulmones. Es posible que necesiten usar un respirador o que deban recibir un tratamiento conocido como presión positiva continua en las vías respiratorias (PPCV), un método que consiste en aplicar aire presurizado a los pulmones del bebé a través de pequeños tubos que se colocan en la nariz del bebé, o a través de un tubo que se le inserta en la tráquea. La PPCV ayuda al bebé a respirar, pero no respira por él. Los bebés más enfermos pueden necesitar la ayuda de un respirador que respire por ellos mientras sus pulmones maduran. (5)

Apnea. A veces, los bebés prematuros dejan de respirar durante 20 segundos o más. Esta interrupción en la respiración se denomina apnea y puede ir acompañada de una reducción en el ritmo cardíaco. Los bebés prematuros están bajo observación constante para detectar cualquier caso de apnea. Si el bebé deja de respirar, el personal de enfermería lo estimulará dándole palmaditas o tocándole las plantas de los pies.(13)

Hemorragia intraventricular (HIV). Las hemorragias cerebrales son comunes en algunos bebés prematuros, en particular aquellos nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Normalmente, estas hemorragias se producen durante los primeros tres días de vida y, por lo general, pueden diagnosticarse mediante un ultrasonido. Casi todas las hemorragias cerebrales son leves y se resuelven solas, provocando pocas o ninguna consecuencia permanente. Las hemorragias más graves pueden afectar la sustancia del cerebro o hacer que los ventrículos cerebrales (unas cavidades del cerebro que están llenas de líquido) se dilaten rápidamente y aumenten la presión sobre él, lo cual puede producir daño cerebral (como parálisis cerebral o problemas de aprendizaje y conducta). Cuando el líquido permanece en los ventrículos, los neurocirujanos suelen introducir un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir el riesgo de daño cerebral. (13)

Conducto arterial patente (CAP). El conducto arterial patente es un problema cardíaco comúnmente observado en los bebés prematuros. Antes del nacimiento, una arteria grande llamada ductus arteriosus o conducto arterial hace que la sangre se desvíe y no pase por los pulmones ya que el feto recibe el oxígeno que necesita a través de la placenta. Normalmente, el conducto arterial se cierra poco después del nacimiento para que la sangre pueda circular hacia los pulmones y absorber oxígeno. Cuando el conducto arterial no se cierra adecuadamente, puede llevar a insuficiencia cardíaca. El CAP puede diagnosticarse mediante un tipo especial de ultrasonido conocido como ecocardiografía o con otras pruebas por imágenes. Los bebés con CAP se tratan con un medicamento que ayuda a cerrar el conducto arterial, aunque puede requerirse cirugía si el medicamento no resulta eficaz.(4)

Enterocolitis necrotizante (ECN). Algunos bebés prematuros desarrollan este problema intestinal potencialmente peligroso de dos a tres semanas después del nacimiento, que puede llevar a dificultades de alimentación, hinchazón abdominal y otras complicaciones. La ECN puede diagnosticarse mediante análisis de sangre y pruebas por imágenes, como radiografías. Los bebés afectados se tratan con antibióticos y se alimentan por vía intravenosa mientras su intestino se cura. En algunos casos, es necesario realizar una cirugía para extirpar secciones lesionadas del intestino.(4)

Retinopatía de la premadurez (RDP). La retinopatía de la premadurez es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos del ojo que puede llevar a la pérdida de la visión y se produce principalmente en los bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación. La RDP puede diagnosticarse mediante un examen oftalmológico varias semanas después del nacimiento. La mayoría de los casos son leves y los ojos se curan solos con poca o ninguna pérdida de la visión. En los casos más graves, el oftalmólogo puede tratar los vasos anormales con láser o con crioterapia (congelamiento) para proteger la retina y preservar la visión. (9)

Ictericia. Los bebés prematuros tienen más probabilidades que los bebés nacidos a término de desarrollar ictericia ya que sus hígados no se encuentran lo suficientemente maduros para eliminar un producto de desecho llamado bilirrubina de la sangre. Los bebés con ictericia se caracterizan por tener un color amarillento en la piel y en los ojos. La ictericia suele ser leve y, por lo general, no es perjudicial. No obstante, si la concentración de bilirrubina es muy elevada puede causar daño cerebral. A través de análisis de sangre se puede comprobar si las concentraciones de bilirrubina son muy altas y, en ese caso, se puede tratar al bebé con luces especiales (fototerapia) que ayudan a su organismo a eliminar la bilirrubina y, de esa forma, evitar el daño cerebral. Ocasionalmente, si los niveles de bilirrubina aumentan demasiado, el bebé puede necesitar un tipo de transfusión de sangre especial. (10)

Anemia. Los bebés prematuros a menudo son anémicos, lo cual significa que no tienen suficientes glóbulos rojos. Normalmente, el bebé almacena hierro durante los últimos meses de gestación y lo utiliza hacia el final del embarazo y después del nacimiento para producir glóbulos rojos. Los bebés prematuros pueden no haber tenido suficiente tiempo para almacenar hierro. Si el bebé es anémico, suele desarrollar problemas de alimentación y crecer más lentamente. La anemia también puede agravar los problemas cardíacos o de respiración. Estos bebés pueden tratarse con suplementos dietéticos de hierro, medicamentos que aumentan la producción de glóbulos rojos, o con transfusiones de sangre. (10)

Enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar (DBP). La enfermedad pulmonar crónica afecta principalmente a los bebés prematuros que requieren tratamiento permanente con oxígeno suplementario. El riesgo de DBP aumenta en los bebés que siguen necesitando oxígeno 36 semanas después de su concepción (es decir, cuando las semanas de embarazo más las semanas después de su nacimiento superan las 36 semanas). Estos bebés acumulan líquido en los pulmones y sufren cicatrices y lesiones pulmonares que pueden observarse mediante radiografías. Los bebés afectados se tratan con oxígeno y medicamentos que facilitan la respiración. En algunos casos, requieren asistencia de un respirador, cuyo uso se va interrumpiendo gradualmente. Por lo general, sus pulmones se curan durante los dos primeros años de vida, aunque muchos niños con DBP desarrollan una enfermedad pulmonar crónica similar al asma. (10)

Infecciones. Los bebés prematuros tienen sistemas inmunológicos inmaduros incapaces de combatir de manera eficiente las bacterias, los virus y otros organismos que pueden causar infecciones. Algunas de las infecciones graves normalmente observadas en los bebés prematuros incluyen, entre otras, neumonía (infección pulmonar), sepsis (infección de la sangre) y meningitis (infección de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal). Los bebés pueden contraer estas infecciones de sus madres al nacer o infectarse después del nacimiento. Las infecciones se tratan con antibióticos o medicamentos antivirales (10)

2.11. TRATAMIENTO

Existen dos opciones que ayudan a enfrentar el nacimiento prematuro:

- Demorar el nacimiento cuanto sea posible.
- Preparar la llegada del feto prematuro.

Ambas pueden ser usadas simultáneamente.

Retardar el nacimiento prematuro es la opción más favorable. Esto da al feto, o los fetos, más tiempo para madurar en el vientre materno. (15)

Existen varias técnicas que ayudan a lograrlo.

- El primer recurso es reposo absoluto en cama.
- Mantener una posición horizontal reduce la presión cervical, lo que le permite estar más alargada por más tiempo, reduciendo la irritación uterina producida por movimientos innecesarios, lo que podrían provocar contracciones.
- Así mismo, hidratación y nutrición adecuadas son importantes: la deshidratación ayuda a las contracciones uterinas prematuras. En el caso de hospitalización, se puede detener el trabajo de parto prematuro simplemente mejorando la hidratación de la madre por medio de suero intravenoso. En el último de los casos, existen medicamentos que evitan las contracciones (tocolíticos), como ritodrine, fenoterol, nifedipina y atosiban. (18)
- En nacimiento prematuro no siempre puede ser prevenido. Bebés prematuros pueden tener pulmones no desarrollados completamente, por que aún no producen su propio surfactante. Esto puede llevar al desarrollo directo del Síndrome de distrés respiratorio, en el recién nacido. Para reducir el riesgo de su aparición a las madres embarazadas se les administra glucocorticoides, un esteroide que fácilmente atraviesa la placenta y estimula el crecimiento de los pulmones del feto. Glucocorticoides típicos administrados en este contexto son betametasona o dexametasona, cuando el feto ha alcanzado las 24 semanas. En casos donde el nacimiento prematuro es inminente, una segunda dosis de "rescate" se puede administrar de 12 a 24 horas antes del nacimiento anticipado. (18)

No existe consenso respecto de la eficacia y los efectos secundarios de esta segunda dosis de esteroides, pero las consecuencias del síndrome de distrés respiratorio que el riesgo de una segunda dosis siempre vale la pena.

Se basa en tres pilares, el reposo físico y psíquico, la inhibición de las contracciones uterinas y la estimulación de la formación de surfactante pulmonar fetal.

Fármacos uteroinhibidores

1. Betamiméticos

Isoxuprina (Duvadilan)

Ritodrine (Ritopar) (18)

2. Inhibidores de la síntesis y liberación de prostaglandinas

Indometacina (IM75- Indocid, etc.)

Aspirinas (18)

3. Bloqueadores de la liberación de oxitocina

Alcohol etílico

Atosiban (18)

4. Relajantes musculares y sedantes

Diazepan

5. Competidores cálcicos

Sulfato de Magnesio (SO₄Mg) (18)

Farmacos estimulantes de la formación de surfactante pulmonar fetal

1. Betametasona

2. Dexametasona (18)

TOCOLISIS

La rigurosidad en seguir las recomendaciones diagnósticas es requisito previo a la decisión del uso de agentes tocolíticos. La edad gestacional debe estar dentro de límites en los cuales el feto sea beneficiado con el tratamiento y la ausencia de contraindicaciones médicas u obstétricas. El uso de drogas tocolíticas ha sido el elemento terapéutico más usado en los últimos 20 años como medio para enfrentar el TPP, sin embargo su uso no ha producido un descenso de la tasa de partos prematuros o de la mortalidad perinatal. De esta manera y considerando sus efectos colaterales su uso debe ser restringido y adecuadamente monitorizado. La experiencia publicada sugiere que su uso en el enfrentamiento del TPP produce una prolongación en el intervalo entre el diagnóstico de TPP y el parto de 48 horas. Este es un tiempo muy importante en la implementación adecuada de los recursos humanos y físicos para recibir a un recién nacido de pretérmino, ó para la preparación del traslado hacia un centro que posea aquellos recursos. En este período se debe administrar siempre la terapia corticoidal. 4 El empleo de tocolisis se sugiere no más allá de las 35 semanas. Así como también se debe suspender si la dilatación progresa a los cuatro centímetros, o si teniendo una dilatación inicial de 3 ó 4 cm al inicio del tratamiento, progresa a más de 6 cm. Los agentes tocolíticos más usados actualmente son las drogas beta-simpatico-miméticos y el sulfato de magnesio. Existe evidencia que apoya su uso vía endovenosa en el enfrentamiento del TPP en las primeras 24 a 48 horas. No existe evidencia y por lo tanto no se recomienda el uso de drogas, ninguna de ellas en esquemas orales profilácticos previo o posterior a la etapa endovenosa. (15)

No es recomendable a la luz de la experiencia publicada, el uso de tocolisis endovenosa en las situaciones de alteraciones del monitoreo cardíaco fetal en trabajo de parto o parto. (15)

Beta simpatico-miméticos Son drogas agonistas de los receptores beta-adrenérgicos de la fibra muscular uterina. Su acción es mediada por el aumento del AMP cíclico intracelular, inactivando la fosforilación de la miosina e impidiendo la contracción muscular. (15)

Farmacología:

Los agonistas de los receptores beta-adrenérgicos ejercen su acción principalmente sobre los receptores beta-2 de la fibra del músculo liso uterino. Se ha demostrado, tanto in vivo como in vitro, que la estimulación de este tipo de receptores inhibe la contractilidad uterina. Su uso prolongado puede producir una internalización de los receptores y una reducción en la respuesta. La infusión endovenosa disminuye la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas. Se produce un aumento inmediato e la frecuencia cardíaca, este efecto es dosis relacionado, en general se mantiene entre 20 y 40 latidos por minuto sobre la frecuencia previa. Se produce además un aumento en la presión diferencial, aumentando la PA sistólica en un promedio de 4 mm Hg y una disminución de la PA diastólica de 12 mm Hg. Su uso también se asocia a un aumento en la glicemia, insulinemia y ácidos grasos libres. Los niveles normales se obtienen después de dos a tres días de suspensión del tratamiento. Se produce además una disminución del potasio sérico, sin otras alteraciones hidroelectrolíticas. Efectos frecuentes son además la sensación de palpitaciones, tembor, nauseas, vómitos, cefalea y eritema. No se debe confundir estos efectos frecuentes descritos con síntomas cardíacos como dolor torácico y arritmias que ocurren en aproximadamente en el 1% a 2% de las pacientes. Los agonistas beta-adrenérgicos y sus productos conjugados cruzan la placenta, alcanzando la circulación fetal. Los efectos son bloqueados por el uso de drogas beta-bloqueadoras. (26)

Gel vaginal que impide el parto prematuro.

Investigadores de los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos que la aplicación de un gel vaginal de la hormona natural progesterona disminuye el riesgo de dar a luz antes de tiempo en mujeres con cuello de útero corto. (22)

Evitar los partos prematuros se ha convertido en una prioridad sanitaria en todos los países del mundo. Y, al parecer, en determinados casos es posible hacerlo de forma fácil, segura y económica. (22)

Investigadores de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, sus siglas en inglés), en colaboración con científicos del Instituto Nacional de Salud del Niño y Desarrollo Humano (ambos de EEUU), confirman que la aplicación de un gel vaginal de la

hormona natural progesterona disminuye el riesgo de dar a luz antes de tiempo en mujeres con alto riesgo, como son aquellas con cuello de útero corto.

Cuando el cuello uterino está más blando y débil de lo habitual o anómalamente corto desde un principio, podría borrarse y dilatarse sin contracciones en el segundo o tercer trimestre provocando el alumbramiento prematuro. (25)

Precisamente, y hasta ahora, la propia OMS reconocía "que la administración prenatal de progesterona, independientemente de la vía y la dosis, aparentemente reduce el riesgo de partos prematuros y de neonatos con bajo peso al nacer. Dado que se desconoce si la prolongación de la gestación deriva en mejores resultados para las madres y sus recién nacidos, esta intervención debe utilizarse con precaución".

Sin embargo el nuevo estudio confirma la seguridad y eficacia del tratamiento. Ha sido llevado a cabo en 44 centros médicos de todo el mundo (Asia, África, Europa, Estados Unidos y Latinoamérica) y en él han participado 458 mujeres que se sometieron a una ecografía transvaginal para medir su cuello de útero. (25)

Todas lo tenían corto (10 a 20 milímetros) y estaban asintomáticas. Finalmente fueron asignadas a recibir bien el gel vaginal de progesterona bien una solución de placebo entre la semana 19 y la 23 de gestación, tal y como recoge el último 'Ultrasound in Obstetrics and Gynecology'.

Los datos revelan que los partos prematuros antes de la semana 33 de gestación se redujeron en un 45% entre las usuarias del gel hormonal. Y no sólo, "los bebés de madres que recibieron el tratamiento sufrieron menos síndrome de estrés respiratorio (complicaciones respiratorias) que los hijos de aquéllas a las que se les administró el placebo".(6)

Destaca, además, "que el trabajo está muy bien hecho, por el número de participantes y porque es un trabajo control. Es decir, se compara la terapia con un placebo". Para esta especialista, estamos ante "una tratamiento sencillo e inocuo que puede evitar el nacimiento prematuro, uno de los problemas que más consecuencias a corto y largo plazo tiene para el recién nacido. Además de los tratamientos y costes que se evitarían". Para ella, la investigación podría "llegar a cambiar la práctica médica", además de abrir nuevas vías a la investigación. (25)

Concretamente, los datos del ensayo revelan también que los nacimientos antes de la semana 28 de gestación fueron de un 5% en el grupo de madres asignadas a la progesterona en comparación con el 10% de alumbramientos en las que recibieron la sustancia inactiva. Tras la semana 35, las cifras fueron de un 14% y un 23%, respectivamente. (25)

"Las mujeres con cuello de útero corto pueden identificarse mediante una prueba rutinaria de ecografía a mediados del tercer trimestre. Así, posteriormente podrían optar a este tratamiento para reducir la frecuencia de parto prematuro y mejorar el resultado neonatal. Esto se puede realizar de forma segura y cómoda", reconoce Roberto Romero, director de la Sección de Investigación de Perinatología del NIH. (23)

2.11.1. TRATAMIENTO EN BEBÉS PREMATUROS

El cuidado requerido para bebés prematuros es muy diferente dependiendo de la etapa de gestación, peso al nacer, y madurez general. Medidas que se pueden tomar en bebés extremadamente prematuros incluyen:

- Poner al bebé en una incubadora. Los bebés prematuros son muy susceptibles a infecciones y prevenirlas es prioritario.
- Los bebés de menos de 32 semanas generalmente no producen suficiente surfactante en los pulmones para permitirles respirar por ellos mismos. Si ese es el caso debe ser administrada esta sustancia para ayudarles.
- En bebés extremadamente prematuros, una sonda respiratoria puede ser insertada en la tráquea, y puede ser usado un respirador y oxígeno.
- Nutrición adecuada por medio de una sonda alimentaria, o en caso de bebés extremadamente prematuros, suero intravenoso. Si se usa una sonda alimentaria, por ningún motivo se debe suprimir el amamantar, ya que evita la enterocolitis necrosante además puede producir cáncer a la persona prematura. (10)

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito.

3.1.2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Datos tomados de historias clínicas con diagnósticos de parto prematuro en los años 2007 -2008.

3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1. Recursos Humanos

La Investigadora

Tutor

3.1.3.2. Recursos Físicos

Computador

Impresora

Hojas de papel bond

Tinta de impresora

Bolígrafo

3.1.3.3. Recurso económico

Los recursos generados para la elaboración del presente trabajo son propios de su autor en su totalidad.

3.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1. Universo = Muestra

1300 Historias clínicas en total de paciente que ingresaron con diagnóstico de parto prematuro en el año 2007 y 2008 en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

La Muestra es igual al Universo se tomará datos de todas las historias clínicas antes mencionadas.

3.2. MÉTODOS

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo
- Correlacional

3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- No experimental
- Longitudinal
- Retrospectivo

4. RESULTADOS Y DISCUSION

En el periodo de tiempo estudiado se produjeron en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora un total de 632 nacimientos prematuros en el año 2007 de los cuales 246 fueron nacimientos de madres correspondiente a edades entre 18 y 24 años, seguidos de 180 nacimientos de madres entre 25 y 35 años representado en el cuadro No. 1 y 690 nacimientos pretérmino en el año 2008, como se representa en el cuadro No. 2, de ellos 268 nacimientos se produjeron entre en edades maternas entre 18 y 24 años, seguido de 234 nacimientos en edades maternas entre 25 y 35 años lo que constituyó nuestra muestra de estudio en donde he evidenciado que la edad materna si influye para que un embarazo se desarrolle con normalidad, además que las cifras de partos pretérminos en el año 2008 no se ha podido disminuir a pesar de las campañas de prevención, fomento y promoción que ha impartido el Sector de salud.

Tomando en cuenta desde el año 2006, 2007 y 2008, el número de partos prematuros ha aumentado en la Maternidad Isidro Ayora y también en el Ecuador y el mundo, a pesar de tener avances, tecnológicos en los países industrializados, no se ha podido disminuir los partos prematuros, lo que si se ha podido aumentar la supervivencia en nacidos con menos de 28 semanas de gestación , por la que he visto la necesidad de realizar un plan educativo para todas la madres gestantes que acudan a la consulta externa de control prenatal de la maternidad, y poder disminuir los partos entes de las 37 semanas de gestación.

**RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE
PARTOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA
AÑO 2007 Y 2008**

Tabla 1: Tabla de partos prematuros – Año 2007 y 2008

PARTOS PREMATUROS	NÚMERO DE PACIENTES
AÑO 2007	636
AÑO 2008	664
TOTAL	1300

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora - Año 2007-2008

ANÁLISIS

En la figura No.1, analizamos el número de partos atendidos en el año 2007 y 2008, observando un aumento de partos prematuros en un 4,4%, con estos resultados no se está llegando a las madres embarazadas con todos el mensajes y la importancia de acudir a los controles prenatales.

DISCUSIÓN

Se observó un incremento de un 4,4% entre los años 2007 y 2008, lo que significa que los programas educativos no están llegando a toda la población en general para reducir los partos prematuros, a pesar de los avances científicos y la tecnología, la madres embarazadas no acuden a los controles prenatales y así poder evitar los riesgos para ella y su bebé.

Figura 1: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de parto prematuro

Año 2007- 2008

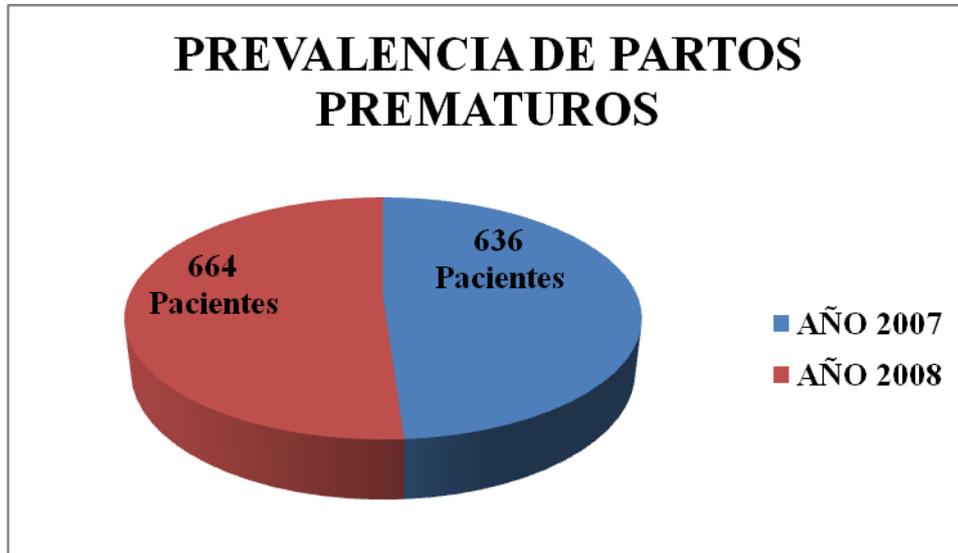


Tabla 2: Tabla de datos según edad materna – Año 2007 y 2008

EDAD MATERNA	NUMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
13 -17 Años	84	87	13%	13%
18 – 24 Años	246	258	39%	39%
25 – 35 Años	180	218	28%	33%
Mayores de 35 Años	126	101	20%	15%
Total	636	264	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora - Año 2007-2008

ANÁLISIS

En el figura No.2, analizamos los nacimiento pretérmino según la edad materna en el año 2007, se observó 246 pacientes entre 18 y 24 años, lo que representa el 39 %, mientras que 180 pacientes correspondieron entre 25 y 35 años, que representa un 28%, tomando en cuenta que los mayores porcentajes de partos prematuros se presentan en mujeres en edad reproductiva entre 18 y 35 años, la cual representa un riesgo para las mujeres jóvenes.

También analizamos el comportamiento del nacimiento pretérmino según la edad materna en el 2008, en donde se observó 258 pacientes entre 18 y 24 años, lo que representa el 39 %, mientras que 218 pacientes correspondieron entre 25 y 35 años, que representa un 33%, tomando en cuenta que los mayores porcentajes de partos prematuros se presentan en mujeres en edad reproductiva entre 18 y 35 años, la cual representa un riesgo para las mujeres jóvenes observando que han aumentado el porcentaje en comparación con el 2007.

DISCUSIÓN

La edad materna es importante para que un embarazo se desarrolle y llegue a un feliz término, pero hemos encontrado que los riesgos de un parto prematuro se produce en madres jóvenes entre 18 y 24 años en mayor porcentaje, tal vez por la falta de importancia en los controles prenatales, y no hacen consciencia sobre los riesgos de un parto prematuro.

Figura 2: Porcentaje de pacientes según edad materna Año 2007-2008

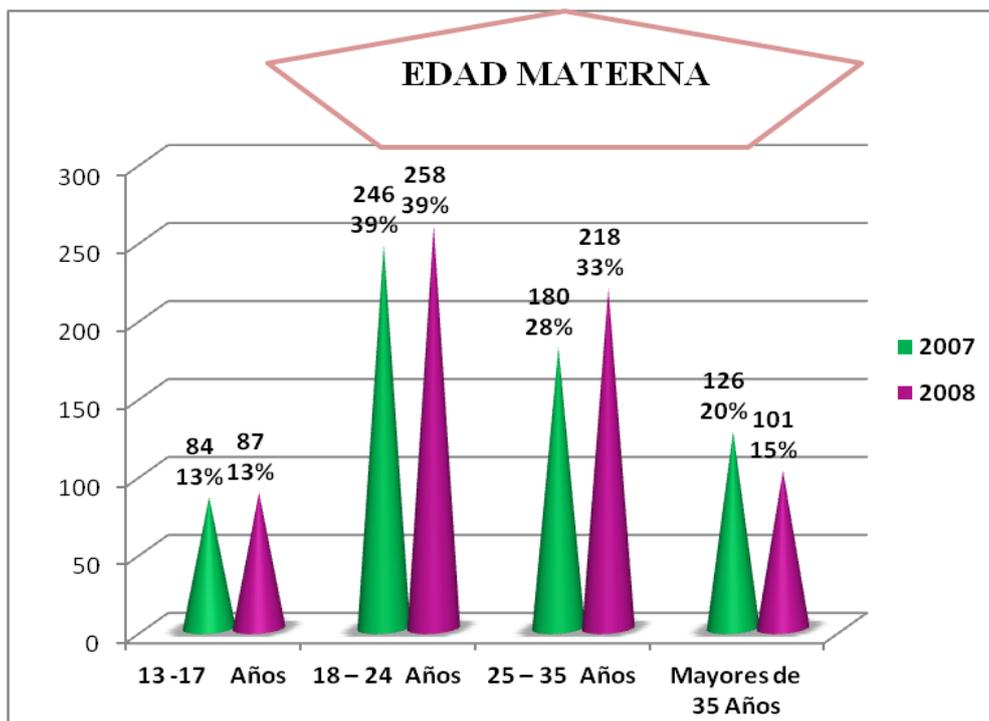


Tabla 3: Tabla de datos según instrucción materna – Año 2007 y 2008.

INSTRUCCIÓN	NÚMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
Analfabeta	28	51	4%	7%
Primario	295	314	46%	47%
Secundaria	240	226	38%	34%
Superior	73	73	12%	12%
Total	636	664	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico. Año 2007-2008

ANÁLISIS

En la figura No. 3 relacionamos los grupos según el grado de instrucción de la madre en el año 2007, donde la mayor cantidad de casos estuvo representado por las mujeres con instrucción primaria con una incidencia de 295 casos para un 46%, seguidos de madres con instrucción secundaria con 240 casos dando un porcentaje de 38%, lo que nos indica que el menor grado de instrucción si representa un riesgo, tomando en cuenta que el gobierno realiza campañas para alfabetizar al todo el Ecuador, si existe en menor porcentaje 4% analfabetismo, en donde necesitamos incentivar más los controles prenatales.

También relacionamos los grupos etarios según el grado de instrucción en el año 2008, donde la mayor cantidad de casos estuvo representado por las mujeres con instrucción primaria con 314 casos para un 47%, seguidos de madres con instrucción secundaria con 226 casos dando un porcentaje de 34%, lo que nos indica que el menor grado de instrucción si representa un riesgo, tomando en cuenta que el gobierno realiza campañas para alfabetizar al todo el Ecuador, necesitamos incentivar más los controles prenatales.

DISCUSIÓN

A pesar de que el gobierno erradicó el analfabetismo, existieron un 4% de analfabetos en el 2007 y un 8% en el 2009, y en mayor porcentaje ocurrieron en madres que solo habían cursado la instrucción primaria, que es un factor importante de riesgo prenatal.

Figura 3: Porcentaje de pacientes según instrucción materna 2007 - 2008

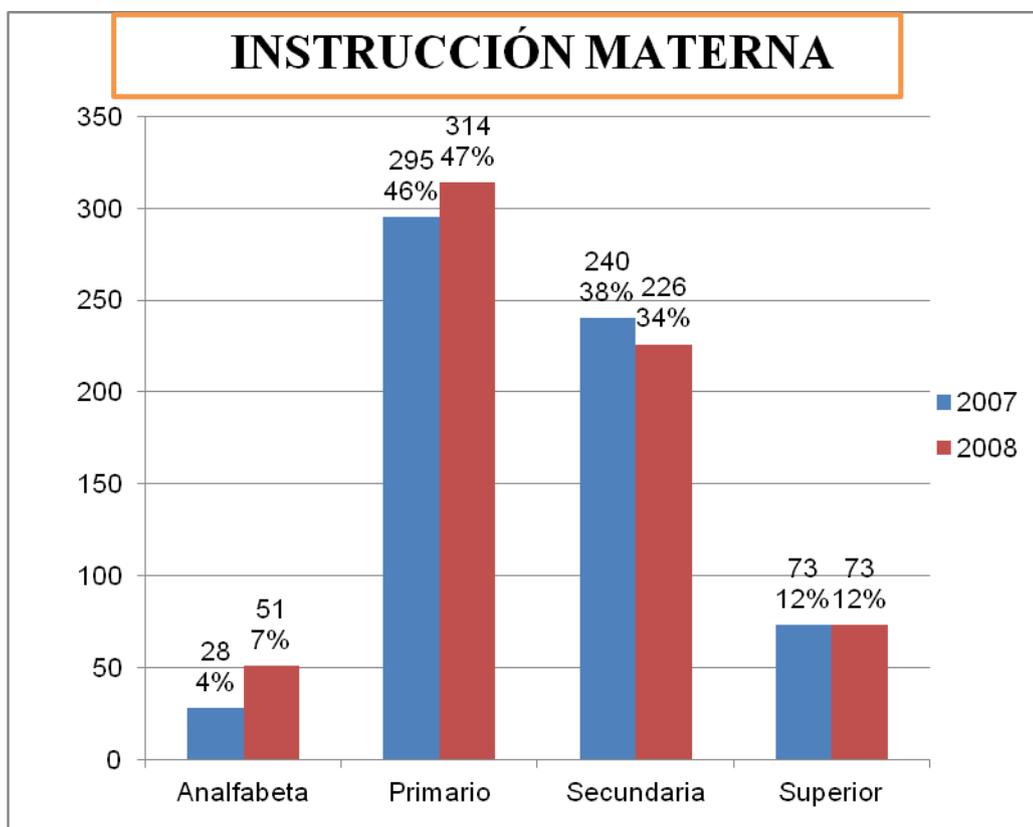


Tabla 4: Tabla de datos según Estado Civil – Año 2007- 2008

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
SOLTERA	94	112	15%	17%
CASADA	228	215	36%	32%
UNION LIBRE	314	337	49%	51%
Total	636	664	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico.
Año 2007-2008

ANÁLISIS

En el cuadro No. 4 hemos observado que según el grado estado civil de la paciente en el año 2007, donde la mayor cantidad de casos estuvo representado por las mujeres con unión libre con 314 casos para un 49%, seguidos de madres casadas con 228 casos dando un porcentaje de 36%, lo que nos indica que el menor grado es para las madres solteras en un 15%.

En el cuadro No. 4 hemos observado que según el grado estado civil de la paciente en el año 2008, donde la mayor cantidad de casos fueron por las mujeres con unión libre con 337 casos para un 51%, seguidos de madres casadas con 215 casos dando un porcentaje de 36%, lo que nos indica que el menor grado es para las madres solteras en un 17%.

DISCUSIÓN

La unión libre es un factor importante para un parto prematuro, a pesar que las madres solteras poseen mayores riesgos por sus condiciones de vida y afectación psicológica, se presentaron en menor porcentaje.

Figura 4: Porcentaje de pacientes según Estado Civil – Año 2007- 2008

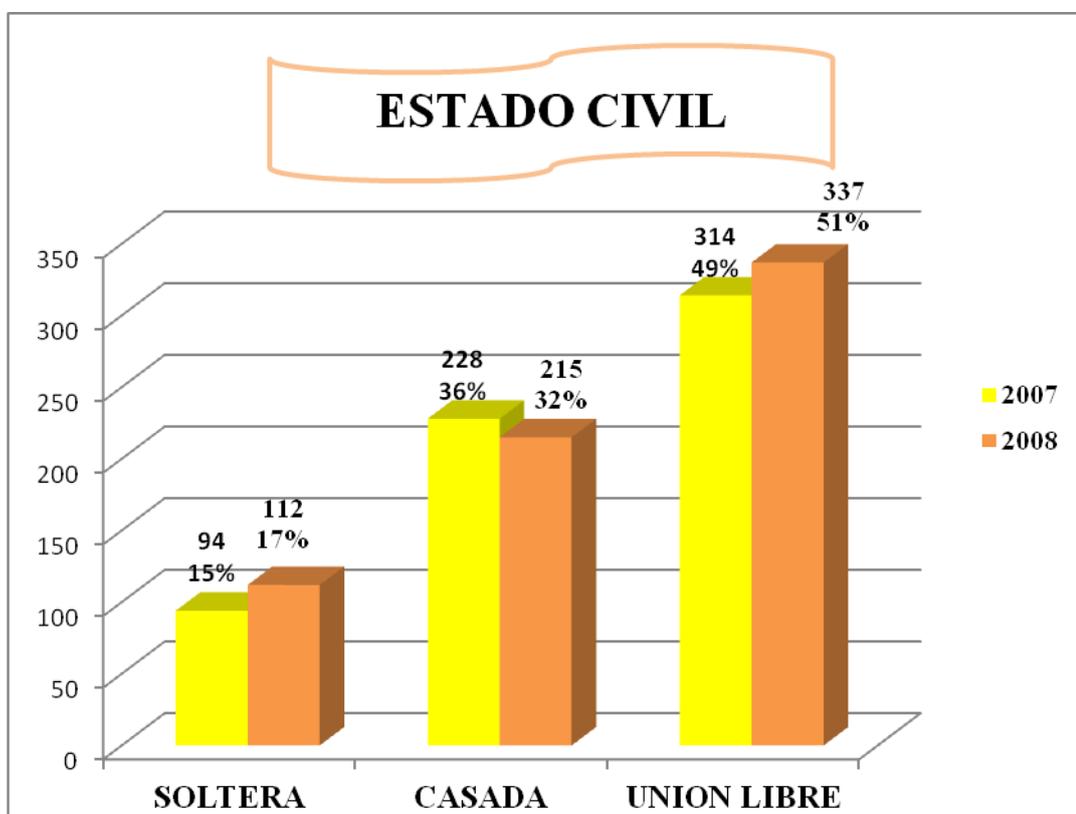


Tabla 5: Tabla de datos según edad gestacional– Año 2007-2008

SEMANAS DE GESTACIÓN	NÚMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
23 – 25	14	32	2%	5%
26 – 28	47	65	7%	10%
29 -32	178	184	28%	28%
33 – 36	397	383	63%	57%
Total	636	664	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico.
Año 2007- 2008

ANÁLISIS.

En el cuadro No. 5 relacionamos los grupos según el tiempo de gestación de la madre, donde la mayor cantidad de casos se observo en madres con una edad gestacional entre 33 y 36 semanas con 397 pacientes, para un 63%, seguidos de 178 madres con edades gestacionales entre 29 y 32 semanas, con un porcentaje de 28 %, en estos periodo, según la maternidad, el riesgo de muerte es menor, por lo que tomando todas las precauciones necesarias puede sobrevivir un prematuro

En este mismo cuadro relacionamos las madres según el tiempo de gestación de la madre, donde la mayor cantidad de casos se observó en madres con una edad gestacional entre 33 y 36 semanas con 383 pacientes, para un 57%, seguidos de 184 madres con edades gestacionales entre 29 y 32 semanas, con un porcentaje de 28 %, en estos periodo, según la maternidad, el riesgo de muerte es menor, por lo que tomando todas las precauciones necesarias puede sobrevivir un prematuro, y en menor porcentaje en menores a 29 semanas, en donde aquí si aumenta el riesgo de muertes neonatales.

DISCUSIÓN

Mientras menor sea la edad gestacional mayor son los riesgos para la supervivencia de un bebé, es por eso que se debe tratar de llegar a las madres para que se puedan evitar complicaciones en su embarazo, tomando en cuenta que según datos del hospital, la mayoría de partos prematuros se presentan entre 33 y 36 semanas de gestación en donde las condiciones de vida son más favorables para que puedan vivir sin complicaciones en el futuro.

Figura 5: Porcentaje de datos de pacientes según la edad gestacional – Año 2007-2008

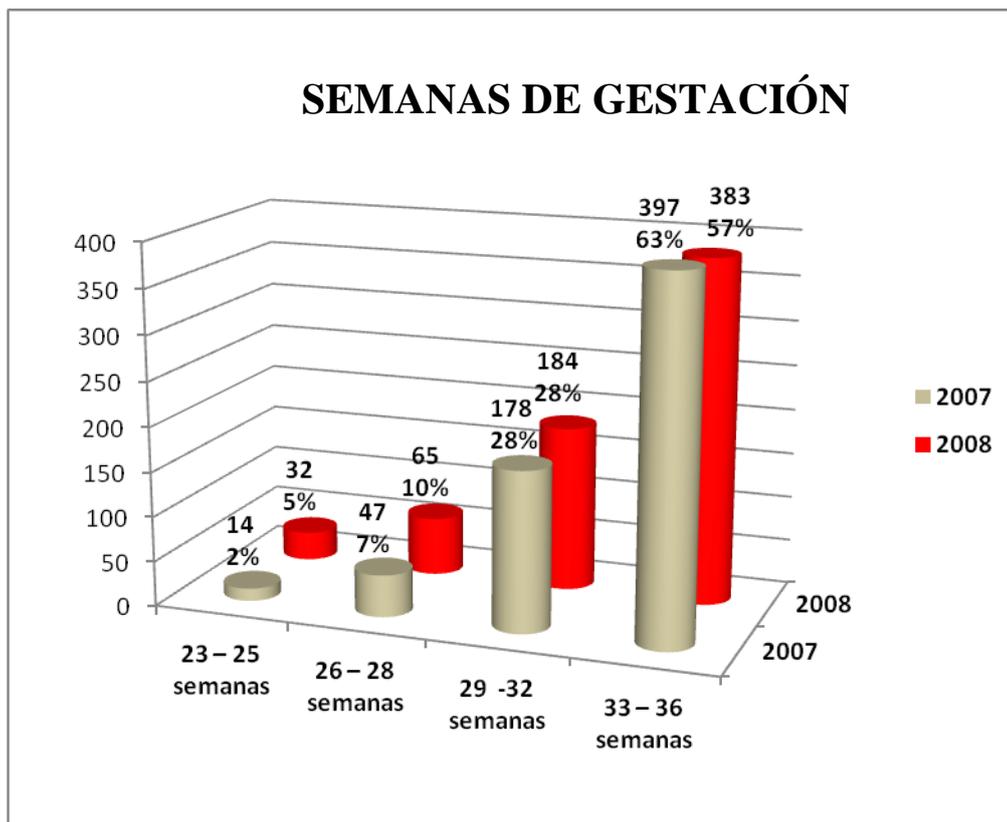


Tabla 6: Tabla de datos según el número de gestas– Año 2007- 2008

NUMEROS DE GESTAS	NÚMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
G 1	256	284	40%	43%
G2	154	159	24%	24%
G3	96	99	15%	15%
G4	45	51	7%	7%
G MAYORES DE 5	85	71	14%	11%
TOTAL	636	664	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico. Año 2007- 2008

ANÁLISIS

En el cuadro No. 6 relacionamos según el número de embarazos anteriores, donde la mayor cantidad de casos estuvo representado por las mujeres con su primera gesta para un 40% seguidos de madres que tuvieron dos gestas en un 24%, resultado que difiere del documentado por Rigor que destaca la incidencia de parto pretérmino en mujeres menores de 20 años y por encima de 30, señalando que la causa puede deberse a un inadecuado desarrollo del útero. También Maulen hace referencia a mayor incidencia de prematuridad en mujeres añosas y multíparas.

Según el número de embarazos anteriores, donde la mayor cantidad de pacientes estuvo representado por las mujeres que tuvieron su primera gesta en un 43% seguidos de madres que tuvieron dos gestas en un 24%, resultado que difiere del documentado por Rigor que destaca la incidencia de parto pretérmino en mujeres menores de 20 años y por encima de 30, señalando que la causa puede deberse a un inadecuado desarrollo del útero. También Maulen hace referencia a mayor incidencia de prematuridad en mujeres añosas y multíparas.

DISCUSIÓN

La falta de información a las madres embarazadas sobre el desarrollo de su embarazo y la importancia de los controles prenatales, si influye para que una madres en su primera gesta no tenga los cuidados necesarios y se realice un parto prematuro.

Figura 6: Porcentaje según el número de gestas– Año 2007- 2008

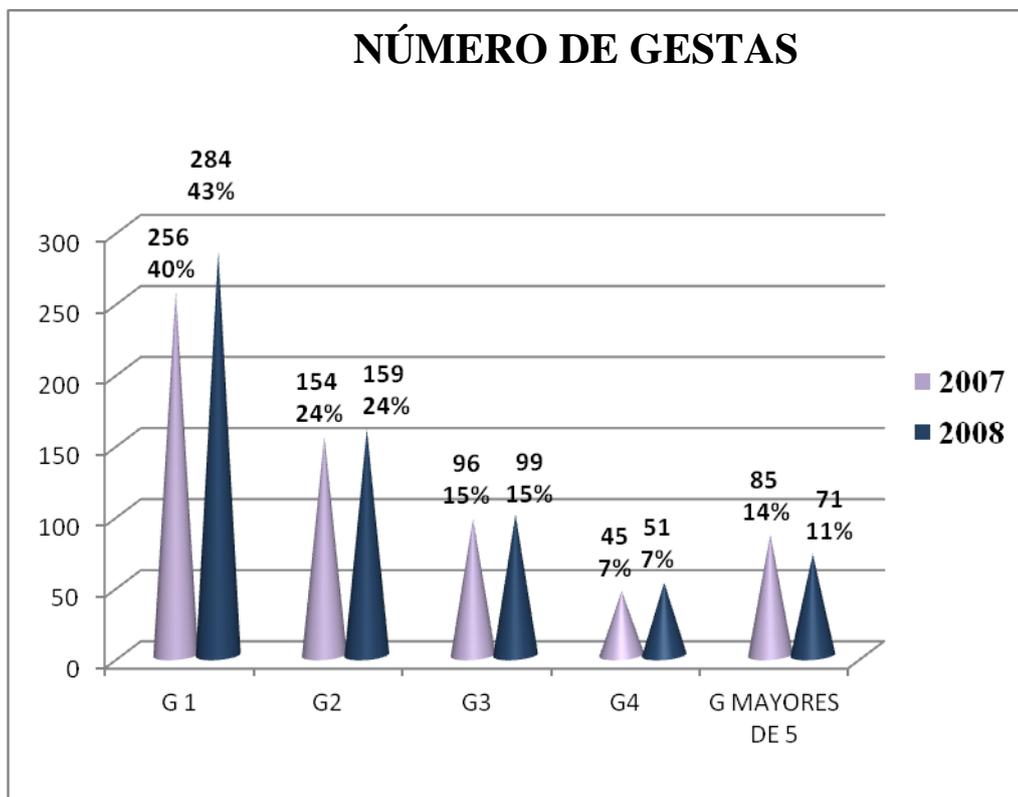


Tabla 7: Tabla de datos según el tipo de parto– Año 2007- 2008

PARTOS	NÚMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
CESAREA	289	286	45%	43%
VAGINAL	347	378	55%	57%
TOTAL	636	664	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico. Año 2007- 2008

ANÁLISIS.

Según el tipo de parto en el 2007 observamos que el 55% fueron partos vaginales y que el 45% fueron por cesárea, lo que significa no hay mucha diferencia en el tipo de parto, lo que se ha optado en esta casa de salud por cesárea para disminuir complicaciones en el recién nacido.

En el 2008 el 57 % equivale a pacientes con partos vaginales en mayor porcentaje, seguido de 43 % de pacientes con partos por cesáreas, por lo tanto hay seguir incentivando a las madres por el parto vaginal, salvo alguna complicación que se presenta en la madre o el recién nacido para realizar cesárea.

DISCUSIÓN

Según el tipo de parto, observamos que el parto vaginal y la cesárea están en igual porcentaje, ya sea por las condiciones fetales y maternas las cesáreas se las realiza por emergencia para que la madre y su bebé puedan sobrevivir.

Tabla 7: Tabla de datos según el tipo de parto– Año 2007- 2008

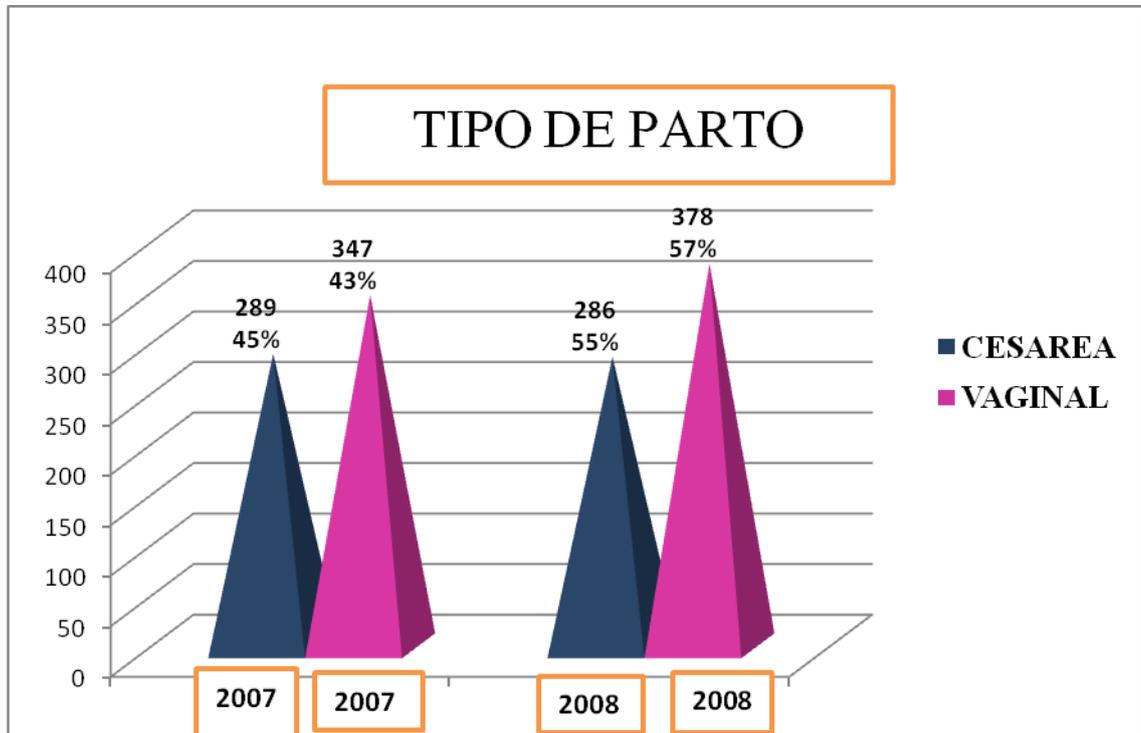


Tabla 8: Tabla de datos según el número de controles prenatales – Año 2007 -2008

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	NUMERO DE PACIENTES		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
0 Controles Prenatales	54	93	8%	14%
1 - 4 Controles Prenatales	285	273	45%	41%
Mayores de 5 Controles Prenatales	297	298	47%	45%
Total	636	664	100 %	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en Usuarías Atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico. Año 2007- 2008

ANÁLISIS

En la tabla No. 8 tenemos datos según el número de controles prenatales en el 2007, el mayor porcentaje fueron madres embarazadas con un número mayor a cinco controles en un 47% seguidos de un 45% de una a e cinco controles, en donde no son suficiente los controles para hacer un buen seguimiento del desarrollo fetal, y con ello evitar patologías que se pudieran presentar a futuro.

En el 2008 observamos que en un 45% si fueron mayores de 5 controles, aunque lo normal están entre 12 y 14 controles, no son suficientes para un buen manejo prenatal, seguidos de un 41% que fueron entre 1 a 4 controles, en donde si es necesario incentivar a la población para que asistien e los centros de salud para los chequeos previos al nacimiento de su hijo, así evitaremos tantos partos prematuros en la maternidad Isidro Ayora.

DISCUSIÓN

Según las normas de salud se debe realizar un control prenatal mensual hasta la semana 28, un control cada 15 días hasta la semana 36 y una semanal hasta la semana 40 o el parto, pero las madres embarazadas no cumplen esta normativa y la mayoría de paciente que ingresaron al hospital tenían entre 5 controles prenatales, con esto no estamos ayudando a disminuir los riesgos perinatales, como, podemos hacer entender a las mujeres que si es importante acudir a los controles periódicos y oportunos, porque el embarazo no es un juguete, es una vida y necesita de mucho cuidado y atención.

Figura 8: Porcentaje de paciente según el número de controles prenatales 2007- 2008

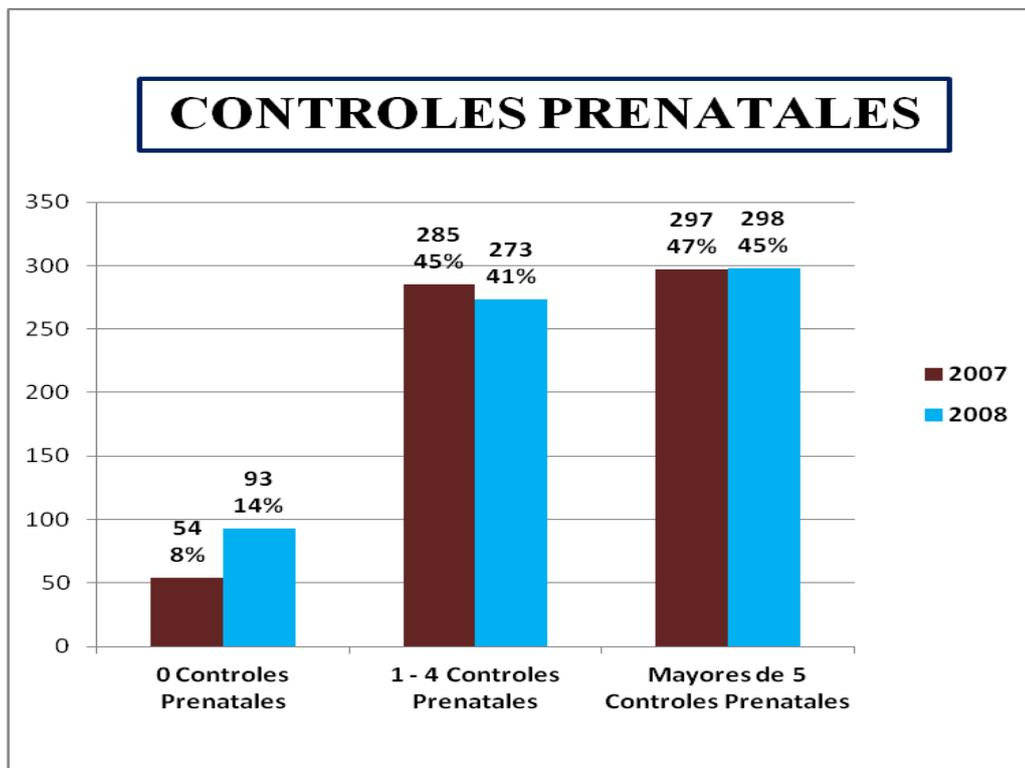


Tabla 9: Tabla de datos según el número de nacimientos prematuros

Año 2007 - 2008

NACIMIENTOS PREMATUROS	CANTIDAD		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
Nacidos Vivos	516	537	81%	80%
Nacidos Muertos	23	29	4%	4%
Muertes Neonatales	97	108	15%	16%
Total de Nacimientos	636	664	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en Usuarias Atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico. Año 2007-2008

ANÁLISIS

En la tabla No.9 en el 2007 observamos que a pesar de los avances de la nueva era existe un 15% de muertes neonatales, seguido de un 4% de muerte prenatales y en un 81% que si sobrevivieron a pesar de ser prematuros.

En el 2008 relacionamos los grupos de nacimientos según su condición vidas hemos encontrado que el 80 % fueron nacidos vivos seguidos de un 16 % que nacieron vivos pero en malas condiciones que fallecieron en las primeras horas de vida y un 4% que nacieron muertos, observando que si existe aún mortalidad perinatal.

DISCUSIÓN

Por la deficiencia de controles prenatales existió un aumento significativo de las muertes perinatales y neonatales, debemos hacer conciencia de la importancia de la prevención de un parto pretérmino, el Ministerio de salud cuenta con hospitales, centros de salud, gratuitos, si es por falta de recursos económicos, no existe excusa alguna, solo seguir informando sobre los beneficios de un control prenatal.

Figura 9: Porcentaje de paciente según el número de nacimientos prematuros 2007- 2008

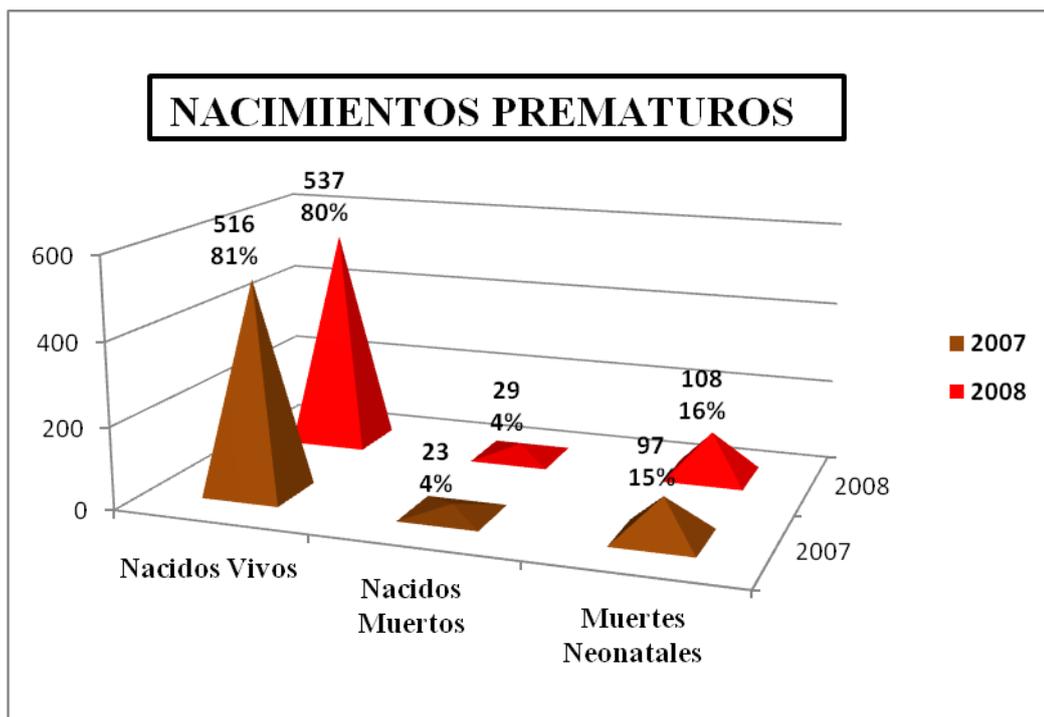


Tabla 10: Tabla de datos según la patología materna – Año 2007 -2008

PATOLOGIA MATERNA	NÚMEROS DE PACIENTES		PORCENTAJE	
	2007	2008	2007	2008
RPM	181	193	28%	29%
SANGRADO GENITAL IDIOPATICO	129	139	20%	21%
HTA INDUCIDA EMBARAZO	118	132	19%	20%
IVU	125	118	20%	18%
INFECCIONES GENITALES	83	82	13%	12%
TOTAL	636	664	100%	100%

Fuente: Historias Clínicas Prevalencia de Partos Prematuros en usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico. Año 2007-2008

ANÁLISIS

En el cuadro No. 10, según las condiciones de materna en el 2007 hemos encontrado que el 28 % ingresaron con Ruptura Prematura de Membranas, un 20 % las madres tuvieron sangrado genital y otros 20% Infección de Vías Urinarias, un 19% HTA gestacional y un 13% infecciones genitales, observando que las patologías maternas si influyen mucho para que se produzca un parto prematuro.

En el 2008, hemos encontrado que el 29 % ingresaron con Ruptura Prematura de Membranas, un 21 % las madres tuvieron sangrado genital, un 20 % HTA gestacional, un 18% Infección de Vías Urinarias y un 13% infecciones genitales, en donde las patologías maternas han aumentado, ayudando así, a que desencadene un trabajo de parto prematuro.

DISCUSIÓN

Si las madres se realizaran todos los controles prenatales en forma oportuna, evitaríamos a tiempo que se presenten patologías maternas, en donde las más frecuente en la Ruptura Prematura de membranas en un 29% seguido de sangrados genitales de causa idiopática y HTA, por eso incentivemos a los controles prenatales, la realización de un plan educativo.

Figura 10: Porcentaje de paciente según la patología materna 2007 - 2008

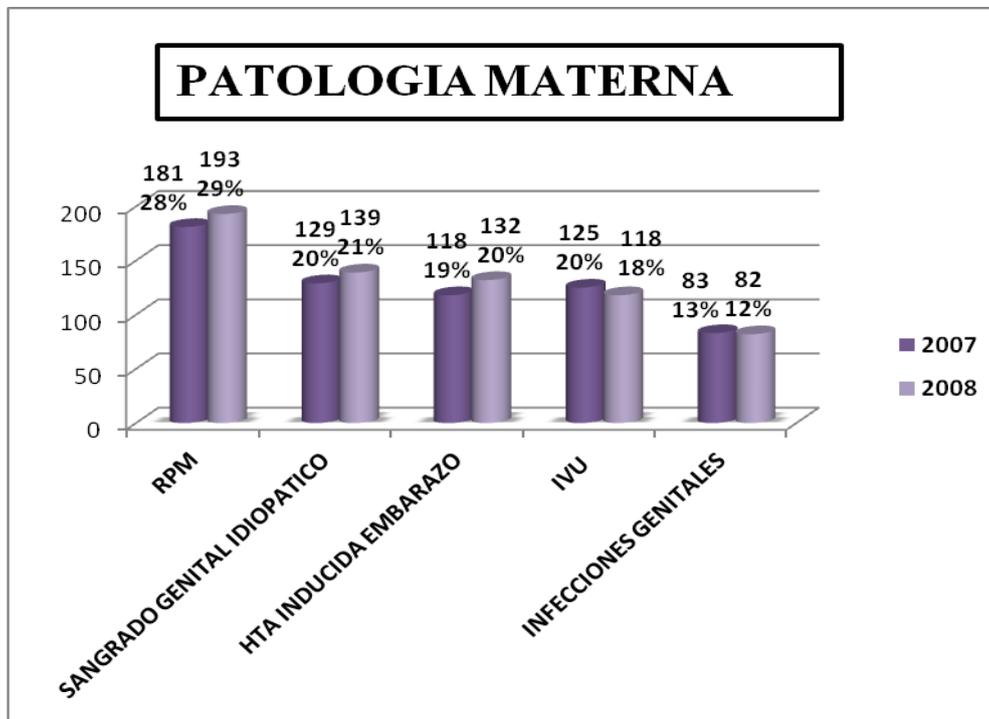


Tabla 11: Tabla de Estudios Comparativos – Año 2007

HOSPITALES	PARTOS	PREMATUROS	PORCENTAJES
Carlos Andrade Marín	3500	385	11%
Maternidad Enríquez Sotomayor	30000	2550	8.5%
Maternidad Isidro Ayora	11000	636	5.7%

ANÁLISIS

En la maternidad Enrique Sotomayor el porcentaje de partos prematuros ha aumentado en los últimos 5 años en un 7%, hoy en día tenemos que por cada 100 nacimientos 13 son prematuros, para el 2007 tenemos en un 8.5%.

En el hospital Carlos Andrade Marín de 3500 nacimientos se obtuvo 11% de partos prematuros

En la maternidad Isidro Ayora las cifras también son elevadas, tomando en cuenta entre el año 2007 y 2008 han aumentado en un 4% en un año.

DISCUSIÓN

En todo el Ecuador ha existido un aumento de los partos pretérminos que va desde el 5% a 8%. Se necesita una gran promoción del control prenatal que abarque a toda la población, desde los más pobres ya que en los hospitales más grandes existes todo lo necesario para que un bebe nazca sin complicaciones.

Figura 11: porcentaje de Estudios Comparativos – Año 2007-2008

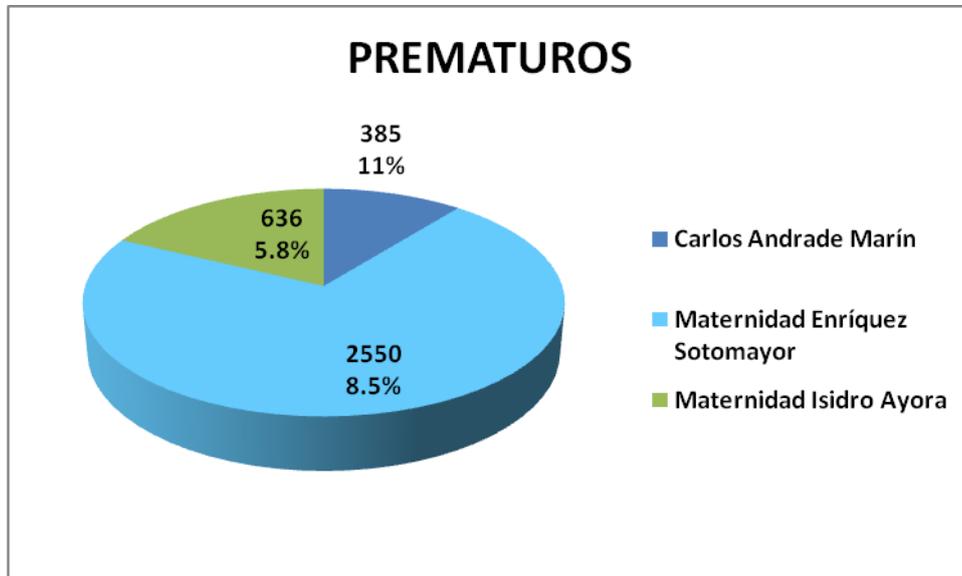


Tabla No. 12. **Porcentajes de Partos Prematuros a nivel Mundial 2010**

REGIÓN TASA PARTO PREMATURO	PORCENTAJE
Mundial	9.6 %
Norte América	10.6 %
África	11.9 %
Asia	9.1 %
Latinoamérica y Caribe	8.1 %
Oceanía	6.4 %
Europa	6.2 %

Fuente: Bull 35 World Health Organ 2010; 88:31–38.

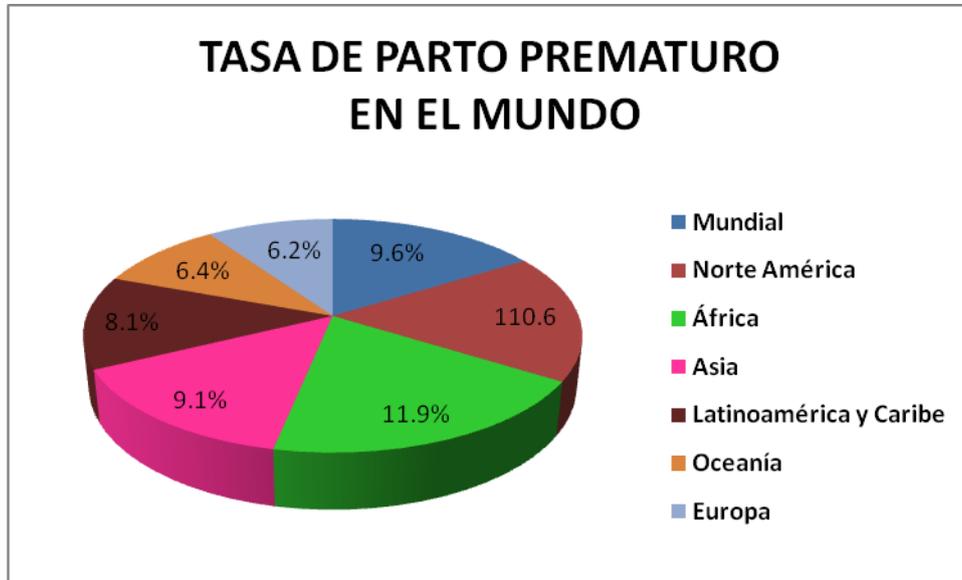
ANÁLISIS

Tenemos que a nivel mundial la tasa de prematuros es del 9.6 % , en América del Norte 10.6%, África 11.9%, Asia 9.1%, Latinoamérica y el Caribe 8.1 y los más bajos son Oceanía 6.4% y Europa 6.2.

DISCUSIÓN:

Hemos observado que a nivel mundial los partos prematuros no han disminuido en los últimos años, en donde tenemos que Oceanía y Europa la tasa es de 6% aproximadamente, mientras que en América, África y Oceanía la tasa es más alta, va entre el 9 al 12%.

Figura 13: Porcentaje según tasa de partos prematuros en el mundo – Año 2010



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PLAN EDUCATIVO

USUARIAS

AUTOR: Obst. Lorena Ganchozo

TUTOR: Dra. Inés Ortega

Quito

2011

INTRODUCCIÓN

El Manual Programa Educativo de Control Prenatal sirve como una guía para facilitar la exposición del tema sobre Controles Prenatales tanto para profesionales como para usuarias.

Dirigido a la madres embarazadas que asistan a consulta externa de control prenatal.

La población beneficiaria de este programa son todas las mujeres gestantes que acudan a consulta externa de la maternidad Isidro Ayora.

Guía del Programa de Atención Integral a la mujer Embarazada

Contiene una Guía de Manejo de este Manual.

Espero sea de utilidad para todas las madres embarazadas y se convierta en una contribución para disminuir los Partos Prematuro en la MATERNIDAD ISIDRO AYORA

MANEJO DEL MANUAL

Manual Educativo para usuarias.

El facilitador dispondrá de un documento guía de los resultados de la investigación realizada en la Maternidad Isidro Ayora, el mismo que le servirá como apoyo para el facilitador en un momento de la exposición.

- Dispone del contenido científico, que al igual es un documento de apoyo para el facilitador.

Luego vienen las guías didácticas por medio de rotafolio, las mismas que serán expuestas en un momento de la presentación. Estas son un resumen de los contenidos tanto de resultados de la investigación como de lo científico.

Se repartirá hojas volantes sobre los riesgos por falta de controles prenatales

MANUAL DE CONTROL PRENATAL

I. DEFINICIÓN:

El Control Prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

II. OBJETIVOS GENERALES:

- Disponer en un solo documento, de toda la información mínima necesaria.
- Identificar factores de riesgo materno y fetal.
- Precisar con mayor exactitud la edad gestacional.
- Diagnosticar la condición fetal y vigilar, su desarrollo.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre embarazada y su pareja.

III. CARACTERÍSTICAS:

1. Precoz. Debe iniciarse lo más pronto posible, tan pronto como la madre sabe que está gestando.

2. Periódico. Debe ser periódico y repetitivo. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser:

Mensuales: hasta las 28 semanas de gestación.

Quincenales: desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación.

Semanales a partir de las 36 semanas hasta el parto.

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

3. Completo. Tomando en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada:

- Examen general de la gestante.
- Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
- Atención nutricional.
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones.

- Atención en salud mental.
- Atención social y visitas domiciliarias, si es que las necesita.
- Educación para la salud, y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.

IV. PRIMERA CONSULTA:

La primera consulta es muy especial, porque la paciente debe vencer la timidez de estar frente al médico (muchas mujeres así lo sienten) permitirá aclarar dudas y temores respecto al embarazo.

Primero se tendrá que salir de la duda si es que la paciente está embarazada o no. Se examinará totalmente y se pedirá una serie de exámenes auxiliares:

- Test de Embarazo.
- Exámenes de sangre: Hemograma completo
- Ecografía obstétrica, aconsejable antes de las 12 semanas embarazo permite establecer la edad gestacional con mayor precisión.

V. INDICACIONES GENERALES:

La dieta. Es fundamental cuidar la dieta de la futura madre.

La higiene personal. Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo.

La actividad física. El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada.

La educación. Es importante tratar de que la paciente tenga la mayor información veraz acerca de su condición de embarazada y de todos los aspectos biológicos del embarazo.

Psicoprofilaxis obstétrica. Implica la preparación física y mental de la paciente y pareja

programada, apropiada y que tiene por objeto, permitir que el nacimiento del producto, se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental de la madre.

Medicamentos. Se recomienda suspender la administración de medicamentos a las mujeres embarazadas.

Consejería. Esta debe ser una herramienta de prevención y de promoción de la salud.

Debe incluir temas específicos, guía y pautas de alarma.

Relaciones Sexuales. Cada pareja esté en condiciones de aceptar y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja y su hijo.

Alimentación. La dieta debe ser balanceada.

Tabaquismo y alcohol.

VI. ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS

PERIODICOS

Apertura del Carné Perinatal y elaboración

de la Historia Clínica Perinatal:

- Proporciona información necesaria de manera simple.
- Identifica riesgos en la madre.
- Registra la evolución del embarazo, parto y antecedentes del recién nacido.

Medición peso/talla materna:

- Evalúa el estado nutricional de la embarazada.
- Ayuda en el seguimiento del incremento de peso durante el embarazo.

Determinación de la presión arterial:

- Seguimiento de hipertensión previa.
- Detección de hipertensión inducida por el embarazo.

Examen clínico general:

- Evalúa el estado general de la embarazada y su adaptación a la gestación.
- Permite detectar alteraciones que pueden afectar a la madre y al feto.

Examen de mamas:

- Identifica anormalidades anatómicas, nódulos.
- Seguimiento de los cambios durante el embarazo.

Examen ginecológico:

- Detectar precozmente vulvovaginitis, ITS y/o cáncer cervicouterino.
- Tratar y evitar complicaciones.
- Primer trimestre del embarazo.

Inspección odontológica:

- Identifica focos sépticos.

Determinación de la edad gestacional:

- Permite buen control del embarazo.
- Permite evaluar ganancia de peso materno y crecimiento fetal.
- Permite evaluar la fecha probable del parto.

Diagnóstico de vitalidad fetal:

- Percepción movimientos fetales (primípara entre las 18 a 20 semanas), orientar que permite vigilar el estado del feto.
- Auscultar fetocardia.

Evaluación del Crecimiento Fetal:

- Determinar altura uterina y evaluar variaciones por encima percentil 10 ó 90.
- Identificar macrosomía fetal.
- Identificar retardo de crecimiento in útero.

Diagnóstico de la presentación fetal:

- Identificar presentación fetal anormal a partir de la semana 28 de gestación.
- Orientar a la paciente sobre posibilidad de parto por cesárea.

Clasificación de la embarazada según su riesgo:

- Clasificar en cada control.
- Enseñar a la gestante a identificar signos de complicación.
- Evaluar manejo en primer nivel de atención o caso necesario transferir.

Consejería:

- Primer trimestre:

Signos y síntomas normales del embarazo.

Orientación nutricional.

- Segundo y Tercer trimestre:

Preparación amamantamiento.

Signos de alerta o complicaciones frecuentes.

Preparación para el parto.

Control puerperal

Planificación familiar.

Indicación de hierro y ácido fólico:

- Prevención y tratamiento de la anemia gestacional.
- **Idealmente** durante todo el embarazo y la lactancia.

- Aclarar efectos colaterales y como resolverlos.

Indicación de toxoide tetánico.

- Informar importancia e inocuidad para el feto.

- Completar esquema de vacunación.

Indicación y análisis de exámenes de laboratorio.

GUIA DE CONTENIDO

OBJETIVOS

1. Reconocer la importancia de la prevención de los partos prematuros en las pacientes que acudan a controles prenatales en la maternidad Isidro Ayora.
2. Valorar la importancia de informar a las usuarias de manera clara, sencilla, precisa y correcta.
3. Incentivar a las madres embarazadas a que acudan a los controles prenatales periódicos y oportunos.

DURACION APROXIMADA

60 minutos

MATERIAL DE APOYO

- Contenido científico (Anexo No. 2 pág. 73)
- Rotafolio (Anexo No. 3 pág. 80)
- Volantes (Anexo No. 4 pág. 84)

DESARROLLO DEL TALLER

1. El facilitador expondrá los datos encontrados sobre Parto Prematuro. (10 min)
2. A partir de esto, el facilitador apoyado por una presentación de rotafolio, expondrá los criterios científicos sobre partos prematuros. (20 min.)
3. El facilitador permitirá un intercambio de experiencias entre el personal presente con una reflexión final de parte de ellos a cerca de sus sentimientos respecto a dicha experiencia. (10 min.)

4. El facilitador indicará el manejo y entregará los afiches, folletos y las cápsulas educativas, señalando la importancia de educar a las usuarias de manera precisa, clara, correcta y concisa. (15 min.)
5. El facilitador aplicará un post test. (5 min.)

METODOLOGIA

Se utilizará una metodología interactiva, en donde la facilitadora expondrá el tema apoya con una presentación en rotafolio. Los participantes podrán hacer preguntas interrumpiendo la exposición o al final de la misma. El tema se cerrará con una especie de sensibilización al hacer exponer a los participantes sus experiencias respecto al tema.

Como manera de incentivar a las madres a los controles prenatales se realizaran talleres que sirvan de apoyo para todos los conocimientos, acerca de su embarazo, especial a las madres adolescentes, en donde la maternidad cuenta, con un servicio espacial para ellas.



PROGRAMA DIRIGIDO A USUARIAS

OBJETIVO:

Informar a las usuarias sobre la importancia de acudir a los controles prenatales, a través de talleres educativos, rotafolio, folleto, afiches educativos.

MATERIAL DE APOYO

- AFICHE (Anexo No. 5, pág. 85)
- VOLANTE (Anexo No. 4 pág. 84)
- ROTAFILIO (Anexo No 3. Pág. 80)

EXPOSITORA

Las educadoras y/o consejeras tomarán a cargo la realización del taller. Al final del mismo se apoyarán con las siguientes preguntas:

PREGUNTAS CLAVES DEL TALLER:

- ¿De qué se trató el TALLER?
- ¿Sabía usted la importancia de un control prenatal?
- ¿Creen que la falta de controles prenatales puede llegar a afectarles a su embarazo?
- ¿sabía usted de los riesgos de tener un embarazo prematuro?
- ¿Qué hacer para prevenir un parto prematuro?

CUANDO HACERLO

En caso de hacer campañas educativas sobre la prevención de partos prematuros, se realizará durante dos meses y los talleres se realizarán 1 vez al día, una durante la mañana donde existe mayor cantidad de pacientes que acuden al hospital para los controles prenatales. Estos se realizarán en las salas de espera de consulta externa de la Maternidad

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- La prevalencia de partos prematuros en los años 2007 y 2008 fue elevado en comparación con los nacimientos en el 2006, lo cual significa que no están disminuyendo, a pesar de las técnicas y capacitaciones utilizadas a la población.
- El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.
- Las madres de mayor riesgo en tener partos prematuros se ubican en edades reproductivas entre 18 y 24 años.
- Según el nivel de educación materna la mayor parte corresponden a un nivel de instrucción primaria.
- Tomando en cuenta el estado civil de las madres embarazadas predominan la unión libre.
- El tiempo de gestación en la que se presentó el mayor porcentaje el parto pretérmino corresponde entre 33 y 36 semanas.
- La mayoría de los partos prematuros ocurrieron en su primera gesta y con un máximo de cinco controles prenatales.

- Se observó un incremento de la mortalidad neonatal.

- La Propuesta Educativa que se elaboró para la maternidad Isidro Ayora, servirá de guía a Profesionales, Educadoras, Consejeras y Usuarias con la finalidad de que las usuarias asistan a los controles prenatales y poder evitar un parto prematuro.

5.2. RECOMENDACIONES

- Incentivar a todo el personal de la unidad de salud y a las madres embarazadas sobre la importancia de los controles prenatales.
- Sensibilizar y capacitar al personal sobre los controles prenatales y buscar un mecanismo que apoyados con el programa Educativo dirigido a Profesionales de la Salud permitan disminuir esta prevalencia.
- Se recomienda a toda la población en etapa de gestación a que acudan a los centros de salud más cercanos a que se realicen los controles prenatales.
- Incentivar a la usuaria que regrese al control periódicamente para mejorar su calidad de vida.
- Que los Programas Educativos se presenten con más frecuencia en lo posible en la televisión y la radio que son los medios de mayor acceso de la usuaria.
- Poner más énfasis en las capacitaciones a las mujeres embarazadas.
- Mantener antibiótico profiláctico a toda mujer que se encuentra en trabajo de parto pretérmino.
- Continuar usando inductores de la madurez pulmonar en los casos de riesgo de prematuridad entre las 28-34 semanas de gestación.

6. BIBLIOGRAFIA

1. **BENSON, PERNOLL M.** 2003. Manual de Ginecología y Obstetricia. 10 ed. México, Mc Graw-Hill. Pp.380-382.
2. **BOJANINI J, GÓMEZ J.** 2004. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Rev Colomb Obstet Ginecol P.p.55(2):114-121.
3. **BOTERO URIBE.** 2004. Obstetricia y Ginecología, Parto pretérmino, 7ma ed. Capítulo 38: , en español. pp. 349.
4. **CABERO ROURA, L.** 2004. Ginecología. Obstetricia PARTO PREMATURO. 1ª ed.. Pp.176.182
5. **CLÍNICAS DE INVESTIGACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.** 2000 4ed. P.p. 733-734.
6. **DANFORTH. SCOTT R.** 2005, Tratado de Obstetricia y Ginecología. Mexico. Mc Graw.HILL-Interamericana; P. 181-199.
7. **GOLDENBERG RL.** 2002. Obstet Gynecol. The management of preterm labor.; 100:1020-37
8. **GOLDENBERG RL.** 2008. Epidemiology and causes of preterm birth. Pp.371:75-84.
9. **GONZÁLEZ-MERLO, J.** 2006 Obstetricia, Parto Prematuro, 5ta edición, Capítulo 38 en español, Elsevier España.
10. **HACK M, FANAROFF AA.** 1999. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age. Early Hum Dev; 53: 193-218.
11. **HACK M, TAYLOR HG, KLEIN N, EIBEN R,** 1994. Schatschneider G, Mercuri-Minich N. School-age outcomes in children with birth weights under 750 g. N Engl J Med P.p. 331: 753-9.
12. **INTERNATIONAL JOURNAL OF OBST & GYNEC.** 2001 (108; 133-42)
13. **MILLAR E, KEYES H.** 2001, Factores perinatales que inciden en el parto pretérmino. Rev Med Panamá; Pp43-50.
14. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.** 1999. Manual de normas y procedimiento para la atención de la salud sexual y reproductiva. Pp. 1-10

15. **PEREZ A.** 2003. Ginecología. 3 ed. Santiago (Chile), Ed. Mediterráneo. Pp. 576-579.
16. **RIGOL Ricardo, O.** 2004, Temas de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de la Habana: Ed. Ciencias Médicas; P. 209-21
17. **SCHWARCZ R.** 2003. Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires, El Ateneo. Pp. 278-283
18. **TUCKER JM, JC.** 1991 Obstet Gynecol. Etiologies of the preterm birth in an indigent population: Is prevention a logical expectation. Pp.77:343-7
19. **USANDIZAGA JA.** 2004, Tratado de Obstetricia y Ginecología. España: MC GRaw-HILL-Interamericana; P. 365-74.
20. **WILLIAMS G.** 2004. Obstetricia. 21 ed. Médica Panamericana. Pp. 592-623.
21. <http://www.ops-oms.org.ve/>
22. http://mombaby.org/PDF/letterheadpremlabor_spanish.pdf
23. http://www.babysitio.com/embarazo/parto_nacimiento_prematuro.php
24. <http://www.hoy.com.ec/.../parto-pretermino-243067-243067.html>
25. <http://www.healthsystem.virginia.edu/.../peds.../ptl.cfm>
26. http://www.tuotromedico.com/temas/prematuro_parto.htm

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biblioteca de la Universidad Central del Ecuador, Faculta de Ciencias Médicas.
- Páginas de Internet

ANEXOS

ANEXO 1**HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA**

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS MADRES QUE
INGRESARON CON DIAGNÓSTICO DE PARTO PREMATURO

No. H.C.			
Nombre:		Edad:	
Instrucción:		Estado Civil:	
Analfabeta	()	Casada	()
Primaria	()	Soltera	()
Secundaria	()	Unión Libre	()
Superior	()	Divorciada	()
No. Gestas:		V: ()	C: () A: ()
Parto actual	Vaginal: ()	Cesárea: ()	
Membranas:	Integras ()	Rotas ()	
Edad Gestacional:		Peso al nacer:	APGAR:
Patologías Maternas:			
Diagnóstico:			

CONTENIDO CIENTIFICO

Es un resumen tomado de libros científicos que se va a imprimir, como un folleto informativo para las personas que acudan a la Maternidad Isidro Ayora y conozcan sobre la importancia del control prenatal.

CONTROL PRENATAL

Un embarazo seguro requiere de un profesional idóneo que lo controle.

I. DEFINICIÓN:

El Control Prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

II. OBJETIVOS GENERALES:

Establecer los lineamientos para brindar atención oportuna, adecuada e integral en el primer nivel de complejidad a la madre embarazada con el objeto de vigilar la evolución de la gestación, detectar tempranamente las complicaciones y orientar tratamiento, y realizar intervenciones educativas para nuevas construcciones de la maternidad y paternidad.

III. CARACTERÍSTICAS:

1. Precoz. Debe iniciarse lo más pronto posible, tan pronto como la madre sabe que esta gestando.

2. Periódico. Debe ser periódico y repetitivo. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser:

- Mensuales: hasta las 28 semanas de gestación.
- Quincenales: desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación.

- *Semanales* a partir de las 36 semanas hasta el parto.

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

3. Completo. Tomando en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada:

- Examen general de la gestante.
- Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
- Atención nutricional.
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones.
- Atención en salud mental.
- Atención social y visitas domiciliarias, si es que las necesita.
- Educación para la salud, y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.

IV. PRIMERA CONSULTA:

La primera consulta es muy especial, porque la paciente debe vencer la timidez de estar frente al médico (muchas mujeres así lo sienten) permitirá aclarar dudas y temores respecto al embarazo

Primero se tendrá que salir de la duda si es que la paciente está embarazada o no. Se examinará totalmente y se pedirá una serie de exámenes auxiliares:

- Test de Embarazo.
- Exámenes de sangre: Hemograma completo (verificar si hay anemia), grupo sanguíneo y factor Rh (descarte de incompatibilidad materno-fetal), glicemia (diabetes gestacional), reacciones serológicas para sífilis, test de ELISA para HIV, dosaje de anticuerpos para rubéola, toxoplasmosis, y otras infecciones de interés.
- Examen completo de orina: en busca de infección urinaria o albuminuria (eclampsia).
- Test de citología (Papanicolau), para descartar cáncer de cuello uterino.

- Ecografía obstétrica, aconsejable antes de las 12 semanas embarazo permite establecer la edad gestacional con mayor precisión.

V. INDICACIONES GENERALES.

La dieta. Es fundamental cuidar la dieta de la futura madre. Es también necesario insistir acerca de una preparación higiénica de los alimentos.

La higiene personal. Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo.

La actividad física. El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la Embarazada. Se desaconseja el ejercicio de alta competición, de contacto y buceo. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia.

Se aconseja una reducción gradual hacia el tercer trimestre.

La educación. Es importante tratar de que la paciente tenga la mayor información veraz acerca de su condición de embarazada y de todos los aspectos biológicos del embarazo.

Psicoprofilaxis obstétrica. Implica la preparación física y mental de la paciente y pareja programada, apropiada y que tiene por objeto, permitir que el nacimiento del producto, se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental de la madre.

Medicamentos. Se recomienda suspender la administración de medicamentos a las mujeres embarazadas, lo más que sea posible, administrarlos solo cuando sea urgente; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a las dosis más bajas que se requieran para que sea de eficacia clínica.

Consejería. Esta debe ser una herramienta de prevención y de promoción de la salud. Debe incluir temas específicos, guía y pautas de alarma.

Se debe reforzar la idea que estar embarazada no es estar enferma. El embarazo es una etapa normal y especial de la vida.

Relaciones Sexuales. La normalidad respecto a este tema, es lo que cada pareja este en condiciones de aceptar. A lo largo del embarazo existen variaciones en la libido de la gestante, pero muchas veces esto se debe a temores y prejuicios, informar que las relaciones sexuales no dañan al bebe y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja.

Alimentación. La dieta debe ser balanceada. Solo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 grs. de yogurt o 1 porción de queso o 1 huevo).

Tabaquismo y alcohol. El consumo de alcohol durante el embarazo se asoció a bajo peso al nacer, aunque no se sabe cuanto alcohol sería perjudicial para el feto, se aconseja no ingerir alcohol durante el embarazo. El fumar se asoció a una variedad de efectos adversos para el feto en numerosos estudios, se debe realizar consejería desalentando el hábito tabáquico durante la gestación.

Genética. Actualmente existen algunos test para el diagnóstico prenatal de síndrome de Down y defectos del cierre del tubo neural. El triple esquema con marcadores serológicos en sangre materna con alfa feto proteína baja, estriol no conjugado bajo, y gonadotropina coriónica humana aumentada, entre la semana 10-12 de gestación identifica el 80% de los fetos con síndrome de Down con una tasa del 5% de falsos positivos.

VI. ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS PERIODICOS

Apertura del Carné Perinatal y elaboración de la Historia Clínica Perinatal:

- Proporciona información necesaria de manera simple.
- Identifica riesgos en la madre.
- Registra la evolución del embarazo, parto y antecedentes del recién nacido.

Medición peso/talla materna:

- Evalúa el estado nutricional de la embarazada.
- Ayuda en el seguimiento del incremento de peso durante el embarazo.

Determinación de la presión arterial:

- Seguimiento de hipertensión previa.

- Detección de hipertensión inducida por el embarazo.

Examen clínico general:

- Evalúa el estado general de la embarazada y su adaptación a la gestación.
- Permite detectar alteraciones que pueden afectar a la madre y al feto.

Examen de mamas:

- Identifica anormalidades anatómicas, nódulos.
- Seguimiento de los cambios durante el embarazo.

Examen ginecológico:

- Detectar precozmente vulvovaginitis, ITS y/o cáncer cervicouterino.
- Tratar y evitar complicaciones.
- Primer trimestre del embarazo.

Inspección odontológica:

- Identifica focos sépticos.

Determinación de la edad gestacional:

- Permite buen control del embarazo.
- Permite evaluar ganancia de peso materno y crecimiento fetal.
- Permite evaluar la fecha probable del parto.

Diagnóstico de vitalidad fetal:

- Percepción movimientos fetales (primípara entre las 18 a 20 semanas), orientar que permite vigilar el estado del feto.
- Auscultar fetocardia.

Evaluación del Crecimiento Fetal:

- Determinar altura uterina y evaluar variaciones por encima percentilo 10 ó 90.
- Identificar macrosomía fetal.
- Identificar retardo de crecimiento in útero.

Diagnóstico de la presentación fetal:

- Identificar presentación fetal anormal a partir de la semana 28 de gestación.
- Orientar a la paciente sobre posibilidad de parto por cesárea.

Clasificación de la embarazada según su

riesgo:

- Clasificar en cada control.
- Enseñar a la gestante a identificar signos de complicación.
- Evaluar manejo en primer nivel de atención o caso necesario transferir.

Consejería:

- Primer trimestre:

Signos y síntomas normales del embarazo.

Orientación nutricional.

- Segundo y Tercer trimestre:

Preparación amamantamiento.

Signos de alerta o complicaciones frecuentes.

Preparación para el parto.

Control puerperal

Planificación familiar.

Indicación de hierro y ácido fólico:

- Prevención y tratamiento de la anemia gestacional.
- **Idealmente** durante todo el embarazo y la lactancia.
- Aclarar efectos colaterales y como resolverlos.

Indicación de toxoide tetánico.

- Informar importancia e inocuidad para el feto.
- Completar esquema de vacunación.

Indicación y análisis de exámenes de laboratorio.**VII. EMBARAZO Y RIESGOS**

Embarazo de bajo Riesgo. Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé.

Embarazo de alto riesgo. Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes ó después del parto es mayor que lo habitual, tanto para lamadre como para el producto de la gestación.

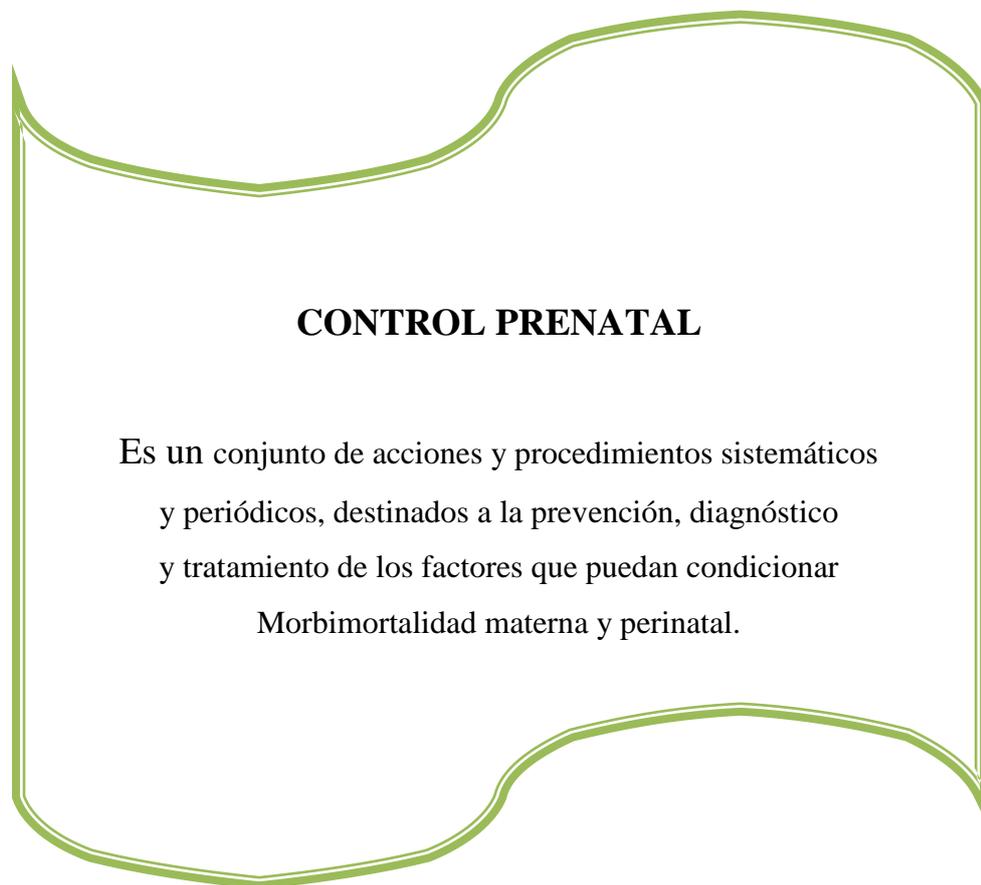
VIII. CRITERIOS DE TRANSFERENCIA.

Se debe valorar la transferencia inmediata hacia un hospital de tercer nivel a la paciente ante cualquiera de los siguientes síntomas y signos de alarma

- Pérdida de sangre vía vaginal.
- Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- Disminución de los movimientos fetales o su ausencia.
- Pérdida de líquidos vía vaginal.
- Aumento de volumen de sus miembros inferiores y cuerpo.
- Dolor de cabeza intenso y permanente
- Fiebre que no se puede controlar.
- Náuseas y vómitos intensos y repetidos.
- Orina escasa o molestias al orinar que no cede a tratamiento establecido.
- Dolor en el epigastrio
- Otros síntomas, de acuerdo a factor de riesgo asociado

ROTAFOLIO

Con el propósito de llegar con el mensaje a todas las madres embarazadas, sobre la importancia del control prenatal se preparó un rotafolio en forma clara y sencilla, el cual voy a exponer a todas las madres que asistan a consulta externa de la maternidad Isidro Ayora sobre la importancia de un control prenatal.



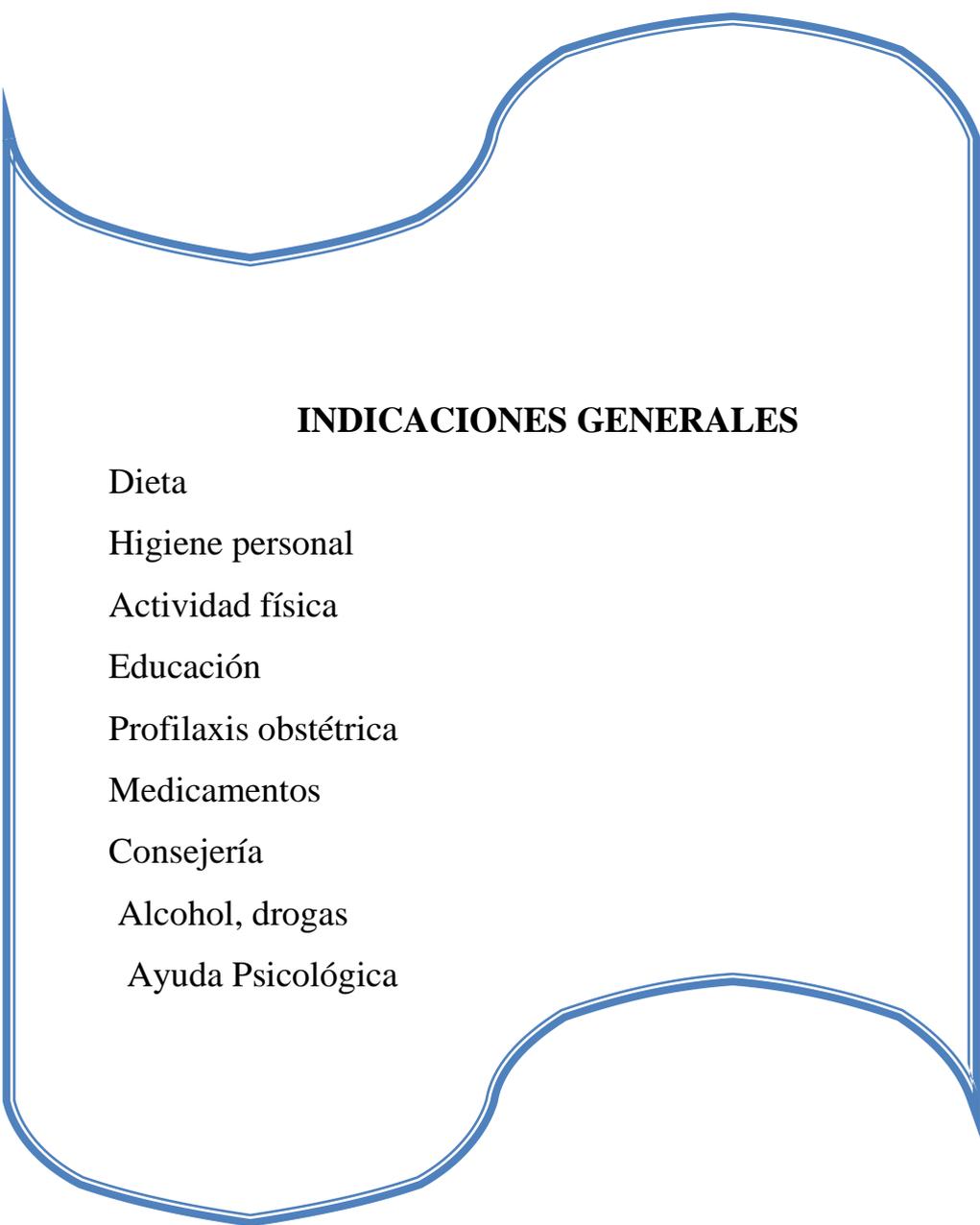
CARACTERÍSTICAS:

1. Precoz.

2. Periódico.

- Mensuales: hasta las 28 semanas de gestación.
- Quincenales: desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación.
- *Semanales* a partir de las 36 semanas hasta el parto.

3. Completo.



INDICACIONES GENERALES

Dieta

Higiene personal

Actividad física

Educación

Profilaxis obstétrica

Medicamentos

Consejería

Alcohol, drogas

Ayuda Psicológica

MATERNIDAD ISIDRO AYORA



RIESGOS DE PARTOS PREMATUROS

1. Infecciones de vías urinarias.
2. Hipertensión arterial
3. Sangrado genital
4. Ruptura prematuro de membranas
5. Infecciones genitales

**ACUDIR A LOS CONTROLES
PRENATALES**

VOLANTES

Hojas informativas sobre control prenatal.

CONTROL PRENATAL

TENEMOS QUE SABER QUE CUANDO UNA MUJER ESTA EMBARAZADA, PARA ELLO DEBE REALIZARSE LOS CONTROLES PRENATALES.

HAY QUE ACUDIR EN FORMA PERIODICA PARA SABER SI TU BEBE ESTA CRECIENDO FUERTE Y SALUDABLE

ASI PODEMOS EVITAR COMPLICACIONES TANTO PARA LA MADRE COMO SU HIJO.

ACUDA A EL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO.

LOS CONTROLES PRENATALES SON IMPORTANTES

AFECHES



CONTROL PRENATAL

**EL BIENESTAR DE LA MADRE Y SU HIJO DEPENDEN MUCHO
DE LOS CONTROLES PRENATALES.**

**ACUDIR A LOS CONTROLES DE TU EMBARAZO GARANTIZAN
UNA BUENA SALUD TANTO PARA LA MADRE COMO SU BEBÉ.**

**LA PREVENCION ES LO MAS IMPORTANTE, DALE EL PLACER
A TU HIJO PARA QUE NAZCA SANO Y FUERTE.**