



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“MANEJO CLÍNICO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN
PACIENTES INGRESADAS AL SERVICIO DE GÍNECO OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, PERIODO 2016”**

**TESIS PRESENTADA POR:
BACHILLER EN OBSTETRICIA
PIZÁN FLORES, MILY JACKELINE**

**PARA OPTAR
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ASESORA:
GOMEZ BARRIA, LUISA ISABEL**

**PUCALLPA- PERÚ
2017**

ÍNDICE

CARÁTULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	8
I. CAPÍTULO I	
PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	10
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2 Delimitación de la investigación	15
1.3 Formulación del problema	15
1.4 Objetivos de la investigación	16
1.5 Hipótesis de la investigación	17
1.5.1. Identificación y clasificación de variables e indicadores	17 - 19
1.6 Diseño de la investigación	20
1.7 Población y muestra	20
1.8 Técnica e instrumentación de la recolección de datos	23
1.9 Justificación e importancia de la investigación	25 – 27

II. CAPÍTULO II	
MARCO TEORICO	28
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	28
2.1.1 Antecedente	28
A nivel internacional	28
A nivel nacional	34
A nivel local	39
2.1.2 Bases teóricas	40
2.1.3 Definición de términos básicos	86
CAPÍTULO III	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	89
III. CONCLUSIONES	122- 125
IV. RECOMENDACIONES	126-127
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	128
VII. ANEXOS	136 - 154

Dedicatoria:

Dedico esta tesis a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para así poder lograr mis objetivos planeados, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Eugenio Pizan CH y Nila Flores A, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos y también a mis hermanos y familiares por su incondicional apoyo moral.

Dedico también a mis docentes, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y a mi asesora quien me orientó y respondió mis dudas presentadas durante la elaboración de la tesis

Agradecimiento:

Agradezco a la universidad alas peruanas, por darme la acogida a esta institución honorable en la carrera profesional de obstetricia, brindándome profesionales de calidad como docentes, para así aprovechar todos los conocimientos científicos en salud que se me brindaron.

Muy agradecida con la Obst Charito Barreto Machacuay, coordinadora de obstetras del hospital regional de Pucallpa y al jefe del Departamento de Gineco obstetricia por permitir ser parte de familia.

Brindándome así el acceso directo a mis prácticas pre profesionales, permitiéndome desenvolverme el campo laboral de la obstetricia con la finalidad de prevenir la morbi mortalidad materno fetal y perinatal.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el cumplimiento del manejo clínico de pacientes hospitalizadas por Amenaza de Parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa. **Muestra:** 67 gestantes que ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en el periodo 2016. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, de evaluación, de corte transversal, retrospectivo, univariado. Variable del estudio: manejo clínico de pacientes hospitalizadas por Amenaza de Parto pretérmino. **Resultados:** El 61% de los casos tiene entre 20 y 34 años, 23% son adolescentes, 60% tiene instrucción secundaria, 94% es ama de casa, 79% tiene estado de conviviente. 74% procede de la red referencial del Hospital Regional de Pucallpa. 42% atraviesa su primera o segunda gestación, 58% en la tercera u octava. 31% tiene antecedente de un aborto, 63% tenía entre 32 y 36 semanas al ingreso, 30% entre 28 y 31 semanas y 7% entre 23 y 27 semanas. 5 casos ingresaron con RPM. 72% presentaba ITU, el 30% tenía ITU como antecedente durante la atención prenatal. El 25% contaba con 6 a 8 atenciones prenatales de su establecimiento de origen. 96% contó con Seguro Integral de Salud, 27% acudió con Referencia de emergencia. 68% de los casos recibió Nifedipino como Tocolítico, seguido de Sulfato de Magnesio con 19%. 78% de los casos recibió terapia de maduración pulmonar fetal, 81% recibió Antibioticoterapia. 99% contó con exámenes hematológicos incluyendo pruebas de VIH y RPR. 99% tuvo examen completo de orina, no se encontró ningún resultado de urocultivo ni de secreción vaginal. 99% contó con ecografía obstétrica, 66% de los casos egresó sin dar a luz durante el episodio de hospitalización. 24% terminó en cesárea y en 10% se desencadenó el trabajo de parto y el parto pretérmino. El 100% de las pacientes egresó recuperada, el 91% de los recién nacidos prematuros egresó recuperado, 2 de los casos fallecieron. **Conclusión:** El manejo clínico se cumple en 80%, lo que significa un manejo óptimo. En el resto de los casos había quedado pendiente, exámenes de apoyo al diagnóstico como urocultivo, secreción vaginal, etc.

Palabras clave: Amenaza de parto pretérmino, gestantes, manejo clínico, guía clínica, tratamiento farmacológico, exámenes de apoyo al diagnóstico, procedimientos.

ABSTRACT

Objective: To evaluate compliance with the clinical management of patients hospitalized for Preterm Birth Threat in the Gynecological Obstetrics service of the Regional Hospital of Pucallpa. Sample: 67 pregnant women admitted with a diagnosis of preterm birth threat in the period 2016. Material and methods: Descriptive, cross-sectional, retrospective, univariate, descriptive study. Study variable: clinical management of patients hospitalized for Preterm Birth Threat. Results: 61% of the cases are between 20 and 34 years old, 23% are adolescents, 60% have secondary education, 94% are housewives, 79% have a cohabiting state. 74% comes from the reference network of the Regional Hospital of Pucallpa. 42% go through their first or second gestation, 58% in the third or eighth. 31% had a history of abortion, 63% had between 32 and 36 weeks of admission, 30% between 28 and 31 weeks and 7% between 23 and 27 weeks. 5 cases entered with RPM. 72% had ITU, 30% had ITU as a background during prenatal care. Twenty-five percent had 6 to 8 prenatal care from their home institution. 96% had Integral Health Insurance, 27% came with Emergency Reference. 68% of cases received Nifedipine as Tocolytic, followed by Magnesium Sulphate with 19%. 78% of cases received fetal lung maturation therapy, 81% received antibiotic therapy. 99% had haematological examinations including HIV and RPR tests. 99% had complete examination of urine, no results of urine culture or vaginal secretion were found. 99% had obstetric ultrasound, 66% of the cases had not delivered during the hospitalization episode. 24% completed cesarean section and 10% triggered labor and preterm delivery. 100% of the patients graduated recovered, 91% of the preterm infants recovered, 2 of the cases died. Conclusion: Clinical management is achieved in 80%, which means an optimal management. In the remaining cases, diagnostic support tests such as uroculture, vaginal discharge, etc. were pending.

Key words: Threat of preterm birth, pregnant women, clinical management, clinical guide, pharmacological treatment, diagnostic support tests, procedures.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino (ATPP) es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm, entre las 22 semanas de gestación a las 36 semanas de gestación. Esta patología es una de las más frecuentes con la que se encuentra el obstetra dada su alta prevalencia. (1) A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años (2). El parto pretérmino constituye uno de los principales retos de la atención perinatólogica actual (3).

En el presente estudio de “Manejo Clínico de la Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes ingresadas al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016”, El cual demuestra como evidencia un cumplimiento de un 80% del manejo optimo.sobre esta patología según la guía clínica del MINSA 2010. El presente estudio, muestra todos los esfuerzos necesarios que se realizan para prevenir el parto pretérmino, pese a las dificultades que se presentan como retos para el equipo de Gineco obstetricia, y que a pesar de ello se desencadenó el parto pretermino con un 10% se produce en pacientes de mayor gravedad que no ceden al manejo y cuidados que se aplican.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Pucallpa, establecimiento de nivel II-2, ubicado en el distrito de Callería de la Provincia de Coronel Portillo en la Región Ucayali, durante el mes de abril 2017, haciendo una revisión de 67 casos que fueron hospitalizadas durante todo el año 2016.

Del mismo modo, el presente estudio, muestra las dificultades y carencias para poder realizar todos los procedimientos establecidos por norma del Ministerio de Salud y de este modo tener un sustento y justificación para hacer las gestiones de adecuación de la norma para el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa e implementar los recursos faltantes y procedimientos necesarios desde la atención de emergencia, con la finalidad principal de establecer un manejo clínico estandarizado, propio del Hospital Regional de Pucallpa.

Los resultados de este estudio serán útiles para los profesionales del Departamento de Gineco Obstetricia juntamente con los Obstetras de la Red Referencial del Hospital Regional de Pucallpa, por lo que amerita difundirse con los establecimientos periféricos de la misma, para mejorar la captación, atención y derivación oportuna y adecuada, abordando todos los posibles agentes etiológicos de la amenaza de parto pretérmino, teniendo como principal apoyo para el cumplimiento del tratamiento al seguro integral de salud.

Al parecer el problema de amenaza de trabajo parto pretérmino, como lo define la Guía Clínica para atención de condiciones obstétricas en el marco del PEAS RM 487-2010/MINSA, resalta las complicaciones y calidad de vida del recién nacido prematuro, siendo de gran importancia puesto que se trata de un ser humano considerado por la sociedad como el capital humano que aportaría desarrollo para sociedad, lo que estaría en riesgo por la prematuridad al nacer, así también el riesgo en el siguiente embarazo, ya que la bibliografía describe a la prematuridad como antecedente en una misma mujer, como causa del parto pretérmino, por lo que es necesario abordar todas las posibles infecciones frecuentes del embarazo, como la infección del tracto urinario y las infecciones vaginales u otras Infecciones de Transmisión Sexual, durante los controles prenatales a través de la anamnesis y el examen vaginal con especuloscopia; todo lo cual garantizaría un progreso en la atención de los casos propuesto por los profesionales de obstetricia desde el primer nivel de atención.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

La amenaza de parto pretérmino (ATPP) es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cm., entre las 22 semanas de gestación a las 36 semanas de gestación. Esta patología es una de las más frecuentes con la que se encuentra el obstetra dada su alta prevalencia. (1)

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. (2)

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están

aumentando. Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. (2)

El parto pretérmino constituye uno de los principales retos de la atención perinatólogica actual, si se tiene en cuenta que, en los EE.UU., cada año 12% de los nacimientos se produce con menos de 37 semanas de gestación, lo cual precisamente implica un costo de 26 billones de dólares anuales para enfrentar la tragedia. Por otro lado, el parto pretérmino forma parte de 70% de las muertes neonatales y de 25-50% de las lesiones neurológicas a largo plazo, además de constituir 36% de la mortalidad infantil. La cifra de frecuencia a escala mundial está en el rango de 5-9%. (3)

Un estudio del programa europeo de riesgo laboral y resultados del embarazo (EUROPOP) en mujeres que trabajaban más de 42 horas por semana y permanecían de pie más de 6 horas por día, mostró que tuvieron riesgo aumentado de nacimientos prematuros. (4).

En el año 2003, Miranda del Olmo y cols. Publicaron un estudio con datos procedentes del Hospital General de México, en donde se registraron un total de 57,431 recién nacidos, de los cuales 2,400 (4.1%) fueron prematuros, 1,052 (43.8%) mujeres y 1,348 (56.2%) hombres. De los 2,400 nacimientos prematuros, 1,621 pacientes fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, lo cual correspondió al 67.5% de los nacimientos prematuros y al 2.8% del total de nacimientos. La mayoría de los prematuros (28.8%) se encontró el grupo de 30 a 32 semanas de

gestación. La principal causa de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales fue la enfermedad de membrana hialina con 644 casos (26.8%), seguida de neumonía con 495 casos (20.6%) y asfixia con 221 casos (9.2%). Los recién nacidos prematuros que se reportan representan sólo entre 3 y 4% de todos los nacimientos. (5)

En Argentina, en el año 2013, nacieron 754.603 niños, de los cuales, 64.540 lo hicieron antes de las 37 semanas de gestación, de lo que resulta una tasa de prematuros en Argentina del 8,5 %, con una variación interprovincial de 5,3% a 11,4%. (6)

En el Perú del 2015, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació Pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació Postérmino (>42 semanas). En las regiones se observa el mismo comportamiento que en el nacional, más del 90% de los nacimientos se dieron a partir de la semana 37, mientras que el mayor porcentaje de nacidos vivos entre las semanas 32- 36 se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%. Por otro lado, el 1,2% de los nacidos vivos en la región Piura presentaron una edad gestacional menor a las 31 semanas, asimismo, el 1,1% de los nacidos vivos en La Libertad, Tumbes, Ancash y Lambayeque y el 1% de los nacidos en las regiones de Tacna, Junín y Callao. (7) ANEXO 01.

De los 27 mil nacidos vivos durante el 2015, con una edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación). El mayor porcentaje de recién nacidos pretérmino se encuentra dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8%), es decir que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación. (7)

En el 2006, Rostrán y Trujillo realizaron un estudio sobre el manejo de APP en un centro de salud con camas Jacinto Hernández, Nueva Guinea, Chontales (n=110). Ellas concluyeron que de acuerdo a los estándares de evaluación de calidad no se cumple el 80% en cada uno de los ítems que valora el diagnóstico y tratamiento de la APP. Los principales antecedentes fueron infección de vías urinarias, bajo nivel socioeconómico y diabetes. El uso de tocolíticos fue adecuado en un 40%, y el índice de éxito de las pacientes manejadas adecuadamente contra las manejadas inadecuadamente fue el doble. El manejo de la amenaza de parto prematuro y de la maduración pulmonar fue adecuado en un 60% y 41.8%, respectivamente. El uso de antibióticos fue adecuado en un 78.5%. (8)

Según la oficina de estadística e informática del hospital de apoyo N° 2 Yarinacocha Pucallpa en un periodo de estudio 2001 hasta 2003, Se concluyó que la Vaginosis Bacteriana, el antecedente de parto pretérmino y el antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual se asociaron con la ocurrencia de parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas. (9)

Según un estudio en el Hospital Nacional Santa Rosa (Lima), realizado en el año 2014, donde se encuentra dentro de los principales factores de riesgo maternos para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino y posterior parto pretérmino, la infección del tracto urinario, dando como resultado que el antecedente materno de infección urinaria pre gestacional eleva el riesgo hasta 2.8 veces de desarrollo de parto pretérmino. Otro estudio realizado en la ciudad de Trujillo, en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray en el 2008 encuentra que la incidencia de Infección del tracto Urinario para el desarrollo de amenaza de parto pretérmino y posterior parto pretérmino fue del 37.7% (10).

La infección renal en embarazadas está muy relacionada con las complicaciones que pueden aparecer tanto en el parto como en la propia gestación del feto, ya que eleva el riesgo de tener un parto prematuro y contracciones prematuras, puede retardar el crecimiento intrauterino, eleva el riesgo de que se rompan las membranas del útero y, en algunas ocasiones, se ha llegado a relacionar con casos de muerte fetal. Además, eleva el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso y con anemia. (11)

Al parecer el problema de amenaza de parto pretérmino, como lo define la Guía Clínica para atención de condiciones obstétricas en el marco del PEAS RM 487-2010/MINSA, resalta las complicaciones y calidad de vida del recién nacido prematuro, siendo de gran importancia puesto que se trata de un ser humano considerado por la sociedad como capital humano que aportaría desarrollo para sociedad, lo que estaría en riesgo por la prematuridad al nacer, así también el riesgo en el siguiente embarazo, ya que la bibliografía describe a la prematuridad como antecedente en una misma mujer, como causa del parto pretérmino, por lo que es necesario abordar todas las posibles infecciones frecuentes del embarazo, como la infección del tracto urinario y las infecciones vaginales u otras Infecciones de Transmisión Sexual, durante los controles prenatales a través de la anamnesis y el examen vaginal con especuloscopia.

El presente estudio evalúa el manejo de los casos que acuden a la emergencia o a la atención prenatal con evidencia de que el parto se encuentre en riesgo de desencadenarse antes de las 37 semanas y que son hospitalizadas para aplicar todos los procedimientos y esfuerzos necesarios normados, desde el primer nivel de atención y si finalmente es eficiente produciéndose el alta de la madre gestante hasta que cumpla las 37 o más semanas, o de la madre puérpera de parto prematuro y de su bebé recién nacido prematuro en buenas condiciones con el menor riesgo posible de mortalidad y morbilidad.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se realizará en el Hospital Regional de Pucallpa, que se encuentra ubicado en el Jr. Agustín Cauper N° 285, Localidad de Pucallpa, Distrito de Callería, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali con una superficie territorial estimada de 2265818 Km². El Hospital es considerado como Hospital de nivel II-2.

El estudio se realizara tomando en cuenta el periodo de enero a diciembre 2016; con la población de gestantes hospitalizadas por amenaza de trabajo de parto pretérmino, y cuál fue el manejo clínico frecuente para estos casos desde el establecimiento de origen, en el servicio de emergencia y en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, teniendo como referencia la Guía de práctica clínica del Ministerio de Salud del año 2010.

Socialmente el estudio será de gran aporte debido a que al evaluar el manejo clínico y se detecten las limitaciones en el mismo, se podrán tomar medidas de mejora para garantizar la salud de la madre y de su hijo quién será parte del capital humano para el desarrollo de la sociedad, en primer lugar, de nuestra región.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cómo se cumple el manejo clínico establecido por el MINSA en pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas, gineco obstétricas y de la atención pre natal, de las pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?
- ¿Cuál es el cumplimiento del tratamiento farmacológico, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos, establecido por el MINSA, en pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?
- ¿Cuáles son las complicaciones y tipo de egreso materno perinatal, por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el cumplimiento del manejo clínico de pacientes hospitalizadas por Amenaza de Parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas, gineco obstétricas y de la atención pre natal, de las pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.

- Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, de exámenes de apoyo al diagnóstico y de procedimientos, en las pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016
- Establecer las complicaciones y tipo de egreso materno perinatal, por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital regional de Pucallpa, periodo 2016

1.5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación no presenta hipótesis por ser un estudio descriptivo exploratorio que describirá el cumplimiento del manejo clínico establecido por norma de salud.

1.5.1. Identificación y clasificación de variables e indicadores

- **Variable de estudio**

Manejo Clínico de pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino

1.5.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de Instrucción ✓ Ocupación ✓ Estado Civil ✓ Procedencia
	CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paridad ✓ Edad Gestacional al ingreso a hospitalización ✓ Altura Uterina ✓ Trabajo de Parto al Ingreso ✓ Dinámica Uterina ✓ Integridad de las membranas ovulares ✓ Latidos fetales ✓ Movimientos fetales
	CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRE NATAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimiento de salud de origen ✓ Afiliación SIS ✓ Número de Controles Prenatales ✓ Hoja de Referencia ✓ Tipo de Referencia ✓ Diagnósticos adicionales ✓ Antecedentes de Riesgo durante la atención Prenatal
	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamentos e insumos desde el establecimiento de salud de origen ✓ CI Na ✓ Tocolíticos (nifedipino, o Indometacina, o sulfato de magnesio, o isoxuprina) ✓ Corticoides (betametasona o dexametasona) ✓ Antibiótico: Si se asocia con RPM, ITU o ITS,
	EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hematológicos: hemograma, hematocrito, hemoglobina. ✓ Examen completo de orina – Urocultivo ✓ Test de Nugent (tinción de gram para descartar vaginosis bacteriana). ✓ Proteína C reactiva (de existir RPM). ✓ Grupo Sanguíneo y factor RH ✓ VIH, RPR ✓ Recuento de plaquetas ✓ Glucosa ✓ Ecografía Obstétrica ✓ Perfil biofísico fetal

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Longitud de Cuello uterino x ecografía ✓ Recuento de cuerpos laminares (de ser posible)
	PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener Vía endovenosa permeable en traslado ✓ Control de Funciones vitales y estado neurológico en emergencia ✓ Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo en emergencia y hospitalización ✓ Registro de Bishop ✓ Monitoreo materno fetal en emergencia ✓ Reposo absoluto en hospitalización ✓ Monitoreo Materno Fetal en hospitalización ✓ Manejo de UCI ✓ Manejo de UCIN
	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parto pretérmino. ✓ Compromiso del futuro obstétrico por cesárea pretérmino, Infección del Tracto Urinario ✓ Infección Vaginal u otra ITS ✓ Corioamnionitis, ✓ Ruptura Prematura de Membranas ✓ Embolia de líquido amniótico ✓ Sepsis ✓ Muerte Materna
	COMPLICACIONES PERINATALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de Prematuridad ✓ Retardo de Crecimiento Intrauterino ✓ Hemorragia intracraneal, ✓ Retinopatías del prematuro, ✓ Asfixia perinatal, ✓ Enfermedad de la Membrana Hialina ✓ Enterocolitis necrotizante, ✓ Encefalopatía hipóxico isquémica, ✓ Displasia broncopulmonar ✓ Malformación congénita ✓ Muerte fetal ✓ Muerte neonatal
	TIPO DE EGRESO MATERNO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestante: Recuperada, Referida, Fallecida ✓ Puérpera: Recuperada, Referida, Fallecida
	TIPO DE EGRESO PRODUCTO GESTACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Óbito ✓ Recién nacido: Recuperado(a), Referido(a), Fallecido(a)

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo no experimental, descriptivo, exploratorio, univariado, debido a que se describirán datos obtenidos de la exploración de casos ocurridos sin manipulación de las variables. (91)

Retrospectivo: porque los hechos, motivo de estudio ocurrieron en el pasado, cuya información ya se encuentra registrada. (92)

De corte Transversal: porque se estudia la variable en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. (92)

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de nivel Descriptivo, Aplicativo, y de Evaluación, debido a que se evaluará el nivel de aplicación de un procedimiento formal.

1.6.3. MÉTODO

Descriptivo, de Evaluación, porque se describirán las dimensiones del fenómeno, sus variaciones, su importancia; las características del fenómeno, que limitaciones o problemas existen, explicando cómo actúa el fenómeno. (93)

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Consta de 81 egresos de gestantes o puérperas que ingresaron a hospitalización de Gineco-obstetricia con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2016 del Hospital

Regional de Pucallpa según los registros del Libro de hospitalización y del Programa SIP 2000, del Departamento de Gineco Obstetricia.

Para este estudio retrospectivo de muestra pequeña y evaluación de cumplimiento de normas de salud vigentes específicamente de amenaza de parto pretérmino, adecuándose a un nivel descriptivo y tipo exploratorio se utilizó el método de muestro aleatorio, de modo que se puedan detectar mínimamente y dar a conocer las dificultades del manejo clínico y poder generalizarlas, para las gestiones de mejora de la calidad de atención a nivel de la red referencial y la calidad de vida de los niños por nacer.

1.7.1.1. Criterios de Inclusion

- Se evaluarán las historias Clínicas de las pacientes que ingresaron a hospitalización de Gineco Obstetricia desde emergencia o consulta externa con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino entre las 23 a 36 semanas de gestación desde el 1 de enero al 31 de diciembre 2016, incluyendo a las que terminaron en parto pretérmino.

1.7.1.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de egreso de embarazo o parto a término que hayan sido hospitalizadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Gestantes pretérmino con diagnóstico de Óbito Fetal al ingreso.
- Pacientes que ingresaron a centro Obstétrico o Cesárea en fase activa de trabajo de parto pretérmino, o en periodo expulsivo pretérmino.
- Los casos clínicos que no cuentan con datos clínicos completos, por problemas administrativos.

1.7.2. MUESTRA

Cumpliendo con el esquema de Tesis de la Universidad, se utilizó la fórmula de población conocida para la población de 81 pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, entre los meses de enero a diciembre del 2016. Al no contar con suficientes estudios previos sobre aplicación de Protocolos, se consideró una proporción de 50% de probabilidad esperada y una precisión de 5%.

Formula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

n = tamaño de la muestra

p = proporción aproximada esperada (éxito) que presenta el fenómeno de estudio es de 50%=0.5

q = proporción de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (fracaso) 1- 0.5 = 0.5

Z=nivel de confiabilidad 95% es 1.96

e= nivel de precisión absoluta de 5% es 0.05

N= 81

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 81}{(0.05)^2(80) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$



$$n = \frac{77.7924}{0.2 + 0.9604}$$

$$n = \frac{77.7924}{1.1604} = 67.039$$



$$n = 67$$

La muestra objetivo de estudio será de 67 casos que fueron hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa.

Los casos fueron elegidos por aleatorización simple y por cuotas determinando una proporción por cada mes, equivalente al total de casos obtenidos por fórmula.

Enero	6	Julio	4
Febrero	7	Agosto	1
Marzo	7	Setiembre	2
Abril	3	Octubre	8
Mayo	5	Noviembre	8
Junio	10	Diciembre	6

Cada caso contendrá gran cantidad de información que establece el manejo de la amenaza de trabajo de parto pretérmino desde el establecimiento de salud de origen.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

Debido a que el estudio es retrospectivo, se solicitó a la Dirección Ejecutiva del Hospital, el permiso respectivo para la obtención de los datos registrados en las Historias Clínicas, garantizando la absoluta confidencialidad y custodia de la información, la cual será analizada según números de historia clínica.

La recolección de los datos se realizó en el ambiente de archivo de las historias clínicas en las fichas individuales para el estudio. Se recolectó los datos de 67 pacientes que fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.

El trabajo expresa el nivel de cumplimiento de la guía de atención de amenaza de parto pretérmino por parte del equipo de atención de la red referencial a las pacientes, que acuden al Hospital Regional de Pucallpa e ingresan por Emergencia o por consulta externa.

1.8.2. INSTRUMENTO

El instrumento de recolección de datos de cada Historia Clínica aplicado en forma anónima, reunió los indicadores de las variables en:

1. Datos Sociodemográficos y Gineco Obstétricos: Edad, Grado de instrucción, Ocupación, Estado civil, Procedencia, Paridad, edad gestacional cuando se produce la emergencia, Trabajo de parto, Dinámica Uterina, Integridad de las Membranas Ovulares, FCF Presentes.
2. Datos de Atención de Salud: Establecimiento de Salud de Origen, Afiliación SIS, N° Controles Prenatales, Hoja de Referencia, Tipo de referencia, Diagnósticos adicionales, Antecedentes de Riesgo.
3. Uso de Medicamentos e Insumos: Según la Guía Clínica: CINA, Tocolíticos (nifedipino, o indometacina, o sulfato de magnesio, o isoxuprina), Corticoides (betametasona o dexametasona), Antibiótico: Si se asocia con RPM, ITU o ITS, catéter endovenoso N° 18. Desde el establecimiento de origen. Variables independientes
4. Exámenes de Apoyo al Diagnóstico: Hematológicos: hemograma, hematocrito, hemoglobina. Examen completo de orina – Urocultivo, Test de Nugent (tinción de gram para descartar vaginosis bacteriana). Proteína C reactiva (de existir RPM). Grupo sanguíneo y Factor RH, Recuento de Plaquetas, Glucosa, Ecografía Obstétrica, perfil biofísico fetal, Longitud de Cuello uterino x ecografía, recuento de cuerpos laminares. Desde la atención prenatal.
5. Procedimientos: Vía endovenosa permeable en traslado, Control de FV, ROT, Edema Maternos, al Ingreso, Control de Estado Neurológico, Control de efectos secundarios del tratamiento, Hoja de monitoreo materno fetal, Indicación de reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo, UCI, UCIN, Tipo de Parto. Desde el establecimiento de origen.

6. Evaluación de la estancia hospitalaria, complicaciones y tipo de egreso: Fecha de Ingreso al Hospital, Complicaciones maternas, Complicaciones perinatales, Fecha de Egreso del Hospital, Total de días en UCI, Total de días en hospitalización de Gineco Obstetricia, Egreso materno, Egreso del producto. Desde que ingresa a hospitalización.

Al término de la recopilación de la información a todas las historias clínicas consideradas en la muestra de estudio se registró en una base de datos de en Microsoft Excel, evaluando las frecuencias de los datos.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La amenaza de parto pretérmino constituye un problema en salud pública a nivel mundial. La primera causa de mortalidad en niños menores de cinco años es la prematuridad, se estima que unos 15 millones de bebés nacen prematuros al año, y más de un millón de niños mueren a cada año debido a complicaciones en el parto y los que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida.

Dentro de las complicaciones más frecuentes, además de deficiencias en el desarrollo neurológico, tenemos enfermedad pulmonar crónica, deficiencias en el lenguaje, retardo en el crecimiento, estrabismo, sordera, déficit de atención, hernias y síndrome de muerte súbita. (12)

La prematuridad es la segunda causa de muerte neonatal en la región de Ucayali durante el periodo 2011-2012, por esta causa fallecieron en promedio 401.4 neonatos por cada 100 mil nacidos vivos; y encabezando en primer lugar como causa de mortalidad neonatal las infecciones neonatales. (13)

El presente estudio de investigación será de gran aporte para el mejoramiento en la organización y coordinación de los profesionales del equipo de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa con los establecimientos de salud a partir del primer nivel atención, así también con la gestión de los recursos faltantes, con el fin de establecer un manejo clínico estandarizado en gestantes con Amenaza de Trabajo de Parto Pretérmino; con el propósito de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad neonatal, una atención de calidad, coherencia científica, menor estancia hospitalaria, disminución de costos intrahospitalarios, teniendo en cuenta el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales tanto la madre como el producto gestacional.

A nivel de los establecimientos de salud que corresponden a FONP y FONB que pertenecen a la red referencial del Hospital Regional de Pucallpa se podría fortalecer el inicio del manejo de la amenaza de parto pretérmino para la atención de las gestantes, referirlas oportunamente y asegurar su traslado de emergencia al nivel II-2. Así mismo si se cuenta con los insumos, medicamentos completos y adecuados, de acuerdo a lo listado en la Guía Clínica vigente.

Es importante que el manejo adecuado de la Amenaza de parto pretérmino en gestantes que son referidas al FONE que es en este caso el Hospital Regional de Pucallpa, sean iniciadas correctamente según Guía de atención para el manejo, y que el personal de salud del puesto o centro de salud sea capacitado y atienda de forma eficaz a las gestantes que acuden con los síntomas y signos de amenaza de parto pretérmino y así evitar complicaciones y muertes maternas y perinatales.

Así mismo el presente estudio tiene la finalidad de precisar la importancia y necesidad de contar en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa con una Guía Clínica de Atención de la

Amenaza de Parto Pretérmino, adecuada localmente desde las normas nacionales vigentes que permita incluso organizar y mantener actualizado y en continua coordinación a los establecimientos de salud de la red referencial del Hospital Regional de Pucallpa y así mejorar en equipo la eficiencia en la atención materna que se reflejaría en la calidad de la atención, disminución de la estancia hospitalaria y satisfacción de las usuarias y bienestar de sus bebés, quedando plasmado además todo el esfuerzo que realizan los profesionales del Departamento de Gineco Obstetricia en cumplimiento de las normas vigentes del sector para el beneficio de la población vulnerable.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales:

Pedro de la fuente, Laura de la Fuente: Tratamiento de la amenaza de parto pretérmino en los hospitales españoles. **Objetivo:** Conocer cómo se trata la amenaza de parto pretérmino (APP) en los hospitales españoles. **Material y método:** Con el patrocinio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, se realizó una encuesta por Internet sobre aspectos básicos del tratamiento de la APP en 41 hospitales españoles, 37 públicos y 4 privados. **Resultados:** Todos los hospitales realizan tocólisis en la APP antes de las 34 semanas. El tocolítico más empleado es el atosiban (73,7%), seguido de los betamiméticos (21,9%) y el nifedipino (4,9%). En las APP de más de 24 semanas sólo el 7,3% de los hospitales realizan tocólisis. El 100% de los hospitales administra corticoides para acelerar la madurez pulmonar. El 92,7% utiliza betametasona y el 7,3% restante, dexametasona. El 90% de los hospitales no realiza corticoterapia de repetición. En los embarazos múltiples todos emplean la misma dosis que en las APP con feto único. **Conclusiones:** El tocolítico más utilizado en los hospitales españoles es el atosiban y el corticoide preferido, la betametasona. (14)

Rudy Anaís Olaya Guzmán. Factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas. Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo septiembre del 2012 a febrero 2013. El embarazo y la maternidad durante la adolescencia son hechos que preocupan a la sociedad, en el Ecuador las cifras son alarmantes, según el ministerio de salud pública, dos de cada tres adolescentes están embarazadas, aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta en la adolescencia se convierte en un problema, las consecuencias son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico. Esta investigación se basa en adolescentes embarazadas que por alguna complicación obstétrica no llegó su embarazo a determinado tiempo de la gestación. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en embarazadas adolescentes primigestas. **Método:** Esta investigación será de diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo. **El Universo:** estuvo conformado por un total de 390 pacientes adolescentes embarazadas primigestas entre 14 a 19 años, de las cuales 210 pacientes, su gestación terminó en cesárea, en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de estudio. **La Muestra:** Estuvo conformada por 120 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años; el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; **Resultados:** el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen más de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 73 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional. **Conclusiones:** las infecciones urinarias, el número de parejas sexuales son factores de riesgo que desencadenan del trabajo de parto pretérmino en adolescentes primigestas. (15).

Cisneros Morales L, Straffon Vincent R, Islas Ruz F: Infección urinaria asociadas en amenaza de parto Pretérmino, la infección urinaria se considera la patología más frecuente asociada al embarazo y que origina abortos y además amenaza de parto prematuro, se cuenta con una prevalencia del 6 al 12% entre el total de embarazos, entre sus presentaciones más comunes se hallan la cistitis, pielonefritis y la bacteriuria asintomática. **Objetivos.** Determinar que las infecciones de vías urinarias es la causa de amenaza de parto pretérmino. **Material y métodos.** Mediante un diseño transversal, retrospectivo y analítico, con criterios de inclusión de Embarazadas con amenaza de parto pretérmino, expediente completo que diagnostique la infección urinaria; un muestreo no probabilístico y muestra de 162 pacientes, que acudieron al servicio de urgencias de Ginecoobstetricia de H.G.Z. 24 determinando la característica de cada infección urinaria, de manera retrospectiva desde el presente mes, hasta completar la muestra. Su análisis fue representado por media, desviación estándar e inferencial con Chi cuadrada, con $p < 0.05$ para su significancia. **Resultados.** Se revisaron 163 expedientes completos, con edad promedio de 26 ± 5 años de edad, semanas de gestación de 31 ± 4 ; se dedicaban al hogar 56% (91), con nulíparas 64% (105), se observó 60% (97) con bacteriuria asintomática, Historia de Infección Urinaria presente en 66% (100), infección urinaria presente en 73% (119); todos ellos con significancia de $p < 0.000$. **Conclusión.** Se encontró asociada la bacteriuria asintomática, antecedentes de Infección urinaria y la infección urinaria como tal asociados a la amenaza de parto Pretérmino. (16).

Córdova Bermúdez Evelyn Katiuska: Efecto del nifedipino como agente tocolítico en la amenaza de parto pretérmino. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta. De Septiembre del 2012 a febrero del 2013. Los útero inhibidores son fármacos dirigidos a inhibir las contracciones uterinas, estos son utilizados en el manejo del parto pretérmino. **Objetivo** de determinar la efectividad del nifedipino sobre los resultados maternos y

fetales al ser administrado como agente tocolítico a mujeres con amenaza de parto pretérmino en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Rodríguez Zambrano de Manta, durante el periodo de septiembre del 2012 a Febrero del 2013. **Material y método:** Se realizó un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo, La población de estudio son 3.127 pacientes, que fueron atendidas en el Área de ginecoobstetricia. La muestra consta de 84 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Se obtuvo la información por medio de una ficha de recolección de datos, la misma que se obtuvo de las historias clínicas, se analizaron e interpretaron los datos y se lo llevaron a cuadros. **Resultados:** La incidencia de amenaza de parto pretérmino fue del 7.07%. El estudio determina que en un total 34 pacientes (40%) el efecto del nifedipino inició entre 20 a 40 minutos. El 93% de las pacientes no necesito repetir el ciclo de nifedipino. El 92% tuvieron una respuesta satisfactoria al tratamiento con nifedipino, obteniéndose la prolongación de la gestación, mientras que en el 8% se las considero como falla terapéutica por no haber logrado la prolongación del embarazo, pues terminaron en trabajo de parto pretérmino. No existió ningún efecto adverso del nifedipino en el 96% comprobando que es bien tolerado. En el 95% de los neonatos no existió ninguna complicación. **Conclusión:** El nifedipino es una buena opción en el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, encontrándose buenos resultados neonatales. (17)

Rafael Darío Zavaleta García: eficacia tocolítica de atosiban vs. Nifedipino en pacientes con amenaza de parto pretérmino. **Objetivo:** Determinar la eficacia tocolítica de Atosiban vs Nifedipino en pacientes con amenaza de parto pretérmino **Material y método:** Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, analítico y observacional. Bajo autorización del jefe de servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz; se revisaron todos los expedientes clínicos de las pacientes con amenaza de parto pretérmino. **Resultados:** Se incluyeron 78 paciente con tratamiento con atosiban y 92 con tratamiento a base de nifedipino. Se

obtuvo una eficacia similar para el tratamiento de amenaza de parto pretérmino, con un riesgo relativo de 0.98 con intervalos de confianza al 95% de 0.6 - 1.3 con valor de $p=0.99$. **Conclusiones:** La eficacia es similar en la terapéutica con atosiban y nifedipino, por lo que sugerimos tomar en cuenta el factor económico para determinar el fármaco de elección en nuestra población. (18)

Nidia Ivette Córdoba Báez, Helia Margarita Chávez Medina, Manejo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes ingresadas en la sala de Gineco-obstetricia del Hospital Victoria Motta (Nicaragua), del 1 de enero al 31 diciembre del 2012. **El objetivo:** evaluar el manejo de la amenaza de parto pretérmino en el hospital Victoria Motta de Jinotega, del 1 de enero al 31 de diciembre del 2012. **Material y método:** La población de estudio fueron todas las embarazadas entre las 22 y 36 semanas de gestación con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino ($n=565$). La muestra fue de 210 pacientes y el muestreo fue aleatorio por lotería. El Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del alto riesgo obstétrico del MINSA (2011) fue utilizado como el protocolo estándar para evaluar el manejo de las pacientes estudiadas. **Resultado:** El 62% de las pacientes con amenaza de parto pretérmino son mujeres entre 20 y 34 años de edad, rurales (64.8%), con baja escolaridad (58.1%), multigestas (66.6%), con 28-36 semanas de gestación (91.4%) y con 4 o más controles prenatales (61.9%). El 4.8% presentó ruptura prematura de membranas. El principal fármaco uteroinhibidor utilizado no está incluido dentro de la norma de atención de la amenaza de parto pretérmino y fue el Fenoterol (57.1%), seguido por ritodrine y nifedipino con 20.5% y 17.1% respectivamente. La maduración pulmonar fetal fue adecuada en 78.8% de los casos. **Conclusiones:** Concluimos que en un 89% de los casos no se siguieron las normas establecidas por el MINSA para el manejo de amenaza de parto pretérmino. Se recomienda principalmente evaluar a todo el personal de

salud implicado en el diagnóstico y manejo de la amenaza de parto pretérmino (19)

Roque Barreda Ventura, Tania Duarte Frenky. Cumplimiento del protocolo en los casos de amenaza de parto pretérmino entre mujeres que se atendieron en la Institución Prestadora de Servicios de Salud 'Hospital Bautista' (Nicaragua) en el segundo semestre del año 2013. **Objetivo:** evaluar el cumplimiento del protocolo de la amenaza de parto pretermino en el hospital Bautista en el segundo semestre del año 2013. **Material y método:** Se estudiaron las 50 embarazadas que durante el período de estudio se ingresaron con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. Con un enfoque descriptivo y transversal, pretendiéndose establecer las etiologías de los casos estudiados, valorar la coherencia del diagnóstico de ingreso con los datos consignados en el expediente, así como la calidad del cumplimiento del protocolo en el manejo de estos casos. **Resultados:** La mayoría de las pacientes tenían edad comprendida entre los 25 y 29 años (72%), todas residían en el área urbana, solamente 1 tenía talla inferior a 1.5mt, la mayoría pesaba 45kg o más (92%), la mayoría eran casadas (82%), la mayoría tenía nivel educativo de secundaria o más. El 28% presentaron entre 25 a 32 semanas. El 52% son primigestas. Se indicó reposo absoluto en el 50% de las pacientes. Según la valoración del diagnóstico con los datos consignados en el expediente, en la mayoría de los casos se cumplía con los criterios diagnóstico (78%) para amenaza de parto pretérmino y sólo en 1 caso se cumplía para el diagnóstico de parto pretérmino. Según categorías hubo buena coherencia entre los datos consignados y el diagnóstico en el 42% de los casos. Esta valoración, en cuanto al tratamiento fue buena en el 38% de los casos y regular en el 60%. **Conclusiones:** El cumplimiento del Protocolo de manejo de alto riesgo obstétrico en Amenaza de Parto Pretérmino, valorado según el diagnóstico y el tratamiento es en la mayoría de los casos considerado como buena o aceptable. (94)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Fernando Carpio Panda: Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino, Hospital regional de Lambayeque 2013. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles. Se formaron dos grupos: Grupo Casos (35 partos pretérmino) y Grupo Control (35 partos a término). Para el análisis se utilizaron los paquetes informáticos SPSS 20.0 y EPIINFO 2000. Para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó Chi Cuadrado o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas sean menores de 5 en tablas de contingencia de 2 x 2, se consideró asociación estadística a un valor $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95 %. El estadígrafo de estudio fue el odds ratio (OR) y se definió factor de riesgo para un $OR > 1$. **Resultados:** El antecedente de parto pretérmino ($p = 0,0479549$; OR 7,03), control prenatal < 6 ($p = 0,0418812$; OR 4,89), el desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0252295$; OR 8,5), la vaginosis bacteriana ($p = 0,0105826$; OR 4,07) y la infección de vías urinarias ($p = 0,0301523$; OR 2,97) se asociaron al desarrollo de parto pretérmino. **Conclusiones:** El antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino. Palabras Clave: parto pretérmino, factores de riesgo. (20).

Mari Cruz T: Factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa 2014. **Objetivo:** Estudiar los factores de riesgo maternos del parto pretérmino en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima durante el año 2014. **Métodos:** Estudio caso-control en 20 casos con parto pretérmino y 20 controles con parto a término. Se revisaron las historias clínicas y se elaboró

una hoja de datos en SPSS.21 para el análisis descriptivo con nivel de significancia $p < 0.05$. Se consideró como factor de riesgo si OR e IC95% eran > 1 . Se realizó el análisis de regresión logística binaria para evaluar la potencia individual de los factores y eliminar los factores confusores. **Resultados:** Los factores de riesgo maternos pregestacionales significativos para nuestra serie fueron: nivel socio-económico bajo (OR=5.57 e IC95%=1.420-21.860), antecedentes de parto pretérmino (OR=35.29 e IC95%=3.868-321.932) y antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional. Los factores de riesgo maternos gestacionales significativos para nuestra serie fueron: control prenatal inadecuado (OR=9.00 e IC95%=1.638-49.446) e infección urinaria (OR=4.64 e IC95%=1.023-21.004) **Conclusiones:** Los factores de riesgo materno del parto pretérmino en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima fueron: antecedente de parto pretérmino, el antecedente materno de infección urinaria pregestacional y un control prenatal inadecuado. (21).

Juan Guillen G: Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. **Objetivos:** Conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino. **Resultados:** La media de la edad de los casos fue de 28,7+/-7,2 años y de los controles de 26,5+/-5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años. Hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3,9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos observamos una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%). observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la

vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). **Conclusiones:** Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($P < 0,05$) El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. ($P < 0,05$). (22).

Claudia Milagros Medina Yeckle: estudio retrospectivo en historias clínicas de nifedipino versus sulfato de magnesio como agente tocolítico del hospital Víctor ramos guardia de Huaraz durante el periodo enero – diciembre 2013. El agente tocolítico ideal debe ser específico para la vía común del parto, fácil de administrar, económico, efectivo para prevenir el parto prematuro, y capaz de mejorar los resultados perinatales por sus menores efectos adversos maternos, fetales y neonatales **Objetivo:** Comparar la eficiencia y seguridad del uso de Nifedipino versus el uso de Sulfato de Magnesio como agente tocolítico. **Método:** Se trata de un estudio comparativo retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal en historias clínicas de pacientes gestantes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz – Perú. Se analizaron 226 historias clínicas, se dividieron en 2 grupos, grupo tratado con Nifedipino (113 pacientes) y el otro con Sulfato de Magnesio (113 pacientes), tomamos los valores de inicio de efecto tocolítico y número de efectos adversos para cada grupo. **Resultados:** Se encontró que de las 113 pacientes del grupo de Nifedipino, 82 respondieron o tuvieron un tiempo de inicio del efecto tocolítico menor a 20 minutos, mientras que en el grupo de Sulfato de magnesio el inicio de efecto tocolítico se produjo entre los 21 y 60 minutos, antes de los 20 minutos no se encontraron pacientes. En cuanto número de efectos adversos, se encontró que la mayoría de los pacientes el grupo tratado con Nifedipino presentaron entre 1 y 2 efectos adversos, siendo menores en cantidad comparados con el número de efectos

adversos presentados en el grupo tratado con Sulfato de Magnesio, que fueron de 2 a 4 efectos adversos. **Conclusiones:** El Nifedipino tiene un tiempo de inicio de efecto tocolítico menor que el Sulfato de Magnesio por lo que se considera más eficaz el uso de Nifedipino como tocolítico comparado con el uso del Sulfato de Magnesio. Además el Nifedipino tiene un número de efectos adversos menor al Sulfato de Magnesio con lo cual se demuestra que el Nifedipino es más seguro que el Sulfato de Magnesio como tocolítico. (23)

Sam Fernández David Manuel, Zatta Cóndor Julio Edgar. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes. **Materiales y método:** Diseño no experimental, estudio retrospectivo comparativo, de casos y controles en 71 pacientes con parto pretérmino (casos) y 140 pacientes con parto a término (controles). Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, determinando: Medidas de frecuencia, en tablas de doble entrada y gráficos, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado para establecer asociación entre los antecedentes obstétricos y patologías con el parto pretérmino, con el Odds Ratio. Un nivel de $p < 0.05$ fue considerado significativo. **Resultados:** Los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual (OR=6.7), no control prenatal (OR=11), embarazo múltiple actual (OR=2.1), antecedente de cesárea (2.9) y condición de multípara (OR=12.4) ($p < 0.05$). Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (32.3%), Preeclampsia (28.0%) e Infección del tracto urinario (18.3), mientras que las más frecuentes en el parto a término fueron Preeclampsia (32.3%), Infección del tracto urinario (15.7%) y Ruptura prematura de membrana (10.7%). La anemia se asocia significativamente ($p < 0.05$) con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78.6% (OR=14.34). Las pacientes adolescentes

correspondieron con mayor frecuencia al grupo etáreo de 17 a 19 años, siendo 83% para parto pretérmino y 72% para parto a término. **Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino de las gestantes en el hospital y periodo de estudio fueron tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de multípara y anemia moderada, ITU, Preeclampsia, RPM. (24)

Joanne Albornoz-Hinostroza, Cinthia García-Aquino, Lucía Núñez-Asado Y Bernardo Dámaso-Mata. Control Prenatal, Cesárea y Prematuridad como factores asociados a la mortalidad perinatal en un hospital público de Huánuco enero-diciembre 2010. **objetivo:** determinar la asociación entre el control prenatal, la cesárea y la prematuridad con la mortalidad perinatal e identificar algunas características maternas y del recién nacido. **Material Y Métodos:** estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles. El muestreo fue aleatorio simple. Fueron analizadas las historias clínicas de 171 pacientes (57 casos y 114 controles), que fueron atendidos en el Hospital Regional “Hermilio Valdizán” de Huánuco, Enero - Diciembre 2010. La prueba de Ji cuadrado fue empleada para el análisis, el Odds ratio fue calculado, con un intervalo de confianza del 95% y con un nivel de significancia $< 0,05$. **Resultados:** los factores asociados fueron la edad gestacional (< 37 y > 40 semanas) [$p < 0,05$; OR=7,12 (IC 95%3,51-14,44)], el analfabetismo/instrucción primaria [$p < 0,05$; OR=1,94 (IC 95%0,99-3,79)], el peso del recién nacido (< 2500 gr y > 4000 gr) [$p < 0,05$; OR=12,15 (IC 95%5,70-25,90)], el puntaje de Apgar a los 5 minutos (> 7) [$p < 0,05$; OR=109,10 (IC 95% 14,24-835,69)]. No hubo asociación con la cesárea [$p < 0,05$; OR=1,00 (IC 95%0,53-1,92)], **Conclusiones:** el numero controles (< 5), las edades gestacionales extremas, ser analfabeta o tener instrucción primaria, el peso del recién nacido (< 2500 o > 4000 g) y el puntaje de Apgar a los 5 minutos (< 7) están asociados a la mortalidad perinatal. (25)

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Norma Riva R. Factores para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes en el Hospital de Apoyo Nº 2 Yarinacocha – Pucallpa. **Objetivo** de determinar los principales factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas durante el período comprendido entre enero del 2001 y diciembre del 2003. **Material Y Método:** estudio observacional analítico de tipo casos y controles. Se comparó 189 gestantes adolescentes con parto Pretérmino con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La incidencia de parto pretérmino fue 12,1% y el tipo más frecuentemente observado fue el parto pretérmino moderado. La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 11 y 19 años, con una media de 16,3 años (DE +/- 2,6) para los casos y 17,2 años (DE +/- 2,7) para los controles. Las características demográficas más importantes fueron: estado civil conviviente, instrucción predominante secundaria, nulíparas, residencia en zona urbana marginal y riesgo social alto. **Resultados:** Los factores que incrementaron el riesgo de parto pretérmino espontáneo fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,1; 95% IC 2,7 – 16,1) y antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; 95% IC 1,2 – 2,4). No se demostró asociación con el índice de masa corporal, el antecedente de abortos y el antecedente de infección de vías urinarias durante la gestación actual. **Conclusiones:** La Vaginosis Bacteriana, el antecedente de parto pretérmino y el antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual se asociaron con la ocurrencia de parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas. (9)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETERMINO (ATPP)

Según La guía de práctica clínica del ministerio de salud del 2010 define a la Amenaza de Trabajo de Parto Prematuro que es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto Pretérmino. (26)

Según el protocolo del Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 semanas hasta las 36.6 semanas de gestación. (27)

Para el PROSEGO el diagnóstico de la APP se basa en la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales. Definimos contracciones uterinas como aquellas que son persistentes (al menos 4 contracciones en 20 – 30 minutos u 8 contracciones en una hora) y se consideran modificaciones cervicales, la presencia de un borramiento $\geq 80\%$ o una dilatación cervical ≥ 2 cm. (28).

Por lo tanto, la APP, sería el último escalón en la prevención de la prematuridad.

TRABAJO DE PARTO PRETERMINO (TPP)

El trabajo de parto pretérmino es la instauración del trabajo de parto (actividad uterina dolorosa, repetitiva, regular y persistente) que origina cambios progresivos en el cuello uterino que permiten el descenso y nacimiento del recién nacido entre las 20 y 37 semanas de gestación (140-259 días). (29)

El trabajo de parto pretérmino es uno de los problemas obstétricos más graves en 7 a 12% de los embarazos, dependiendo de la población, causa hasta 80% de la morbilidad y mortalidad neonatales. A pesar de muchos años de investigación, aún se desconocen su causa y prevención. (29)

EL PARTO PRETÉRMINO (PP)

Es el nacimiento que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer. (26).

El parto inmaduro: Es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas. En neonatología algunos denominan pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pretérmino severo al que es mayor a 32 y pretérmino extremo al que es menor a 28 semanas. (30)

Los partos prematuros pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios: parto prematuro espontáneo con membranas intactas (inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas intactas), parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), y parto prematuro iatrogénico (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal). (31)

Riesgos para la salud de un parto prematuro

Según la OMS, cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de

discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. (2)

Según The American College of Obstetricians and Gynecologists, un parto prematuro es una situación preocupante ya que los bebés que nacen antes de tiempo no se han desarrollado completamente. Podrían nacer con problemas graves de salud. Algunos problemas de salud, como la parálisis cerebral, pueden durar toda la vida. Otros como los problemas de aprendizaje, aparecen posteriormente en la niñez o incluso en la adultez. El riesgo de que ocurran problemas de salud es mayor en los bebés que nacen antes de la semana 34 del embarazo. (32)

Clasificación de la prematuridad:

Según la edad gestacional al nacer.

- Prematuridad leve (34 – 36 semanas).
- Prematuridad moderada (30 – 33 semanas).
- Prematuridad extrema (26 – 29 semanas).
- Prematuridad muy extrema (22 – 25 semanas).

Según el peso al nacer:

- Recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN): menor a 1.500 g.
- Recién nacidos de extremo bajo peso de nacimiento (RNExtr.BPN) o prematuros extremos: menor a 1.000 g o menores de 28 semanas.
- Recién nacidos micronatos o neonatos fetales: Con peso entre 500 g y 750 g.

Puesto que la gestante está involucrada directamente con todo el acontecimiento clínico de la ATPP y PPT, e incrementando la probabilidad de padecer futuras complicaciones maternas; es por ello que es importante desarrollar el tema sobre la mortalidad materna, el cual no está lejano a la realidad en salud materna de la región Ucayali, por lo tanto atentando a ser parte de esta estadística por el hecho simple de estar embarazada.

2.2.2. SUFRIMIENTO FETAL

El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto materno, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal. (33)

La Etiología Del Sufrimiento Fetal: Dentro de las causas que pueden provocar SFA, tenemos aquellas que determinan una disminución del aporte de sangre al útero en cantidad y calidad, como es el caso de aquellas pacientes con preeclampsia, que produce disminución de la llegada de sangre al útero, pacientes diabéticas o hipertensas, como así también mujeres con anemia o problemas pulmonares que provocan falta de oxígeno en la sangre. (33).

Por lo tanto el sufrimiento fetal está muy relacionada con la ATPP y TPP, puesto que estas patologías, como la preeclampsia, diabetes, infecciones maternas y fetales se encuentran también como parte de la etiología de la ATPP y TPP,

Otra causa que puede determinar una reducción del flujo de sangre materna a la placenta es cuando la paciente se coloca en decúbito dorsal, por las modificaciones de posición y forma que sufre el útero en los últimos meses de embarazo y que durante la contracción pueden provocar la compresión de la aorta y/o las arterias ilíacas contra la columna vertebral (Efecto Poseiro). El efecto Poseiro se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea colocando a la paciente en decúbito lateral (33).

En general, las causas de déficit de oxígeno capaces de provocar un sufrimiento fetal se pueden agrupar en tres categorías diferentes: insuficiencia

útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como sepsis o hemorragia. (34)

El diagnóstico específico de la etiología de la alteración depende de las características del patrón de FCF. Si existen desaceleraciones tardías se debe considerar la posibilidad de hipertonia uterina, hipotensión e hipoxemia materna. Si las desaceleraciones son variables y prolongadas se debe realizar un tacto vaginal con el fin de descartar prolapso del cordón o rápido descenso de la presentación, si no se encuentra la causa de la desaceleración se concluye que se debe a compresión del cordón. (34)

Las medidas generales para mejorar la oxigenación fetal y la perfusión útero-placentaria incluyen los cambios de posición, la disminución de la actividad uterina, la corrección de la hipotensión y la administración de oxígeno. También se ha usado la amnioinfusión y la interrupción del embarazo por cesárea en los casos muy severos. (34)

2.2.3. MORTALIDAD MATERNA

La muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. La muerte de una mujer durante el proceso grávido-puerperal puede clasificarse en los siguientes tipos: Muerte materna directa, indirecta e incidental o accidental (llamada también no materna). (35)

Muerte materna directa:

Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. (35)

Las muertes maternas directas, a su vez, pueden agruparse de acuerdo a las causas básicas en:

- ✓ Hemorragia Obstétrica: que incluye la hemorragia precoz del embarazo (excluyendo al embarazo que termina en aborto) y en ella se considera a la amenaza de aborto, hemorragias precoces del embarazo; incluye también los trastornos de la placenta, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia ante parto, hemorragia pre parto con defecto de la coagulación, trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intra parto que puede estar asociada con afibrinogenemia, coagulación intravascular diseminada, hiperfibrinólisis, hipofibrinogenemia, traumatismos obstétricos y hemorragia post parto.
- ✓ Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio: incluye las afecciones que lleven a edema y proteinuria gestacionales, pre eclampsia, Síndrome de HELLP, eclampsia o hipertensión materna no especificada.
- ✓ Infección relacionada con el embarazo: en este grupo se incluye la infección de las vías genitourinarias en el embarazo, sepsis puerperal, otras infecciones puerperales (infección de herida quirúrgica, infección consecutiva al parto), e infección de mama asociadas al parto.
- ✓ Embarazo que termina en aborto. La interrupción de la gestación con o sin expulsión o extracción total o parcial del producto de la concepción antes de cumplir 22 semanas de gestación y/o antes de pesar 500 gramos o de medir 25 cm. de la cabeza al talón. En esta causa básica se agrupan las complicaciones hemorrágicas, la infección o la perforación de órganos en general, las complicaciones derivadas del aborto y su manejo. En este grupo se incluye el embarazo ectópico, mola

hidatiforme, aborto retenido, aborto espontáneo, aborto médico, intento fallido de aborto.

- ✓ Parto obstruido. Es aquel en el que el parto, una vez iniciado, no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal ya sea por anomalías del producto o por anomalías de los diámetros o arquitectura de la pelvis que condicionan “estrechez pélvica” e incompatibilidad del pasaje del feto por el canal del parto, aún de un feto de tamaño, situación, presentación, posición o variedad de posición normal.
- ✓ Otras complicaciones obstétricas: en este grupo se incluye la hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos, complicaciones venosas del embarazo, traumatismo obstétrico, retención de placenta y membranas sin hemorragia, embolia obstétrica, complicaciones del puerperio no relacionadas en los grupos anteriores (dehiscencia de herida de la cesárea, hematomas de herida obstétrica miocardiopatía durante el puerperio o tiroiditis post parto).
- ✓ Complicaciones de manejo no previstas: en este grupo se incluye las complicaciones de la anestesia durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

Muerte materna indirecta:

Son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. (35)

No existe una agrupación consensuada para los casos de este tipo de muerte; pero, por la frecuencia de determinadas patologías, podemos agruparlas en:

- ✓ Enfermedades infecciosas. Ej. Tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc.
- ✓ Enfermedades metabólicas y endocrinas: Ej. Diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc.
- ✓ Procesos tumorales: Ej. Cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma, otros.
- ✓ Otras patologías: Ej. Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, púrpura trombocitopénica o de otro tipo, bartonelosis aguda, malaria o paludismo, otros.

Al clasificar las muertes indirectas es aconsejable seguir la CIE 10 o alguna otra clasificación que pueda ser comparable con los reportes de otros países.

Muerte materna incidental o accidental.

Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. La muerte materna incidental o accidental no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas. (35)

2.2.3. COMPOSICION DEL CUELLO UTERINO.

Puesto que en las amenazas de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, involucra directamente las modificaciones cervicales como un problema clínico, por lo tanto es de suma importancia desarrollar conceptos primordiales de la composición del cuello uterino así como las modificaciones (grados de madurez) que sufre este, el cual se desencadena dichos problemas obstétricos mencionados.

El cérvix uterino es la única válvula que se encarga de mantener la gestación dentro del útero. Cualquier alteración de dicha válvula dará problemas en la gestación (como partos pretérmino, embarazos prolongados, distocias de dilatación, etc.). Su longitud normal fuera de la gestación es de 3-5 cm, y de 2-3 cm en el embarazo a término, ya que, durante la gestación, los diferentes procesos de maduración van a ir produciendo su progresivo acortamiento y dilatación. El cuello se compone de dos partes fundamentales: la matriz extracelular y el componente celular: (36)

Matriz extracelular:

- **Colágeno.** Principal componente de la matriz extracelular y principal responsable de la rigidez de cuello uterino. El 70% es colágeno tipo I y el 30% tipo II. Para la formación de la triple hélice de colágeno es fundamental la participación de la lisina oxidasa, cobre y vitamina C. Al inicio del embarazo, estas fibras de colágeno tienen una disposición aleatoria, pero, a medida que avanza la gestación, toman una disposición más paralela. Una de las partes más importantes de la maduración cervical es la destrucción de las fibras colágenas por medio de diferentes colagenasas.
- **Elastina.** Es el componente de la matriz extracelular encargado de la elasticidad del cérvix. Se dispone en paralelo, mezclada con las fibras de colágeno. Es capaz de aumentar su longitud hasta dos veces. Su metabolización corre a cargo de elastasas.

- **Decorin.** Es un proteinglucano (concretamente, un dermatán sulfato) sintetizado por los fibroblastos, cuya concentración aumenta con la edad gestacional, y que parece ejercer un papel fundamental en la dispersión de las fibras de colágeno.
- **Ácido hialurónico.** Es un glucosaminoglicano cuya concentración también aumenta durante el embarazo. Se trata de una molécula con una gran capacidad de absorción de agua que se asocia, sobre todo, a los procesos de ablandamiento cervical. También hay otras proteínas de importancia todavía desconocida. (69)

Componente celular:

Además del epitelio y de las glándulas que forman el cérvix uterino, se encuentran vasos, fibroblastos encargados de la síntesis de la matriz extracelular y células inflamatorias, como macrófagos y neutrófilos, que sintetizarán mediadores de la inflamación, muy importantes en los procesos de activación de las diferentes enzimas para iniciar los procesos de maduración.

Mención aparte merecen las células musculares lisas. Su concentración va aumentando (de un 6 a un 25%) a medida que se acercan al cuerpo uterino¹⁰, alcanzando su expresión máxima en el cúmulo de fibras que forma el orificio cervical interno, responsable último del mantenimiento de la gestación. (36)

Grados de madurez cervical:

Las contracciones uterinas constituyen uno de los factores que causan la maduración cervical que ocurre durante el parto. A lo largo de este proceso el cuello uterino sufre distintos cambios, que se han clasificado como grado de madurez cervical. (36)

- **GRADO I:** Cuello inmaduro, en situación muy posterior respecto al eje de la vagina, de consistencia firme, con una longitud (borramiento) de 3-4 cm, sin dilatación del orificio interno (ni del externo de la nulípara).
- **GRADO II:** cuello parcialmente maduro, que presenta distintas variedades internas entre los grados I y III.
- **GRADO III:** Cuello maduro, bien centralizado en el eje de la vagina, de consistencia muy blanda, longitud acortada de 1cm o menos, borrado o en vías de borramiento, dehiscente hasta 2-3 cm.

Puntaje o Índice de Bishop:

También se utiliza el puntaje de Bishop para calificar los grados de madurez cervical. Método para cuantificar el grado de madurez cervical, y predecir el éxito de una inducción del parto. Los cinco componentes del puntaje de Bishop que se examinan mediante el examen vaginal son las siguientes Dilatación cervical, borramiento cervical, consistencia cervical, posición cervical, encajamiento fetal (36)

Pero en esta situación tan solo es de interés la valoración de la maduración cervical, mas no para predecir la inducción del parto puesto que no aplica para la amenaza de trabajo de parto pretérmino. Es de gran importancia conocer la maduración cervical, pues teniendo en cuenta los componentes del índice de Bishop durante el examen del cuello uterino, se puede confirmar una situación de amenaza de trabajo de parto pretérmino y/o un parto pretérmino, y así poder dar un manejo adecuado.

2.2.4. ETIOLOGIA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO:

Espontaneo o sin causa conocida aparente (50%)

Es difícil estimar con precisión el diagnóstico, las causas y la incidencia del trabajo de parto prematuro verdadero. El TPP es idiopático en la mayoría de las pacientes y el 50% de las enfermas que se quejan de contracciones prematuras se mejoran sin tratamiento y no se demuestran cambios cervicales.

En el 30% a 50% de las pacientes con TPP no es posible establecer su etiología. La búsqueda de otras causas es motivo de investigación actual, ya que solamente cuando entendamos estas, podremos progresar en la prevención. (37)

Ruptura prematura de membranas (25%).

Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas acaecida luego de las 20 semanas de gestación y antes del inicio de trabajo de parto. Clínicamente RPM se manifiesta por la salida del L.A a través del conducto cérvico-vaginal.

La etiología aun no es del todo conocida, aunque se han identificado algunos factores predisponentes como infecciones intra amniótica (por listeria monocytogenes), infecciones cérvico-vaginales (tricomonas, bacteroides, gardnerella, estafilococo, estreptococo. Se considera que los gérmenes causantes de estas infecciones producen diversas proteasas (colagenasa, elastasas) que debilitan a las membranas corioamnióticas, tornándolas más friables y propensas a la rotura. Esto ocurre sobre todo en partos inmaduros (en estos casos la corioamnionitis precede a la RPM. (38)

Se entiende por rotura prematura de membranas (RPM) la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de

líquido amniótico. La mayoría de las RPM son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95%). Más infrecuente es la RPM pretérmino que complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas, un 7-20% de las gestaciones gemelares y representa un 30% de los partos pretérmino (39).

Infección urinaria.

La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. Los microorganismos involucrados son principalmente las entero bacterias, entre ellas *Escherichia coli* (80% de los casos), *Klebsiella ssp*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter ssp*. Existen además otros agentes que siguen en frecuencia, como ser *Streptococcus* del grupo B y *Staphylococcus coagulasa negativo*.

Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (éstasis urinaria), obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del pH de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana, hipertrofia de la musculatura longitudinal del uréter, aumento de la filtración glomerular que determina la presencia de glucosa en la orina lo que favorece la aparición de los gérmenes, aumento del reflujo vesicoureteral, menor capacidad de defensa del epitelio del aparato urinario bajo, incremento de la secreción urinaria de estrógenos y el ambiente hipertónico de la médula renal.

(40)

Del 2 al 10% de las embarazadas sin antecedentes, desarrollan bacteriuria asintomática y sin tratamiento, el 30 al 50% evolucionarán a pielonefritis, ésta por su parte puede asociarse a insuficiencia renal aguda, sepsis y shock séptico. Aumenta el riesgo de parto prematuro y de recién nacido de bajo peso al nacer. (40)

Vaginosis bacteriana:

Es una infección polimicrobiana de amplia distribución, no considerada como infección de transmisión sexual. Es una condición en la cual ocurren cambios en el ecosistema vaginal, sucediendo que el número de lactobacilos y gérmenes normales disminuye y el de otras bacterias, presentes también normalmente en pequeños números, proliferan. El método diagnóstico más confiable es el puntaje de Nugent. (41)

Se tomará muestra cervicovaginal para análisis con medición de pH (>4.5), reacción con KOH (positivo) y visualización directa en busca de flujo vaginal sugerente de infección y según el resultado, se iniciará tratamiento. (42)

TEST DE AMINAS O KOH: El exudado vaginal se mezcla con una disolución de hidróxido de potasio (KOH). Esta prueba es positiva cuando dicha mezcla hace que se produzca mal olor (pescado). En el caso de una infección por candidiasis esta prueba es negativa. (42)

Preeclampsia:

Se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo, parto o hasta las 72 hrs del puerperio. Se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto. (43)

La preeclampsia se subclasifica por:

- Preeclampsia leve
 - ✓ Pd ≥ 90 y ≤ 110 mm Hg, o
 - ✓ PAM ≥ 106 Y < 126 mm Hg.
 - ✓ Proteinuria: hasta 2g/24 horas.
 - ✓ Edema leve (+), o aumento de peso >500 g/semana.
- Preeclampsia severa
 - ✓ Pd : 110 mm Hg, o
 - ✓ PAM > 126 mm Hg.
 - ✓ Proteinuria: 5g o más en orina de 24 horas.
 - ✓ Edema generalizado, o aumento de peso >1 kg/semana
 - ✓ Oliguria: diuresis < 500 ml/24 horas.

En la preeclampsia severa existe, además, trastornos cerebrales o visuales (cefalea, escotomas, tinnitus, acúfenos), hiperreflexia y dolor abdominal. Son signos de gran peligro el dolor epigástrico o en hipocondrio derecho que indican convulsiones inminentes. (44)

Eclampsia.

Consiste en la aparición de convulsiones tónico-clónicas y/o coma, no causas por una enfermedad neurológica coincidente (como epilepsia) en una gestante que cumple los criterios de la preeclamsia.

Las convulsiones no se correlacionan directamente con el nivel de HTA, apareciendo en muchos casos sorpresivamente, aun durante el puerperio en un tercio de casos. (44)

Placenta previa

Se define como una placenta que recubre el orificio endocervical. En el pasado, las placentas previas se clasificaban como completa, parcial y marginal, dependiendo de cuánto cubría la placenta el orificio endocervical.

Sin embargo, el uso de la ultrasonografía transvaginal permite la localización precisa del borde de la placenta y el orificio cervical. Por consiguiente, la nomenclatura se ha modificado a fin de eliminar los términos "parcial" y "marginal." En lugar de esto, todas las placentas que recubren el orificio cervical (en cualquier grado) se denominan previas y las que están cerca del orificio, pero no lo recubren se denominan de inserción baja. La relación precisa entre la placenta y el orificio y la distancia que recubre o que se aleja del orificio (por ejemplo, 3.2 cm sobre el orificio o a 1.3 cm de distancia del orificio) se debe reportar para placentas de inserción baja. (45)

Las complicaciones fetales son principalmente las relacionadas con prematuridad. Un estudio de cohorte de población estadounidense observó que 55.6% de las mujeres con placenta previa tuvieron un parto después de las 37 semanas de gestación, 27.5% entre las semanas 34 y 37 de gestación, y 16.9% antes de las 34 semanas.⁸ A su vez, los índices de mortalidad perinatal se incrementan tres a cuatro veces, y la morbilidad perinatal también es sustancial. (45)

Desprendimiento prematuro de placenta.

El desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI) se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas. La sangre acumulada divide la decidua, separando una fina capa de decidua de su anclaje a la placenta. (46)

El sangrado puede ser pequeño y auto limitado o puede continuar disecando así la interfase entre placenta y decidua, llevando a la completa o casi completa separación de la placenta. La porción desprendida de la placenta es incapaz de realizar el intercambio de gases y nutrientes, de forma

que, en el momento en que la unidad feto placentaria restante sea incapaz de compensar esta pérdida de la función, el feto se verá comprometido. Del 40 al 60 % de desprendimientos ocurren antes de las 37 semanas de gestación y el 14 % antes de las 32 semanas. (46)

Corioamnionitis.

La corioamnionitis es un término histológico que define la inflamación del amnios y/o del corion, como resultado de una infección bacteriana en el líquido amniótico, las membranas fetales, la placenta, o el útero. (47)

Hay múltiples vías de infección intraamniótica, siendo la más común el ascenso de bacterias desde el tracto genital inferior, la cual se presenta con mayor frecuencia en casos de ruptura de membranas, aunque se puede presentar aun con membranas intactas. Se considera que la corioamnionitis es una infección polimicrobiana, causada por la combinación de organismos aerobios y anaerobios. Otras vías de infección incluyen la hematógena o transplacentaria, la infección por continuidad (de otras infecciones pélvicas) y la infección trans-uterina ocasionada por procedimientos médicos como amniocentesis y toma de muestras de vellosidades coriónicas.(47)

En lo referente a microorganismos frecuentemente encontrados en mujeres con membranas intactas e infección intraamniótica están: *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, peptoestreptococos, estreptococos de los grupos A, B y D, y especies de bacteroides como *Bacteroides bivius* y *Escherichia coli*. Organismos asociados a infecciones del tracto genital en mujeres no embarazadas, como *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, no se encuentran comúnmente en este tipo de infección. Estos microorganismos pueden alcanzar el útero a través de la placenta a partir de la circulación o posiblemente por contacto genital-oral. Aun así, la mayoría de las bacterias encontradas en el útero son de origen vaginal. Se considera que estos

organismos alcanzan primero el espacio coriodecidual y posteriormente cruzan las membranas intactas hacia el líquido amniótico, logrando así infectar al feto (48)

Inmunológica (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos).

El SAF es una enfermedad del sistema inmune (Trombofilia), en la cual existen anticuerpos con aparente especificidad por fosfolípidos con carga eléctrica negativa. Se define como la ocurrencia de trombosis, aborto recurrente o ambos junto con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos circulantes (Anticoagulante lúpico, anticardiolipinas y β 2-glicoproteína I). Su incidencia de todas las Trombofilias es de un 3,5% a 6%. Existen hipótesis actuales que explicarían su patogenia basados en la activación de células endoteliales; el daño oxidativo del endotelio vascular y en la modulación de la coagulación. (49)

La forma de presentación está dada por criterios clínicos mayores y menores, donde el sustrato son los sucesos trombóticos y una mala historia obstétrica. Estos fenómenos son la base para indicar su estudio. El diagnóstico se confirma con exámenes de laboratorio, con medición de anticuerpos, (serología). El tratamiento durante el embarazo, los resultados perinatales mejoran con el uso (ideal) de Heparina de bajo peso molecular, (Alternativa: Heparina Estándar sc + Neosyntron, vo.), Ácido Acetilsalicílico y calcio diario, durante todo el embarazo y en el puerperio. El control debe ser frecuente, por un equipo médico multidisciplinario, con apoyo de Laboratorio y de evaluación Ecográfica - Doppler seriados. (49)

Incompetencia cervical:

La incompetencia del orificio interno del cuello del útero se caracteriza por la dilatación indolora del cuello. Produce la expulsión prematura del huevo debido a que el cuello es incapaz de cumplir su función de retención. Su frecuencia oscila entre el 0,5% y el 3% de los partos. Se trata de un proceso

esencialmente del segundo trimestre del embarazo. (Aborto tardío y parto inmaduro). La etiología puede deberse a ser congénita, por malformaciones uterinas o traumática, por dilataciones intempestivas previas con bujías mayores de 10, amputación de cuello, electrocoagulaciones profundas, legrados, partos operatorios. (50)

La sintomatología; la evolución espontánea es la interrupción del embarazo generalmente en el segundo trimestre y a veces en el tercero, la cual se caracteriza por su rapidez, ausencia relativa de dolor y la expulsión del huevo en bloque con feto vivo. Previamente la paciente puede quejarse de molestias difusas en el hemiabdomen inferior y al examen genital se puede apreciar el borramiento y la dilatación progresiva e indolora del cérvix.

El antecedente que domina es siempre el de abortos tardíos o partos inmaduros a repetición, habitualmente en el segundo trimestre. El diagnóstico puede realizarse antes de la gestación o durante ella. (50)

Causas uterinas:

a) Malformaciones.

Los órganos reproductivos de la mujer toman forma dentro del útero de su madre. Durante el desarrollo normal, los conductos de Müller se unen, y cuando esto ocurre, se forma un único útero con una cavidad abierta y dos trompas de Falopio. Las malformaciones uterinas son el resultado del desarrollo anormal de los conductos de Müller durante la etapa prenatal de la mujer, donde se observa la formación de dos sistemas separados que pueden afectar la fertilidad. En la población general, la incidencia de malformaciones uterinas se estima entre 0,5% y 4%. (51)

Las malformaciones uterinas, también llamadas anomalías de Müller, son un grupo de malformaciones dividido en siete subtipos de acuerdo con la

clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad y causan múltiples patologías obstétricas); sin embargo, solo un 25% de estas pacientes presenta problemas reproductivos, y un 30% cursa con pérdidas recurrentes de la gestación. Cuando existe malformación uterina, la literatura muestra un aumento en el número de partos pretérmino espontáneos, podálicos o fetos con restricción de crecimiento intrauterino, lo que aumenta el riesgo de mortalidad perinatal. (52)

Los trastornos de la fertilidad también están claramente identificados, así como el aumento de los abortos espontáneos: “Las mujeres con malformación uterina congénita por lo general tienen una mayor incidencia de infertilidad y complicaciones durante el embarazo y el parto. El útero tabicado y el bicorne pueden estar asociados con pobres resultados obstétricos”. (53)

b) Fibromas:

Los fibromas uterinos son también conocidos como miomas o leiomiomas, los informes de las autopsias indican que hasta el 50% de las mujeres presentan fibromas y nunca lo saben. Durante la edad reproductiva, los miomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino; son asintomáticos en un rango del 75% al 80% (54)

A pesar de que los miomas pueden alcanzar gran tamaño, la mayor parte de ellos crecen con lentitud y no requieren de tratamiento. La prevalencia de leiomioma durante el embarazo es de un 2 %. (55).

Durante el embarazo los leiomiomas uterinos suelen ser asintomáticos, pero en ocasiones pueden complicarse por la degeneración carnosa y causan aumento en la frecuencia de aborto espontáneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas fetales, hemorragia ante parto,

presentaciones viciosas, parto obstruido, cesárea y hemorragia posparto. (56)

La conducta ante el leiomioma uterino durante el embarazo es en gran medida expectante y su extirpación quirúrgica suele retrasarse hasta después del parto. Debido al aumento de vascularización del útero durante el embarazo las mujeres tienen mayor riesgo de sangrado postoperatorio y morbilidad durante la miomectomía. (57)

c) Polihidramnios:

Polihidramnios o hidramnios es un síndrome clínico cuyo exponente más característico es el aumento exagerado de la cantidad de líquido amniótico. Este normalmente oscila entre 300 y 900 ml. Se considera arbitrariamente que hay polihidramnios cuando en el embarazo a término excede los 2000 ml, o los 1000 ml a las 20 semanas, o cuando se presenta un índice mayor de 24 cm. Su frecuencia es del 1% y se lo encuentra comúnmente asociado con factores fetales como embarazo gemelar, malformaciones, hydrops fetalis, sífilis congénita; factores maternos como la diabetes. (58)

La sintomatología es por presentar un útero muy voluminoso por lo que la altura uterina es superior a lo que corresponde para la edad gestacional, presencia de grietas y edemas supra púbicos, auscultación fetal es difícil. Es de mal pronóstico, se desarrolla entre las 20 y 26 semanas. El parto se inicia a veces antes del término por la rotura espontánea de la membranas, pueden entonces ocurrir presentaciones distócicas, las procidencias de cordón y de los miembros son frecuentes, así como hemorragias del alumbramiento. (58)

d) Embarazo múltiple.

Es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos. Un embarazo múltiple puede resultar de la fertilización de un óvulo por un espermatozoide que se divide, el cual es denominado embarazo monocigótico. Los embarazos múltiples también pueden resultar de la fertilización de dos o más óvulos, denominándose entonces embarazo múltiple bicigótico. Las complicaciones maternas son 3-7 veces más frecuentes en los embarazos múltiples. Por lo general, el embarazo múltiple tiene mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, de tal forma que puede decirse que prácticamente todos los riesgos del embarazo único aumentan en el múltiple. (59)

Los productos de embarazos múltiples tienen mayor riesgo de resultados perinatales adversos en comparación con sus homólogos de embarazos simples, principalmente debido a un mayor riesgo de un parto prematuro y debido a la monocorionicidad que es cuando los gemelos comparten la misma placenta y un solo saco amniótico. (59)

Causas maternas:

a) Diabetes.

En la embarazada normal, desde el comienzo del segundo trimestre, se va desarrollando un aumento de la resistencia a la insulina y, secundariamente, una disminución de la tolerancia a la glucosa. La etiología del cambio en la sensibilidad a la insulina durante la gestación no está aclarada. La hipótesis más aceptada es que esta situación de diabetogenicidad puede estar en relación con un aumento de la resistencia periférica a la insulina, localizada en el ámbito del postreceptor y mediada, probablemente, por los elevados niveles en plasma de hormonas diabetógenas (prolactina, lactógeno placentario, progesterona y, especialmente, cortisol), así como por las mayores

demandas energéticas y de insulina necesarias para que se produzca el incremento ponderal. (60)

La incidencia de amenaza de parto pretérmino es difícil de valorar ya que el diagnóstico de esta entidad es controvertido. La incidencia de partos pretérmino es mayor en las pacientes diabéticas y el riesgo de prematuridad es mayor cuando los niveles de glucemia durante el embarazo son más altos. Se ha descrito una relación directa entre los niveles de HbA1c y el riesgo de parto pretérmino, por cada elevación de un 1% en los niveles de HbA1c, se incrementaría un 37% el riesgo de presentar un parto pretérmino. Se desaconseja el uso de fármacos beta-simpático-miméticos como inhibidores de la dinámica uterina en las gestantes diabéticas. La incorporación de los inhibidores de la oxitocina a la práctica obstétrica ha facilitado el tratamiento de estas pacientes, que por lo demás será similar al recomendado para la gestante no diabética. La incidencia de parto pretérmino oscila entre un 20-30%. El hecho de que la gestación de la gestante con DPG finalice de forma electiva antes del término en algunos casos contribuye a alcanzar estas cifras. (60)

Malformaciones fetales.

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida. Las anomalías congénitas son en muchos países causas importantes de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad. (61)

Se calcula que cada año 276.000 recién nacido fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida en el mundo debido a anomalías

congénitas. Las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad. Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down. Las anomalías congénitas pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa. (61)

También está asociado con los partos pretérminos.

Cirugía uterina previa:

a) Conización:

La conización, también llamada cono, es un método quirúrgico muy usado en el tratamiento de las displasias moderadas y severas. La parte removida tiene forma de cono, y de ahí se deriva el nombre del procedimiento.

La conización durante el embarazo está indicada si la citología informa de una alteraciones celulares compatibles con carcinoma invasor o si se producen cambios colposcópicos; de lo contrario, la conización se pospone hasta el puerperio. Si se lleva a cabo la conización preparto, el momento óptimo es el segundo trimestre, preferiblemente entre la 14 y 20 semanas de gestación. La morbilidad asociada con la conización cervical durante el embarazo es importante. Las complicaciones potenciales de la conización durante el embarazo incluyen:

Hemorragia (5-15%); la frecuencia de la hemorragia mayor que 500 ml se correlaciona con el trimestre en el que se realiza el procedimiento: el riesgo es mínimo en el primer trimestre, aproximadamente 5% en el segundo, y aproximadamente 10% en el tercero. El procedimiento quirúrgico no debe realizarse dentro de las cuatro semanas de la fecha estimada del parto por el riesgo de hemorragia a partir de la cicatriz.

- Aborto espontáneo.
- Parto prematuro.
- Infección.
- Muerte fetal, es rara (algunas de estas muertes se han asociado a corioamnionitis). (62)

b) Traquelectomía radical:

La traquelectomía radical (TR) es una técnica quirúrgica utilizada en estadios precoces del cáncer de cérvix en aquellas mujeres que desean conservar la capacidad reproductiva. Los embarazos posteriores a esta técnica quirúrgica pueden desencadenar complicaciones obstétricas.

El parto pretérmino se incrementa en las gestantes que han sido sometidas a una TR vaginal, con una prevalencia de entre 20% y 30%. (63)

2.2.6. FACTORES ASOCIADOS:

Antecedente de parto pretérmino:

Un grave factor de riesgo para la aparición de parto prematuro es un antecedente de este. Según el estudio sobre la incidencia de la repetición del parto prematuro en alrededor de 16000 mujeres atendidas en el parkland hospital, el riesgo de que ocurra el parto prematuro en mujeres cuyo primer parto también fue prematuro aumento 3 veces en comparación con el riesgo de mujeres cuyo primer neonato nacido en un embarazo de término. (64)

Antecedente de Amenaza de aborto:

La expulsión de sangre por la vía vaginal al principio del embarazo se vincula con mayor frecuencia de resultados adversos, weiss (2004) publico hallazgos con metrorragia entre las semanas 6 y 13 en casi 14000 mujeres. Las hemorragias escasa y profusa se acompañaron del surgimiento ulterior de parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta y perdida del embrazo antes de las 24 semanas. (64)

Infecciones:

Parece irrefutable la existencia de un vínculo entre el parto prematuro y las infecciones. Se presupone que las infecciones intrauterinas desencadenan el parto prematuro al activar el sistema inmunitario innato. Según esta hipótesis los microorganismos inducen la liberación de citocinas inflamatorias como las interleucinas y el TNF – α , que estimulan a su vez la producción de prostaglandinas, enzimas que degradan la matriz, o ambas sustancias. Las prostaglandinas estimulan las concentraciones uterinas, en tanto que la degradación de la matriz extracelular en las membranas fetales produce la rotura prematura de ellas. Se calcula que 25 a 40% de los nacimientos prematuros son consecuencia de la infección intrauterina. (65)

Factores de estilo de vida:

El tabaquismo, el incremento ponderal inadecuado por parte de las gestantes y el consumo de drogas ilícitas intervienen en grado notorio en la incidencia y las consecuencias para los neonatos de bajo peso natal. (64)

El sobrepeso y la obesidad de la mujer imponen un mayor riesgo para parto prematuro. Otros factores maternos que intervienen son la juventud o la edad avanzada de la madre, pobreza, talla corta e hipovitaminosis C. Los factores psicológicos como la depresión, la ansiedad y el estrés crónico, según algunos protocolos, se vinculan con el parto prematuro. Según algunos estudios de que trabajar muchas horas y el trabajo físico pesado se relaciona probablemente con un mayor riesgo de parto prematuro. (64)

Violencia basada en género:

Según el colegio americano de ginecoobstetricia en el 2011, La violencia física dirigida contra las mujeres continua durante el embarazo, la tasa de maltrato varia de 1 a 20% durante el embarazo, el maltrato está ligado a la pobreza, educación deficiente, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. Algunas secuelas inmediatas son rotura uterina, parto pretérmino, y muerte materna y perinatal.

Algunos resultados ulteriores son mayor frecuencia de desprendimiento de placenta, recién nacidos pretérminos, y de bajo peso y otros resultados adversos.

(66)

2.2.7. CRITERIO DE DIAGNOSTICO: Según la guía clínica del 2010:

a) Amenaza de trabajo de parto pretérmino:

- Contracciones con una frecuencia de cuatro cada 20 min, o de 8 cada 60 minutos junto con cambios progresivos del cuello.
- Incorporación cervical $\geq 80\%$.
- Dilatación cervical $> 1\text{cm}$ pero menor de 3cm.

b) Trabajo de parto pretérmino:

- Contracciones uterinas con una frecuencia de por lo menos cuatro cada 20 minutos, o de 8 cada 60 minutos.
- Incorporación cervical $\geq 80\%$ y dilatación $\geq 4\text{ cm}$.

c) Diagnóstico diferencial:

- Irritabilidad uterina.
- Desprendimiento prematuro de placenta oculto.
- Patología digestiva dolorosa.

EXAMENES AUXILIARES: Según la guía clínica del 2010:

• **Hematológicos:**

Hemograma: Es una prueba común de sangre, la cual ofrece información detallada sobre la cantidad, el tamaño y la forma de los tres tipos de células de la sangre. Equilibrio entre la producción y destrucción de los elementos figurados de la sangre: eritrocitos, leucocitos y plaquetas. Su alteración expresa cambios fisiológicos o patológicos del organismo.

- Hematocrito: se calcula a partir de la Hb. % del volumen sanguíneo ocupado por los gr

- Hemoglobina: Cantidad de Hb en un volumen sanguíneo.
- Examen de orina – Urocultivo.
- Test de Nugent (tinción Gram para descartar Vaginosis Bacteriana).
- Proteína C reactiva (de existir rotura prematura de membranas).
- Completar exámenes prenatales de rutina de ser posible (según guía de atención prenatal).

Imágenes y otros métodos diagnósticos:

a) Ecografía obstétrica.

Es un examen ultrasonográfico que se les ofrece a todas las gestantes con la finalidad de evaluar en forma sistemática y estandarizada la anatomía fetal, así como las características de la placenta y del líquido amniótico. Además es la última oportunidad que se tiene de calcular el riesgo de preeclampsia y parto pretérmino. Como dato agregado durante esta evaluación se puede determinar el sexo del bebe con un 99% de certeza diagnóstica. (67)

b) Evaluación de la longitud cervical por ultrasonografía transvaginal (de ser posible):

La medición de la longitud del cérvix uterino como predictor de parto prematuro, se basa en la premisa de que existe una relación entre el largo del cuello uterino y el desencadenamiento del trabajo de parto. De esta forma, un cérvix corto, es decir, menor de 15 mm, es un fuerte predictor de parto prematuro con un valor predictivo positivo de 50% en los siete días siguientes al examen. A su vez, un cérvix largo, definido como mayor de 30 mm de longitud, tiene un valor predictivo negativo de 95% en la semana siguiente. (68)

c) Perfil biofísico fetal (de ser posible a partir de las 28 semanas).

Es un método de valoración ecográfica dinámica anteparto que estudia múltiples variables biofísicas fetales con el fin de identificar al feto con riesgo de muerte o sufrimiento intraútero.

d) Monitoreo obstétrico fetal clínico y/o electrónico (NST desde las 28 semanas).

El monitoreo fetal es un procedimiento que permite evaluar la vitalidad y bienestar fetal a través de los latidos cardíacos del bebé. Indirectamente, permite ver el funcionamiento de la Placenta, que es el órgano vital durante todo el embarazo, porque permite la llegada del oxígeno materno al bebé, necesario para poder vivir dentro del vientre.

Existen 2 pruebas principales, el test no estresante (NST) y el test estresante (CST). (69)

e) Considerar evaluar maduración pulmonar, por metodología disponible. De ser posible, realizar recuento de cuerpos lamelares.

La técnica de recuento de cuerpos lamelares (LBC) fue introducida por Dubin, en 1989; se basa en que el surfactante es almacenado en el citoplasma de los neumocitos tipo II en forma de cuerpos lamelares que luego son secretados al espacio alveolar. Es posible medir su presencia en el líquido amniótico mediante un conteo automatizado de la misma manera que se hace el conteo de plaquetas en hematología. Una forma indirecta de evaluar la cantidad de cuerpos lamelares es medir la opacidad del líquido amniótico mediante la densidad óptica a 650 nm. Una lectura de la densidad óptica $\geq 0,15$ se utilizó también como indicador de madurez pulmonar fetal. (70)

2.2.8. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias. FONP.

Según la guía clínica 2010:

Ante la sospecha de parto pretérmino se debe referir a FONB, según los criterios de sospecha de amenaza de parto pretérmino:

- Presencia de contracciones uterinas frecuentes (1 o más en 10 minutos).

- Contracciones uterinas irregulares asociadas a factores de riesgo (infección de vías urinarias, vulvovaginitis, trauma, etc.).
- Toda paciente que acuda refiriendo la presencia de contracciones uterinas debe ser observada bajo reposo absoluto por 2 horas con controles de dinámica, frecuencia cardíaca fetal, funciones vitales y síntomas en caso de contracciones.
- De no confirmarse la sospecha de amenaza de parto pretérmino informar sobre signos de alarma, orientar sobre parto institucional y programar visita domiciliaria y/o citas de atención prenatal.
- Referir con vía endovenosa segura.
- Ante la presencia de trabajos de parto Pretérmino referir a FONE con vía segura.

Establecimiento con funciones obstétricas y neonatales FON Básicas.

- Ante amenaza de parto pretérmino, hospitalizar, en caso de parto pretérmino definido referir a FONE.
- Realizar exámenes auxiliares de laboratorio y ecografía (determinar longitud de cérvix).
- Terapia tocolítica y del factor causal.
- Terapia de maduración pulmonar.
- Orientación/consejería en Salud Integral.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales FONE Según la guía clínica del 2010:

a) Amenaza de trabajo de parto pretérmino:

- Hidratación vía endovenosa rápida con Cl Na0, 9% x 1000 ml, iniciar 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto.
- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno y fetal.
- Confirmar edad gestacional.
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible).

- Maduración pulmonar fetal entre las 24 - 34 semanas con corticoides si no los recibió previamente.
- Uso de tocolíticos en amenaza de parto pretérmino (entre las 24 - 34 semanas) y vigilancia de efectos colaterales, considerando las siguientes contraindicaciones: feto muerto, malformación fetal severa, corioamnionitis, hipertensión arterial severa, hemorragia materna severa y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

b) Trabajo de parto pretérmino:

- Hospitalización.
- Continuar o iniciar hidratación vía endovenosa rápida con ClNa 0,9% x 1000 cc, empezar con 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto.
- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno y fetal.
- Confirmación de la edad gestacional.
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible).
- Maduración pulmonar fetal entre las 24 - 34 semanas con corticoides si no los recibió previamente.

c) Atención del parto pretérmino:

- El parto debe ser atendido en FONE.
- La vía del parto podrá ser por cesárea o por vía vaginal independientemente de la edad gestacional.
- Contar con asistencia neonatal al momento del parto y procurar asegurar equipo de soporte para el neonato disponible (incubadora, respirador y surfactante).
- En ausencia de indicaciones absolutas para cesárea, hospitalizar y proceder a la atención del parto, previa administración de corticoides en dosis Única: Betametasona: 12 mg vía IM, o Dexametasona: 4 mg EV.
- La atención del parto vaginal debe realizarse ocasionando el menor trauma posible, evaluando la indicación de episiotomía.

- De presentarse rotura prematura de membranas u otra patología, seguir el protocolo correspondiente.

2.2.9. TOCOLITICOS:

Según la guía clínica 2010

Nifedipino:

Antagonista de canales de calcio. Administrar 10 - 20 mg VO seguido por 10 - 20 mg VO después de 20 minutos si persisten las contracciones y 10 - 20 mg VO después de 20 minutos si persisten las contracciones, seguido por 10 - 20 mg VO cada 6 - 8 horas por 48 - 72 horas; considerando una dosis máxima diaria de 160 mg. Después de 72 horas si se requiere terapia de mantenimiento, puede rotarse a dosis única 30 – 60 mg VO por día. Contrariamente a los p-miméticos, el nifedipino no induce taquifilaxis por lo que puede prescribirse terapia de mantenimiento.

Indometacina:

50 - 100 mg Vía oral (VO) como dosis de ataque, continuando con dosis de mantenimiento de 25-50 mg VO cada 6 horas.

Sulfato de magnesio:

Iniciar con dosis de ataque de 4 - 6 gramos en infusión EV (durante 20 minutos). Continuar con dosis de mantenimiento de 2-3 gramos por hora. Dosar magnesio sérico de ser posible, el uso de sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar Gluconato de calcio al 10% endovenoso diluido en 20 cc.

Isoxuprina:

Fármaco antagonista beta-adrenérgico. Usar vía endovenosa por 24 - 48 horas. Preparar una solución en 100 ml de ClNa al 0.9% con 1 ampolla de Isoxuprina (10 mg) e iniciar con 10 gotas/minuto, aumentando 10 gotas cada 20 minutos, hasta conseguir tocólisis o presencia de efectos secundarios (palpitaciones, temblor, cefalea, náuseas, vómitos, ansiedad, nerviosismo, dolor torácico, disnea); teniendo como máximo 60 gotas por minuto y después disminuir 10 gotas cada 30 minutos hasta la dosis mínima que mantenga la tocólisis. Si aparece de nuevo dinámica uterina, repetir el proceso. Se puede continuar vía oral.

Según la guía clínica 2010

El uso de tocolítico en amenaza de parto pretérmino (entre las 24 – 34 semanas) y vigilancia de efectos colaterales, considerando los siguientes contraindicaciones: feto muerto, malformación fetal severa, corioamnionitis, hipertensión arterial severa, hemorragia materna severa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

2.2.10. CORTICOIDES PARA LA MADURACION PULMONAR.

Según la guía clínica 2010:

Se ha demostrado que a la hora desde la primera aplicación exógena los glucocorticoides se han unido a sus receptores de membrana placentaria, atraviesan y llegan al compartimiento fetal, donde se inicia la síntesis de proteínas del surfactante vía ARN mensajero. El beneficio inicial de la terapia de corticoide ocurre a las 8 horas de administrada la 1a dosis, y el máximo beneficio a las 48 horas de aplicada la 1a dosis. (71)

- **BETAMETASONA:** (Contiene 6mg de fosfato + 6mg de acetato)
12 mg vía IM y repetir 12 mg IM a las 24 horas.
- **DEXAMETASONA:** (6 mg/12 horas, 4 dosis).

Corticoides para acelerar la maduración pulmonar fetal

Los neonatos nacidos prematuramente están en riesgo de muerte, problemas pulmonares (síndrome de dificultad respiratoria) y hemorragia del cerebro (hemorragia intraventricular). Los corticosteroides se le administran a la madre para ayudar a evitar estos problemas y hay pruebas de alta calidad de que son efectivos para prevenir muchos de estos problemas. Estos fármacos surten efecto porque maduran los pulmones del recién nacido antes del nacimiento. Hay diferentes tipos de corticosteroides y se pueden administrar de diferentes maneras y en diferentes dosis. Ya que no está claro ni hay acuerdo sobre el mejor tipo o dosis, los hospitales pueden diferir en la administración de este fármaco. (72)

La mayoría de los ensayos han comparado los dos corticosteroides más frecuentemente usados antes del nacimiento prematuro, la dexametasona y la betametasona. (72)

En una revisión de 10 ensayos, nueve compararon dexametasona con betametasona; y un ensayo comparó dos tipos diferentes de administración de la dexametasona. Se concluyó: la dexametasona puede tener algunos beneficios comparada con la betametasona, como menos hemorragia intraventricular, aunque quizás una tasa mayor de ingresos a la UCIN (encontrando en solo un ensayo). Aparte de una sugerencia de otro ensayo pequeño de la vía de administración puede tener varias ventajas sobre una vía oral con la dexametasona, se pudieron plantar otras pocas conclusiones sobre regímenes óptimos con corticoides con corticosteroides prenatales. Se necesita con más urgencia ensayos de los corticoides frecuentemente usados, seguido de ensayos de dosificación y otras variaciones de los regímenes. (72)

2.2.11. REPOSO ABSOLUTO EN DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO.

Esta medida suele ser muy efectiva y se recomienda como paso inicial e indispensable en el tratamiento del SF, por eso es considerada como una técnica de resucitación intrauterina. El útero grávido avanzado puede comprimir la vena cava inferior y aorta descendente intraabdominal, lo que puede conducir a hipotensión, disminución del flujo sanguíneo útero placentario y disminución de la saturación fetal de oxígeno. (73)

Existe evidencia en la literatura que avala que la posición lateral es mejor que el decúbito supino en lo que respecta a maximizar el gasto cardiaco materno y la oxigenación fetal, y que el cambio a esta posición es capaz de mejorar alteraciones de la FCF, incluso en ausencia de hipotensión materna. La mejor posición es la lateral izquierda, por ser la que ha demostrado el mayor gasto cardiaco materno, aunque si no hay respuesta y se sospecha una compresión de cordón, puede intentarse la lateral derecha o incluso decúbito prono apoyando el cuerpo de la madre sobre sus codos y rodillas. El tacto vaginal es obligado para excluir el prolapso de cordón. (73)

Esta técnica de resucitación es la más frecuentemente utilizada y más fácil de realizar en la mayoría de los casos, y parece razonable basado en la evidencia disponible que indica que la lateralización al lado izquierdo o la modificación de la posición en caso que la madre estuviera ya en esa posición es la primera medida ante la aparición de alteraciones de FCF. (73)

2.2.12. CRITERIOS DE ALTA:

A las 48 horas después de que los síntomas y signos hayan sido controlados. En caso que se produzca el parto pretérmino se procederá a dar alta a la paciente de acuerdo a lo establecido en las guías de atención del parto vagina¹ o de la cesárea. Dar tratamiento de la etiología identificada. Entregar información sobre el riesgo obstétrico.

2.2.13. COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RN PREMATURO

COMPLICACIONES MATERNAS: Compromiso del futuro obstétrico por cesárea Pretérmino, el cual puede seguir una cadena de complicaciones como la infección de herida operatoria. Sepsis, muerte materna.

Las complicaciones maternas además de la cesárea, también se adjuntan las complicaciones que estas asociadas a la etiología de las amenazas de trabajo de

parto pretérmino, como por ejemplo hemorragia post parto por la sobre distención por consecuencia de un embarazo múltiple, posibles infección puerperal, por las ITU, Vaginosis bacteriana, etc.

COMPLICACIONES DEL RN PREMATURO: Algunos de los principales problemas que pueden aparecer, particularmente en el bebé prematuro, son:

- Problemas respiratorios (relacionados con los pulmones y la respiración).
 - ✓ Inmadurez de los pulmones que puede derivar en el síndrome de dificultad respiratoria (a veces llamado enfermedad de la membrana hialina). Esos bebés necesitarán más oxígeno. En casos severos, pueden requerir respiración mecánica por medio de un ventilador que los asista en la respiración. A algunos bebés se les administrará una sustancia llamada Surfactante, la cual ayuda a los pulmones a expandirse y así funcionar mejor.
 - ✓ Apnea: consiste en períodos prolongados sin respirar, lo cual hace que el bebé no reciba suficiente cantidad de oxígeno. (74)
- Problemas del sistema nervioso:
 - ✓ Hemorragias cerebrales (intraventriculares), que son una complicación muy seria. Es más común en bebés muy prematuros.
 - ✓ Daños en varias partes del cerebro, lo cual ocasiona problemas de desarrollo (aprendizaje) o problemas con el tono y la fuerza muscular. (74)
- Infecciones. Los bebés prematuros tienen un gran riesgo de contraer infecciones por bacterias. Las líneas intravenosas requeridas para monitorear al bebé y para administrarles tratamientos aumentan el riesgo de tales infecciones. (74)
- Ictericia (aumento de la bilirrubina), que causa un color amarillo en la piel. Este problema generalmente puede ser controlado por medio de la fototerapia (luces especiales que bajan el nivel de la bilirrubina).
- Anemia (recuento sanguíneo bajo), que a veces se intensifica al sacarle sangre al niño para realizar los exámenes de laboratorio. Azúcar sanguínea baja (hipoglucemia) o hipocalcemia (nivel bajo de calcio). (74)
- Problemas del corazón. Una condición muy común es la persistencia del Ductus arteriosus. Esta es una conexión que permite el flujo de la sangre desde la arteria

mayor, que sale del lado derecho del corazón (arteria pulmonar), hacia la arteria principal, que sale del lado izquierdo del corazón (aorta). En algunos bebés prematuros, tal conexión permanece abierta, en vez de cerrarse, y esto ocasiona problemas. Generalmente es suficiente un tratamiento con medicinas, pero en algunos casos, la cirugía correctiva puede ser necesaria. Problemas de los ojos (retinopatía de la prematuridad). Puede ocurrir especialmente en bebés muy prematuros. (74)

Sobrevida en la prematuridad

La sobrevida de niños con edades gestacionales menores es una tendencia creciente. Esto significa, obviamente, un mayor riesgo de secuelas neurológicas. Gracias a los avances en neonatología la mayoría de los prematuros no están afectados por secuelas severas, sin embargo, diversos reportes dan cuenta de ciertas discapacidades menores que aun los comprometen. (75)

Actualmente y gracias a la mayor sobrevida que alcanzan los prematuros extremos se ha observado un incremento en la detección de discapacidades menores en la edad escolar. Éstas se refieren a aquellas que no comprometen en forma severa el desarrollo psicomotor del niño. (75)

Algunas de estas discapacidades pueden ser predictores de la manera en la cual estos niños funcionarán en la sociedad y por lo tanto es necesario aprender a reconocerlas y tratarlas. El presente artículo revisará las principales discapacidades asociadas a la prematurez extrema (>28 semanas) y las recomendaciones en torno a éstas. (75)

Discapacidades menores Diversos estudios muestran déficit cognitivo, dificultades escolares y problemas de comportamiento en niños pretérmino extremos (< 28 semanas).

En la edad escolar, los prematuros extremos nacidos con peso < 750 gr, presentan resultados inferiores a aquellos obtenidos por niños con pesos mayores en pruebas de desarrollo cognitivo, psicomotor, atención y logros académicos. Ésta diferencia es estadísticamente significativa y se mantiene, aun al comparar sólo

prematuramente neurológicamente sanos y con coeficientes intelectuales normales. (76)

a) Coeficiente intelectual (CI): A la edad escolar, los niños que fueron prematuros extremos presentan un CI más bajo que el de los niños nacidos de término. Los estudios muestran CI promedio de 90 ± 15 en prematuros versus 106 ± 15 en niños de término. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$) y corresponde aproximadamente a una desviación estándar. Pese a las diferencias encontradas, ambos grupos se encuentran dentro de rangos normales.

Estudios paralelos muestran que los niños de pretérmino se desempeñan peor en los test matemáticos aplicados en la edad escolar que sus pares de mayor peso de nacimiento. La diferencia se mantiene incluso después de ajustar según su nivel cognitivo. (76)

b) Comportamiento escolar: Los prematuros muestran mayor riesgo de presentar un comportamiento escolar disruptivo y de desarrollar un síndrome de déficit atencional que sus pares de término. Los estudios dan cifras de un 38% de dificultades de comportamiento en prematuros versus un 10% en niños de término.

Con respecto al déficit atencional, los estudios concuerdan en riesgos 2,64 veces mayores en niños prematuros que en sus pares nacidos a término (RR 2,64; 95% IC, 1,85-3,78) Los estudios muestran que las dificultades descritas podrían persistir aun en la adolescencia. (76)

c) Funcionamiento ejecutivo: Se refiere al conjunto de procesos responsables de las intenciones y comportamientos dirigidos. Dado que incluye elementos como la anticipación, selección de objetivos finales, planificación, organización, inicio de actividades, auto-regulación, flexibilidad mental, memoria y retroalimentación, su alteración compromete diversas áreas del desarrollo, sin configurar un trastorno único. (76)

2.2.14. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (SRC)

Según Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Lima Perú 2005:

El sistema de referencia y contrareferencia (SRC) es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia, y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive. (77)

Definición de referencia:

Es el proceso administrativo – asistencial, mediante el cual el personal de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos. (77)

Definición de contrareferencia:

Es un procedimiento administrativo – asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente. (77)

Criterios de referencia y contrareferencia:

Según la guía clínica 2010: La referencia se decidirá de acuerdo a los criterios establecidos para decidir el Nivel de atención de cada paciente.

a) Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP

Toda paciente con sospecha de amenaza de parto pretérmino y con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino referir a FONB.

Paciente con diagnóstico de parto pretérmino definido referir a FONE.

b) Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB

Manejo de la sospecha y la amenaza de parto pretérmino.

En caso de parto pretérmino definido referir a FONE.

Contrarreferir a establecimiento de origen.

c) Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales – FONE

Pacientes en condiciones de alta referidas de Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales FON Primarias y FON Básicas serán contrarreferidas a establecimiento de origen, según tipo de parto.

Red referencial del Hospital Regional de Pucallpa:

La red referencial del Hospital Regional de Pucallpa consta de 88 establecimientos de Coronel Portillo, 24 establecimientos de Atalaya, 4 establecimientos de Purús.
(78)

2.2.15. IMPORTANCIA DE LA ATENCION PRENATAL.

En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindara la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar, y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad. (79)

En el primer nivel de atención debe ser realizada por médico Gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, además del profesional de obstetricia, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que se requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico Gineco-obstetra. Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia para detección de infecciones vaginales como la Vaginosis bacteriana, toma de Papanicolaou y valoración de pelvis. (79)

En la elaboración de la historia clínica materna perinatal:

- Anamnesis, el cual comprende datos de filiación, los antecedentes (familiares, personales, obstétricos), etc.
- Examen físico: incluye funciones vitales, el examen de diferentes órganos (corazón, pulmones, abdomen, mamas, odontostomatológico, etc). Si en los establecimientos FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE.
- Examen obstétrico: comprende la valoración obstétrica según edad gestacional: altura uterina, número de fetos latido fetal, movimientos fetales. Se registra el incremento de la altura uterina y grafica en la tabla CLAP/OPS. La valoración ginecológica básicamente de mamas y examen de Papanicolaou.
- Exámenes auxiliares basales: comprende: tamizaje de proteínas en orina, hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, RPR, VIH, Urocultivo, ecografía obstétrica, cuando sea necesario se solicitara otros exámenes de acuerdo a las necesidades.
- Prescripción de ácido fólico, ácido fólico y sulfato ferroso, calcio.
- Vacunación antitetánica y contra la influenza estacional.
- Se brinda la información necesaria para la gestante sepa a dónde acudir en caso de presentar algún síntoma/signo de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia. (79)

Examen ginecológico: importancia de la especuloscopia

Todo médico, Gineco obstetra y obstetra debe estar capacitado para realizar una exploración ginecológica adecuada, que incluya una técnica correcta y sistemática del examen genital, sin causar dolor a la paciente, que le proporcione información útil y completa para la adecuada interpretación de los hallazgos semiológicos. (80)

Para llegar a cabo el examen ginecológico a las gestantes es necesario tener a la mano los elementos necesarios para realizar el examen ginecológico como por ejemplo agua y jabón para el lavado de manos, guantes estériles, lámpara de cuello de ganso, camilla de exploración ginecológica, etc. También es importante preparar a la gestante informando los requisitos previos para un examen ginecológico como por ejemplo tener la vejiga vacía, evitar relaciones sexuales, no óvulos vaginales, no lavado vaginal el día anterior, etc. Cumpliendo todo este proceso se le indica a la gestante la posición litotomía para iniciar dicho examen. (80)

Para realizare el examen ginecológico consta de 2 tipos de exploración pélvica: la exploración externa y la exploración interna:

a) En la exploración externa, se inspecciona los genitales externos, se recomienda examinar los labios mayores, labios menores, clítoris, uretra, vestíbulo vaginal, introito vaginal, horquilla vulvar, periné, ano; tratando de buscar hallazgos patológicos como principalmente la Vaginosis bacteriana que es el causante de las amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, así también como condilomas, herpes genital, parásitos, vulvovaginitis (trichomonas vaginal), candidiasis, sífilis, chlamydia, etc. Los cuales también se encuentras involucrados con las infecciones urinarias, amenazas de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino. (80)

b) En la exploración interna, encontramos lo que es el proceso de la especuloscopia, el cual consiste en la introducción de un especulo en la vagina, que permite examinar de forma observacional, la presencia de anormalidades

vaginales y cervicales el cual puede estar relacionada con las infecciones de transmisión sexual, así también evidenciar pérdida de líquido amniótico, las modificaciones cervicales, las cuales conllevan a una amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino. (80)

La importancia Bacilos de Döderlein:

Los bacilos de Döderlein o lactobacilos fueron identificados por primera vez en 1894 por el médico alemán A. Döderlein al estudiar una muestra de secreción vaginal. Se caracterizan por ser las bacterias más importantes y predominantes de la flora vaginal, encontrándose de 10 a 100 millones por gramo de fluido, sirviendo como freno al desarrollo de gérmenes y hongos gracias a la producción de H₂O₂ que dificulta la reproducción de especies que no poseen catalasa (anaerobios, gardnerella vaginalis, mobilincus, streptococos, entre otros), liberación de ácido láctico, lactacidina, acidolina y lactacin B que actúan sinérgicamente para inhibir el crecimiento bacteriano, disminuyendo el riesgo a padecer cualquier proceso infeccioso vaginal. En la actualidad los bacilos de döderlein son descritos como microorganismo pro biótico, utilizados para restablecer el equilibrio ecológico de la vagina, manteniendo un pH vaginal bajo (3.5 – 4.5). (81)

✓ Factores de riesgo.

En general, varias actividades humanas normales se asocian a una desestabilización de las comunidades microbionas vaginales, lo que puede redundar en una mayor vulnerabilidad:

- actividad sexual frecuente, múltiples compañeros sexuales,
- sexo oral receptivo frecuente,
- empleo de duchas y espermicidas.
- Para algunos autores consideran la menstruación como factor de riesgo, por la inestabilidad de la microbiota habitual. (82)

2.2.16. CATEGORIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS EN NIVELES DE RIESGO

Para usar los medicamentos en forma prudente durante el embarazo, y comprender las limitaciones de su uso, la FDA (Food and Drug Administration) de Estados Unidos, a partir de 1979, ha propuesto una clasificación basada en los riesgos potenciales para el feto, clasificando los fármacos en 5 categorías. (83)

- ✓ **Categoría A:** Los estudios controlados en mujeres no han demostrado riesgo para el feto en el primer trimestre y no existe riesgo evidente en el resto del embarazo. La posibilidad de lesión fetal parece remota.
- ✓ **Categoría B:** Estudios de reproducción realizados con animales no indican riesgo para el feto, pero no existen estudios controlados sobre mujeres embarazadas; o estudios de reproducción en animales han mostrado efectos adversos que no están confirmados en estudios controlados en el primer trimestre.
- ✓ **Categoría C:** Se asignan a fármacos cuya administración sólo debe considerarse si el beneficio esperado justifica el potencial riesgo para el feto. Se establece ante 2 posibilidades: los estudios en animales han revelado efectos adversos en el feto y no existen estudios controlados en mujeres; o no se dispone de estudios en mujeres y animales.
- ✓ **Categoría D:** Existe evidencia positiva de riesgo para el feto humano.
- ✓ **Categoría X:** Estudios en animales y en humanos han demostrado alteraciones fetales o existe evidencia de riesgo fetal basándose en la experiencia humana y/o en animales. El riesgo de su uso en embarazadas sobrepasa claramente cualquier posible beneficio y están contraindicados en toda mujer que está o pudiera estar embarazada. (83)

2.2.17. PREVENCIÓN PRIMARIA EN MUJERES EMBARAZADAS:

a) **Suplementos nutricionales:** Para toda mujer embarazada se recomienda una alimentación completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos Omega-3. Los ácidos grasos Omega-3 reducen las concentraciones de citoquinas pro inflamatorias.

En un ensayo clínico controlado y aleatorizado en pacientes con riesgo de parto pretérmino que fueron asignadas a la suplementación con Omega-3, se halló una reducción del 50% en la tasa de parto prematuro (84).

En un ensayo aleatorizado posterior, en el cual se evaluó la suplementación con aceite de pescado, se notificó una reducción estadísticamente significativa (del 46%) en la incidencia de parto prematuro recurrente (84).

b) **Cuidado odontológico:** Se recomienda a toda mujer embarazada una consulta odontológica, a fin de evaluar el estado de su dentadura y, de ser necesario, realizar de inmediato el tratamiento correspondiente.

El riesgo de parto prematuro se asocia con la gravedad de la enfermedad periodontal y aumenta cuando la misma progresa durante el embarazo (85).

El aumento del riesgo de parto prematuro puede resultar de la transmisión hematogena de patógenos microbianos orales al tracto genital o, más probablemente, de las variaciones comunes en la respuesta inflamatoria a los microorganismos de la cavidad oral y del tracto genital (86).

c) **Estilo de vida y hábitos:** Al igual que durante el periodo preconcepcional, deberá fomentarse el abandono de adicciones tales como tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como de la automedicación. Hay evidencia de la asociación del tabaquismo en el embarazo y el nacimiento pretérmino, así como también con el bajo peso al nacer, el desprendimiento prematuro de placenta y la mortalidad infantil.

En la mayoría de los países se implementa el enfoque de riesgo social para mejorar los resultados del embarazo (87).

2.2.18. EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA CLÍNICA:

Para la valoración de los resultados de evaluación del cumplimiento, en este caso de la Guía Clínica para la Amenaza de Parto pretérmino, se cuenta con innumerables criterios en la evaluación y monitoreo de cumplimiento en los diferentes niveles de atención a nivel nacional, e internacional, desde la satisfacción del usuario, pasando por la calidad de servicios hasta saber cuánto se puede cumplir de las normas, para establecer las dificultades y necesidades de los ofertadores de servicios, para poder mejorarlos.

Para el caso del presente estudio se ha tomado en cuenta el Puntaje de los resultados de evaluación de Criterios y Estándares de Evaluación, que contiene los estándares organizados en macro procesos, los que a su vez se despliegan en criterios de evaluación que son calificados con una puntuación predefinida en la escala de 0 a 2, cuyos resultados serán evaluados de acuerdo a los puntajes totales:

Puntaje (%)

45 a más = 80% a más Óptimo

44 – 34 = 61% - 79% En proceso

33 o menos = 60% ó menos Por Fortalecer

El Listado de Criterios y Estándares de Evaluación tiene un carácter genérico y es de aplicación general, en cualesquiera de los servicios de atención integral de salud para las/los adolescentes, según corresponda. (95)

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

- **Amenaza de Trabajo de Parto Pretérmino:** Es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto Pretérmino. (26)
- **Parto Pretérmino:** Parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación. (30)
- **Vaginosis Bacteriana:** Es una infección polimicrobiana de amplia distribución, no considerada como infección de transmisión sexual. Es una condición en la cual ocurren cambios en el ecosistema vaginal, sucediendo que el número de lactobacilos y gérmenes normales disminuye y el de otras bacterias, presentes también normalmente en pequeños números, proliferan. El método diagnóstico más confiable es el puntaje de Nugent. (41)
- **Ruptura Prematura De Membranas:** Rotura de membranas cuando ocurre antes del inicio del trabajo de parto. (88)
- **Infección Urinaria:** Existencia de gérmenes e infecciones patógenos en la orina por infección del sistema urinario. Desde el punto de vista microbiológico, cuando se detecta un crecimiento de 10.000 unidades formadoras de colonia por mililitro (UFC/ml) en una muestra de orina bien recogida, puede existir una infección urinaria. (89)
- **Preeclampsia:** Hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se acompaña de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. (43)
- **Eclampsia:** Convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto. (43)
- **Dilatación Cervical:** Se produce por la contracción que ejercen las fibras del cuerpo uterino en su disposición espiral, por la presión hidrostática de la bolsa de aguas o de la presentación sobre el orificio cervical y por efecto de la Triple gradiente descendente (90)

- **Placenta Previa:** La placenta se implanta en el segmento uterino inferior del útero, ya sea total o parcialmente, obstruyendo el OCI y dificultando la salida del feto. (90)
- **Desprendimiento Prematuro De Placenta:** Separación total o parcial que sufre la placenta normalmente implantada de su lugar de implantación, que ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo del parto. (90)
- **Episiotomía:** Técnica quirúrgica simple de relajación que se realiza de carácter profiláctico, para ensanchar el introito vaginal y así evitar que la presentación fetal provoque desgarro del periné, vagina y los músculos y aponeurosis del suelo pélvico. (90)
- **Polihidramnios:** Exceso de volumen de líquido amniótico mayor a 2000 ml en cualquier momento de la gestación. Esta situación puede ser clínicamente cuando el volumen de líquido amniótico supera los 3 o 4 litros. (90)
- **Especuloscopia:** Permite valorar visualmente el cuello uterino, posición y grado de apertura a nivel del canal cervical y orificio cervical interno. Permite además la toma de muestras de secreciones en fondo de saco vaginal para estudios pertinentes (microbiológicos, citológicos, fibronectina, etc.), realizarlo en su primera evaluación (90).
- **Parto:** Expulsión de un feto con un peso mayor de 500 g o con más de 20 semanas de edad gestacional. (90)
- **Embarazo Múltiple:** Desarrollo simultáneo de dos o más fetos, procedentes de uno o más óvulos, lo que puede ocurrir dentro del útero o menos frecuente fuera de él. (90)
- **Diabetes Mellitus:** Enfermedad metabólica crónica caracterizada por déficit de insulina circulante, lo que impide la utilización de la glucosa a nivel periférico, provocando la hiperglicemia, glucosuria, cetoacidosis. (90)
- **Corticoides:** Medicamentos útiles en fetos de 24–34 semanas, para acelerar la maduración pulmonar y evitar riesgo de enfermedad de la membrana hialina. (90)

- **Trabajo de Parto Pretérmino:** Actividad uterina dolorosa, repetitiva, regular y persistente que origina cambios progresivos en el cuello uterino que permiten el nacimiento del bebé entre las 20 y 37 semanas de gestación. (42)
- **Test de Aminas:** El exudado vaginal se mezcla con una disolución de hidróxido de potasio (KOH). La prueba es positiva cuando la mezcla produce mal olor (pescado). En el caso de una infección por candidiasis esta prueba es negativa. (42)
- **Tocolítico:** Medicamento que se usan para desacelerar las contracciones del útero. (32)
- **Fibronectina:** Proteína que contribuye a que el saco amniótico permanezca conectado a la parte interior del útero. (32)
- **Prematuro:** Es bebe que nació después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer. (26).
- **Cumplimiento:** Según la definición de la Real Academia Española, el significado de ésta palabra refiere a la acción y efecto de cumplir o cumplirse. Dicho concepto hace referencia a la ejecución de alguna acción, promesa o la provisión de aquello que falta, hacer algo que se debe en los plazos de tiempo estipulados. Cumplir con diferentes actividades, es una cuestión que se encuentra presente en casi todos los órdenes de la vida, en el laboral, en el personal, en el social, en lo político, en el mundo de los negocios, entre otros, porque siempre, independientemente de sujetos, objetos y circunstancias, aparecerá este tema.

CAPÍTULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CUADRO N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

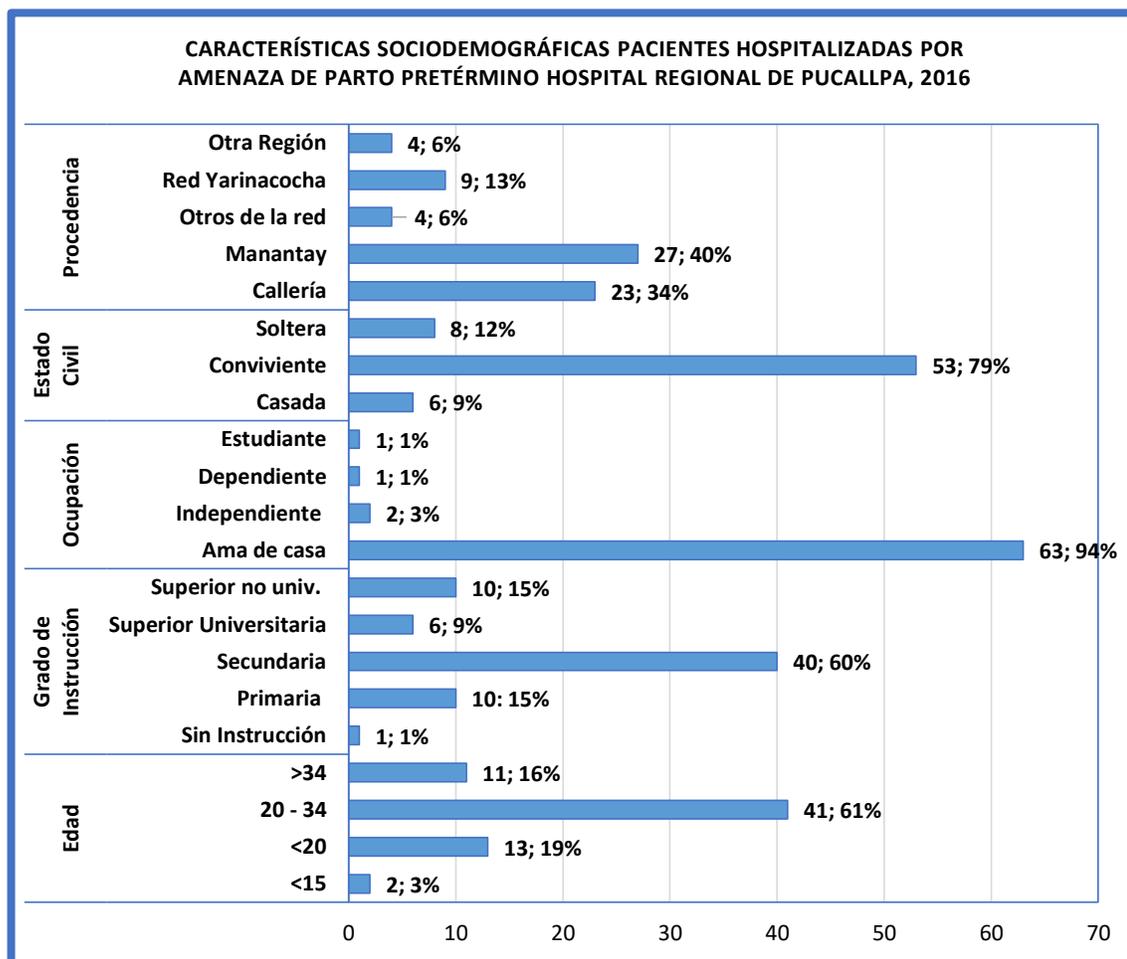
Características Sociodemográficas	N°	% n=67
Edad		
<15	2	3
<20	13	19
20 – 34	41	61
>34	11	16
Grado de Instrucción		
Sin Instrucción	1	1
Primaria	10	15
Secundaria	40	60
Superior Universitaria	6	9
Superior No Universitaria	10	15
Ocupación		
Ama de casa	63	94
Independiente	2	3
Dependiente	1	1
Estudiante	1	1
Estado civil		
Casada	6	9
Conviviente	53	79
Soltera	8	12
Procedencia		
Callería	23	34
Manantay	27	40
Otros de la red	4	6
Red Yarinacocha	9	13
Otra Región	4	6

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 61% de las gestantes de la muestra de estudio tienen entre 20 y 34 años de edad, el 23% corresponde a pacientes adolescentes. El 60% posee grado de instrucción secundaria. El 94% refiere ser ama de casa, el 79% mantiene estado de conviviente. El 74% proceden de los Distritos de Callería y Manantay, cercanos al Hospital Regional de Pucallpa.

La investigación de **Nidia córdoba (2012)** muestra que un 62% de las gestantes con APP tienen entre 20 y 34 años de edad. El 58.1% posee baja escolaridad. 64.8% proceden de zonas rurales.

GRÁFICO N° 01



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 02 – I

CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

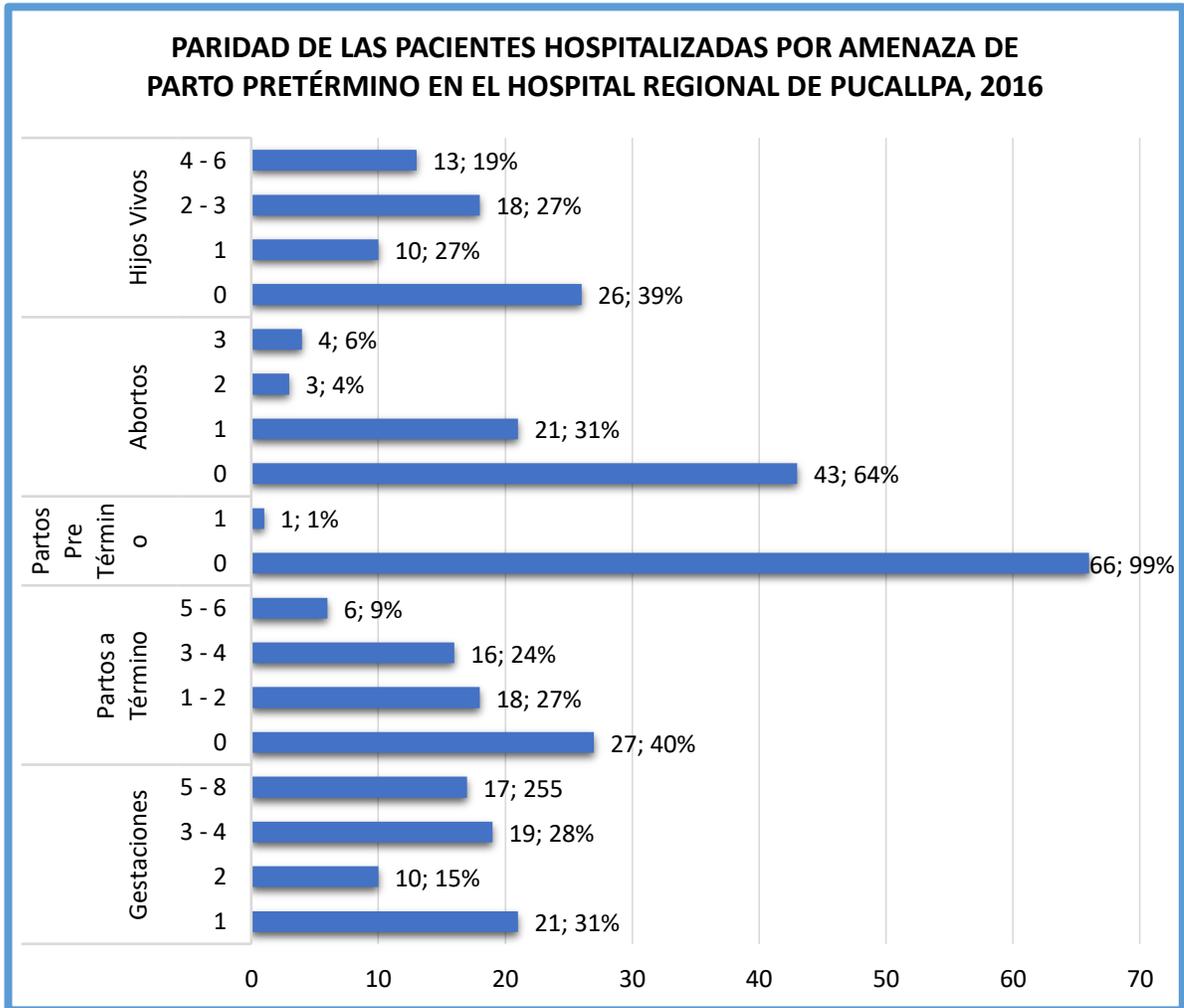
Paridad	N°	% n=67
Gestaciones		
1	21	31
2	10	15
3 - 4	19	28
5 - 8	17	25
Partos a término		
0	27	40
1 - 2	18	27
3 - 4	16	24
5 - 8	6	9
Partos pretérmino		
0	66	99
1	1	1
Abortos		
0	43	64
1	21	31
2	3	4
3	4	6
Hijos Vivos		
0	26	39
1	10	15
2 - 3	18	27
4 - 6	13	19

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El presente cuadro sobre Paridad de las pacientes del estudio, describe que el 31% de las pacientes son primigestas, junto a las pacientes segundigestas el 46% se encuentran gestando por primera o segunda vez, mientras que el 53% de las pacientes de la muestra de estudio se encuentran entre su tercera u octava gestación. El 40% de las pacientes refieren que no han tenido parto a término donde se incluye la respuesta de las primigestas. El 99% refiere que no ha tenido partos pretérmino. El 64% refiere que no ha tenido ningún aborto, el 31% refiere que ha tenido al menos un aborto. El 39% refiere que no tiene ningún hijo vivo, en este grupo se encuentran las primigestas.

Según el estudio de **Roque Barreda (2013)**, el 52% de los casos de gestantes con APP son primigestas, bigestas (42%) y multigesta (6%).

GRÁFICO N° 02



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 02 – II

CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

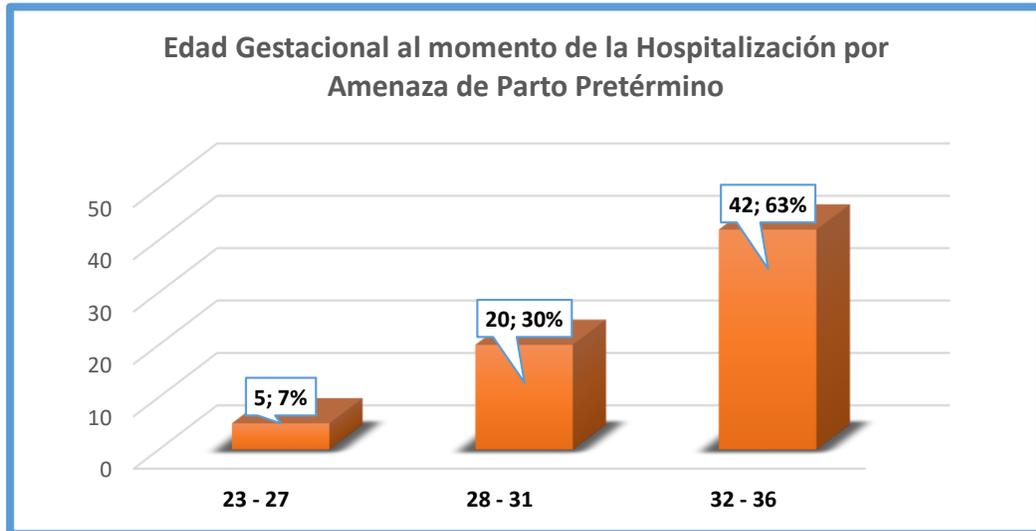
Características Gineco obstétricas	N°	% n=67
Edad gestacional		
23 - 27	5	7
28 - 31	20	30
32 - 36	42	63
Altura uterina		
19 - 25	6	9
26 - 31	55	82
32 - 34	6	9
Trabajo de parto al ingreso		
No	59	88
Fase latente	8	12

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 63% de las pacientes del estudio tenía entre 32 y 36 semanas al momento de la hospitalización, que significa también considerar una prematuridad leve en los productos gestacionales, el 30% que se encontró entre las 28 y las 31 semanas podrían haberse considerado con una prematuridad moderada, y el 7% que tenía entre 23 y 27 semanas con una prematuridad severa. Entre los 6 casos de 32 a 34 cm de altura se encuentran un embarazo gemelar y 2 polihidramnios. El 88% de los casos no ingresaron con trabajo de parto, pues no tenían modificaciones de cuello uterino, y un 12% tenía contracciones regulares y acortamiento de cuello uterino.

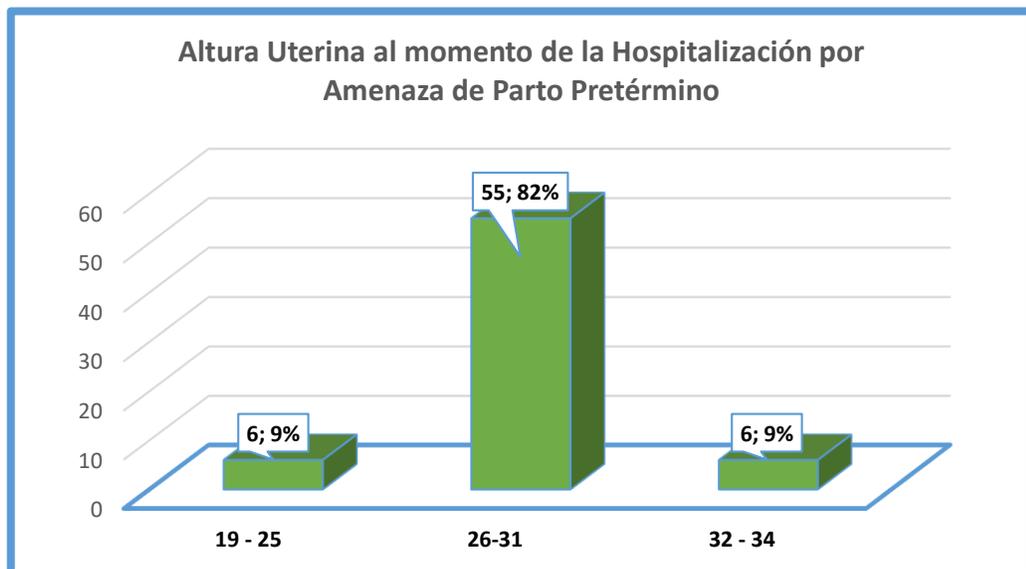
Según el estudio de **Nidia cordoba (2012)**, muestra que el 91% de gestantes con amenaza de trabajo de parto pretérmino comprende entre las 28 a 36 semanas

GRÁFICO N° 03



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

GRÁFICO N° 04



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 02 - III

CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Características gineco obstétricas	N°	%
Integridad de membranas ovulares n=67		
Integras	62	93
Rotas	5	7
Tiempo de RPM al ingreso n=5		
2 Hrs	1	1
3 Hrs	1	1
4 Hrs	1	1
7 Hrs	1	1
> 24 Hrs	1	1
Frecuencia cardiaca fetal n=67		
Presente	67	100
Movimientos fetales n=67		
Presentes	67	100

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 93% de las pacientes ingresó con las membranas amnióticas integra, sólo que un 7% que equivale a 5 casos ingresaron con ruptura prematura de membranas, diagnóstico en paralelo a la amenaza de parto pretérmino, una de ellas tenía más de un día perdiendo líquido. Todos los productos gestacionales presentaron frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales registrados en la Historia Clínica.

Según el estudio de **Nidia córdoba (2012)**, muestra que el 4.8% de las gestantes con ATPP presento ruptura prematura de membranas.

CUADRO N° 02 - IV

CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Dinámica uterina	N°	% n=67
Contracciones uterinas/10 min		
0	30	45
1	14	21
2	21	31
3	2	3
Intensidad de contracciones		
No aplica	30	45
(+)	15	22
(++)	22	33
Duración de las contracciones (Seg)		
Leves y esporádicas	30	45
15	13	19
20	17	25
25	1	1
30	3	4
35 Seg	2	3
40 Seg	1	1

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 45% de las pacientes no contaban con contracciones uterinas al ingreso, y el 55% tenían de 1 a 3 contracciones en 10 minutos, de (+) a (++) de intensidad y entre 15 a 20 segundos la mayoría de ellas.

CUADRO N° 03 – I

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

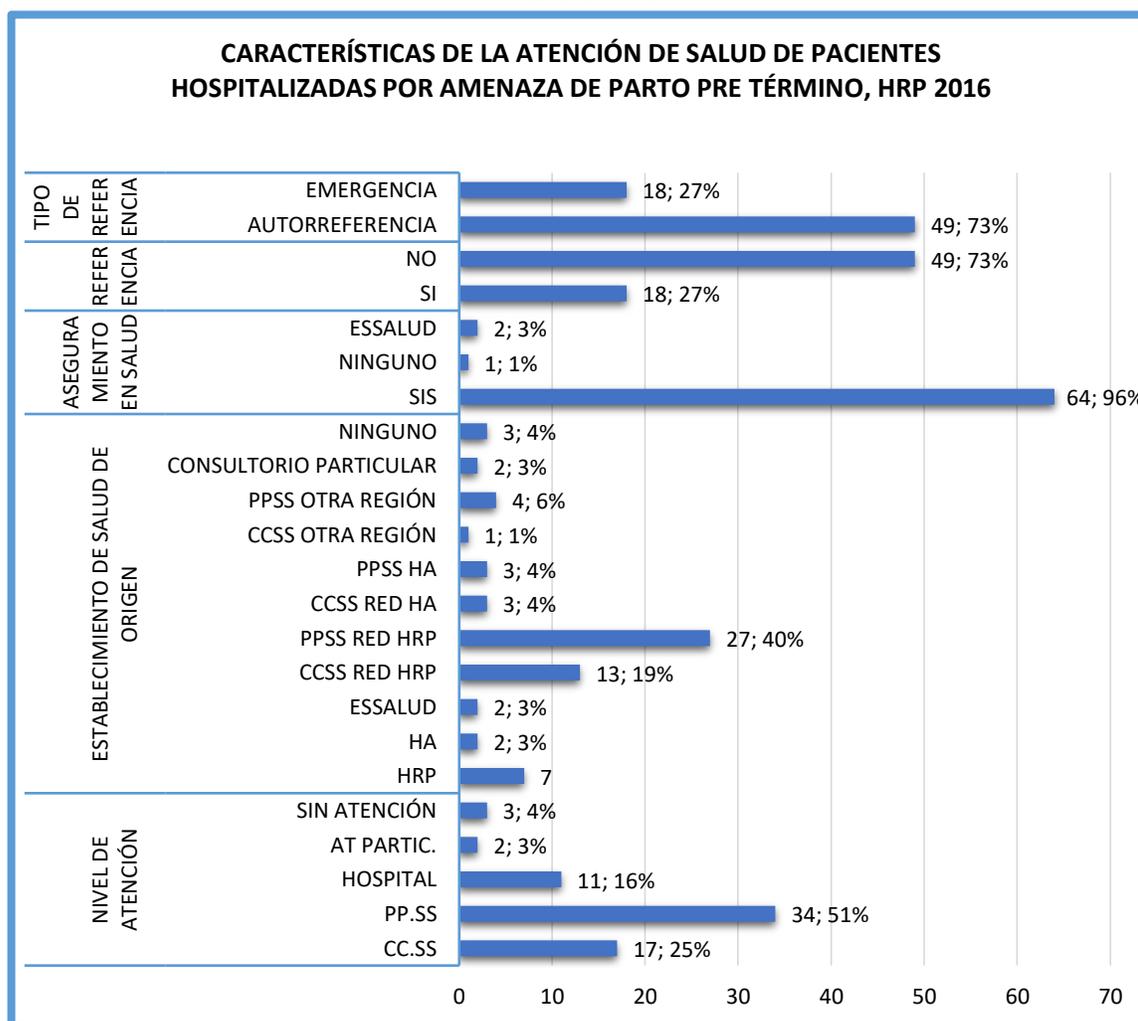
Datos de la atención de salud	N°	% n=67
Nivel de Atención		
Centro de Salud	17	25
Puesto de Salud	34	51
Hospital	11	16
Atención Particular	2	3
Sin atención pre natal	3	4
Establecimiento de Origen		
Hospital Regional de Pucallpa (HRP)	7	10
Hospital Amazónico (HA)	2	3
Hospital ESSALUD	2	3
Centros de Salud de la Red HRP	13	19
Puestos de Salud de la Red HRP	27	40
Centros de Salud de la Red HA	3	4
Puestos de Salud de la Red HA	3	4
Centros de Salud de otra Región	1	1
Puestos de Salud de otra Región	4	6
Consultorio Particular	2	3
Ninguno	3	4
Aseguramiento en salud		
Seguro Integral de Salud	64	96
EsSalud	2	3
Ningún Seguro	1	1
Referencia		
Si	18	27
No	49	73
Tipo de Referencia		
Autorreferencia	49	73
Emergencia	18	27

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 76% de las pacientes procede del nivel I de atención y específicamente el 50% procede del nivel I-1 que corresponde a los puestos de salud FONP, tratándose de la mitad de la muestra de estudio. Así también considerando el total de procedencia el 40% de estos puestos son de la Red Referencial del Hospital Regional de Pucallpa y sólo un 27% del total acudió con referencia a la emergencia del Hospital. Los datos de la atención de salud son de gran importancia puesto que el 96% de las pacientes del estudio cuentan con

seguro integral de salud, lo que significa que las pacientes son adscritas a los establecimientos de la red referencial donde se debe detectar y controlar situaciones que podrían afectar a la gestación y que trae como consecuencia la amenaza de parto pretérmino y aplicar tratamiento oportuno o referirlas hacia el hospital.

GRÁFICO N° 05



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 03 – II

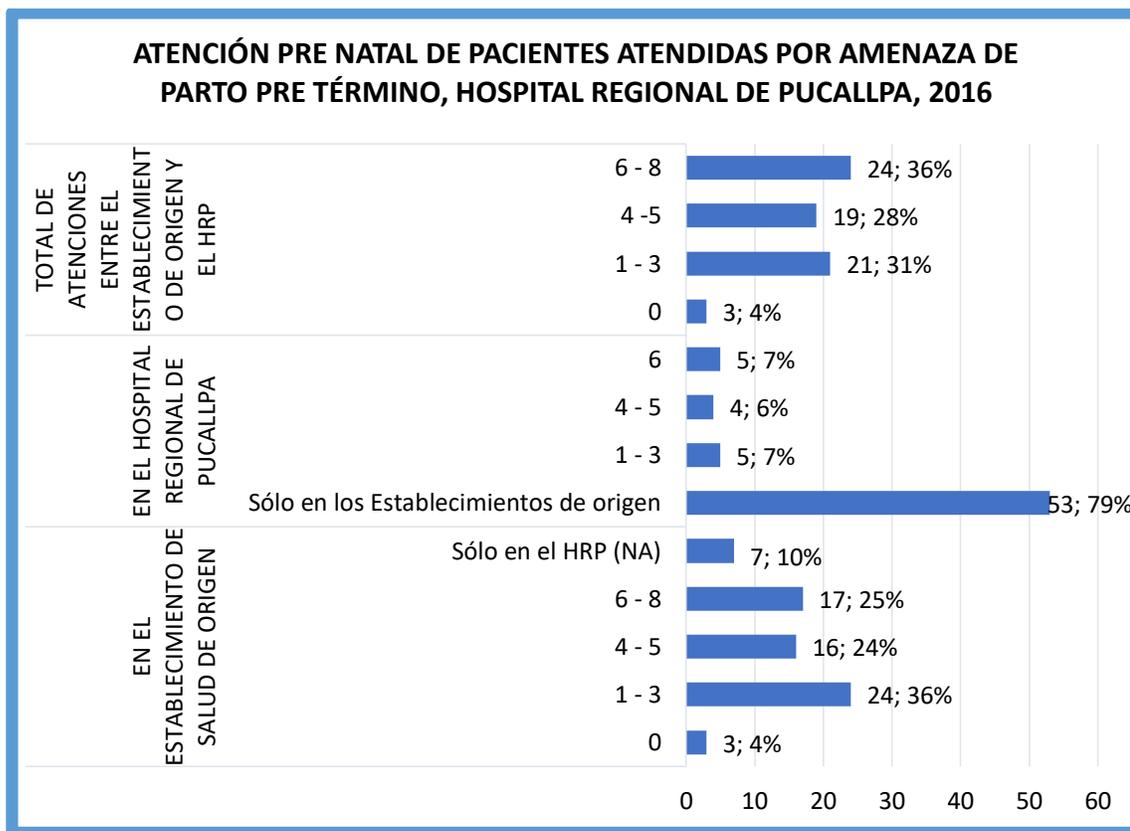
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Atención prenatal	N°	%
En el establecimiento de Salud de Origen n=67		
0	3	4
1 - 3	24	36
4 - 5	16	24
6 - 8	17	25
Sólo en el HRP	7	11
En el Hospital Regional de Pucallpa n=67		
Sólo en los Est. de Origen	53	79
1 - 3	5	7
4 - 5	4	6
6	5	7
Total de atenciones entre el establecimiento de origen y el HRP n=67		
0	3	4
1 - 3	21	31
4 - 5	19	28
6 - 8	24	36

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El presente cuadro muestra el número de atenciones prenatales que las pacientes cumplieron desde el establecimiento de origen, se observa que el 25% de ellas habían recibido en su establecimiento entre 6 a 8 atenciones, también se describe que sólo un 7% completaron el número de 6 atenciones en el Hospital Regional de Pucallpa, pero al tratarse de pacientes pretérmino se estaría justificando que un 59% aun no haya cumplido con el número adecuado de atenciones prenatales.

GRÁFICO N° 06



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

TABLA N° 01
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN PACIENTES
HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

DIAGNÓSTICOS ADICIONALES	N°	%
Ninguno	5	7
Infección del Tracto Urinario	38	57
Pielonefritis	10	15
Anemia Leve	4	6
RPM	4	6
Preeclampsia Leve	3	4
Preeclampsia Severa	3	4
Diabetes Mellitus	3	4
Oligoamnios Severo	2	3
Oligoamnios Leve	2	3
Polihidramnios	2	3
Hemorragia de 2da mitad del Embarazo	2	3
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	2	3
Condilomatosis	2	3
RPM prolongado	1	1
Placenta Previa	1	1
Embarazo Gemelar	1	1
Sufrimiento Fetal Agudo	1	1
Vaginosis Bacteriana	1	1
Presentación Podálica	1	1
Otros (API, EDA, PIC, gest. Adol., desh., litiasis vesic. Bronquitis, dc RPM, sin APN., sind febril, intx. Alim.)	11	16
	99	93

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 93% de los casos presentó patología en paralelo al Diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, el 57% presentó Infección del Tracto Urinario, además de un 15% que presentó Pielonefritis, lo que significa que un 72% tiene ITU como patología frecuente para la amenaza de parto pretérmino. Para el caso de otros procesos infecciosos como las infecciones de transmisión sexual, sólo se observaron 2 casos de Condilomatosis y un caso de vaginosis bacteriana. También se observaron 4 casos de RPM y un caso de RPM prolongado, significando un 7%. Existen 5 casos (7%) que no presentan un diagnóstico adicional a Amenaza de Parto Pretérmino.

Según el estudio de **Cisneros Morales (2014)**, muestra que la patología predominante son las infecciones urinarias con un 73% de los casos en gestantes con ATPP.

TABLA N° 02

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Antecedentes patológicos	N°	% n=67
Primer antecedente		
Ninguno	31	46
Anemia leve	7	10
Embarazo Adolescente	4	6
Cesareada anterior	2	3
Condilomatosis	2	3
Diabetes mellitus	1	1
Infección del tracto urinario	20	30
Segundo antecedente		
Ninguno	60	90
Anemia leve	5	7
Parto prematuro	1	1
Infección del tracto urinario	1	1
Tercer antecedente		
Ninguno	66	99
Infección del tracto urinario	1	1

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 46% de las pacientes no tiene antecedente patológico, pero cabe resaltar que un 30% tenía antecedente de infección del tracto urinario. El 90% de los casos no tenía un segundo antecedente y finalmente se puede percibir que la tercera parte de la muestra ya tenía infección del tracto urinario como antecedente.

Según el estudio de **Cisneros Morales (2014)**, muestra que el 66% de las gestantes con ATPP ya tenían antecedentes de infección urinaria.

CUADRO N° 04 - I

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Tratamiento Farmacológico	N°	%
Cloruro de Sodio		
Establecimiento de origen	13	19
Emergencia del HRP	54	81
Tocolíticos		
Nifedipino		
Si	45	68
No	11	16
NA	11	16
Sulfato de Magnesio		
Si	13	19
No	54	81
Indometacina	0	0
Isoxuprina	0	0
Inició Tocólisis		
Establecimiento de origen	2	3
Emergencia del HRP	45	66
Efecto Secundario de Tocolíticos	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: Un 19% de las pacientes que acudió al hospital con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino, ya contaba con una vía permeable con Cloruro de Sodio. La vía permeable se mantenía junto al 81% que inició tratamiento en la emergencia del Hospital Regional de Pucallpa. El 68% de los casos recibió Nifedipino, un 16% no ameritaba Nifedipino, según los datos en la historia clínica. Así mismo un 19% recibió sulfato de magnesio que según la guía clínica también está indicado. Y para el caso de Indometacina e Isoxuprina, no se usan estos medicamentos en forma rutinaria en el Hospital. La aplicación de tocólisis se inició en un 66% en emergencia del Hospital Regional de Pucallpa. No se presentó ningún efecto secundario en los casos en los que se aplicó.

Según el estudio de **Pedro de la fuente (2017)**. Muestra que el tocolítico menos empleado en los hospitales españoles es el nifedipino con un 4.9 %, siendo el más empleado el atosiban con un 73,7%. Pero para **Córdova Bermúdez (2012 - 2013)**, en su estudio sobre el efecto del nifedipino, el nifedipino es una buena opción como tocolítico, obteniendo el 92% de respuesta satisfactoria al manejo de la ATPP. Mientras que **Claudia Medina (2014)**, muestra que en 2 grupos equitativos tratados con nifedipino y sulfato de magnesio (113 - 113), el nifedipino presentó menos efectos colaterales a comparación del sulfato de magnesio (1-2 / 2-4) casos respectivamente.

CUADRO N° 04 - II

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

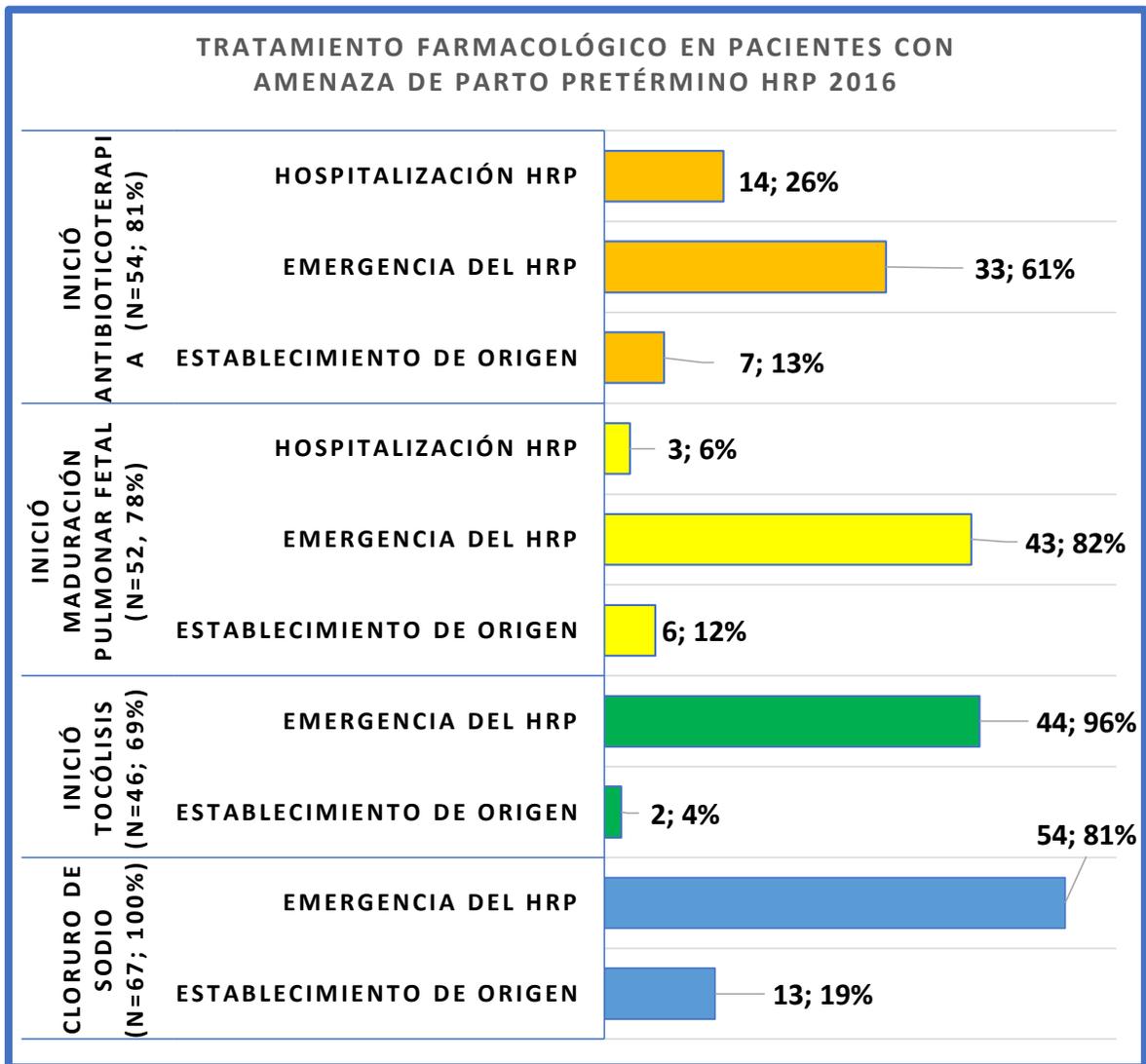
Tratamiento Farmacológico	N°	%
Maduración Pulmonar Fetal		
Betametasona	52	78
Dexametasona	4	6
Inició maduración pulmonar fetal		
Establecimiento de origen	6	9
Emergencia del HRP	43	64
Hospitalización HRP	3	4
Antibióticoterapia		
Si	54	81
No	13	19
Inició Antibióticoterapia		
Establecimiento de origen	7	11
Emergencia del HRP	33	49
Hospitalización HRP	14	21

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 78% de los casos recibió corticoide para maduración pulmonar fetal, un 6% de casos recibió dexametasona que se encuentra dentro del 78%. El 9% de las pacientes del estudio, inició este tratamiento en el establecimiento de salud de origen, el 68% del total de pacientes del estudio lo recibió entre el servicio de emergencia y hospitalización del Hospital Regional de Pucallpa. El 81% de las pacientes recibió antibioticoterapia según los procesos etiológicos e infecciosos que traen como consecuencia la amenaza de parto pretérmino, el 70% de los casos cumplió este tratamiento en el Hospital Regional de Pucallpa.

Según el estudio de **Pedro de la fuente (2017)**. Muestra que los hospitales españoles emplean en su mayoría con un 92,7% el uso de la betametasona y un 7,3% restante la dexametasona.

GRÁFICO N° 07



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

TABLA N° 03

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

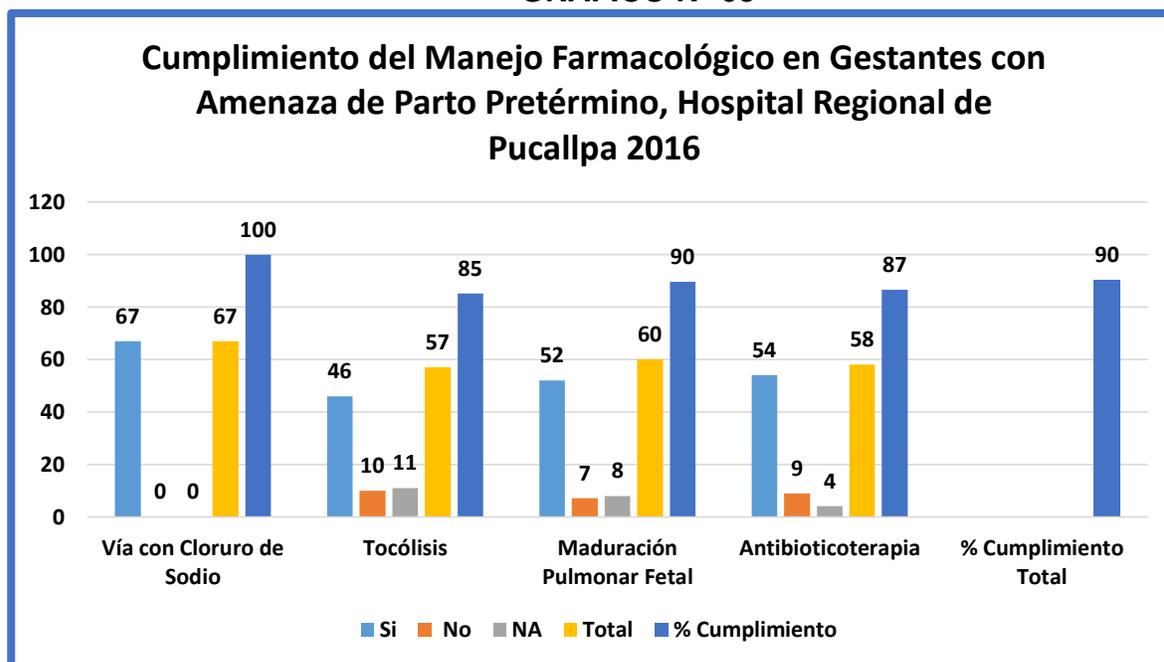
Tratamiento	Si	No	NA	Total	% Cumplimiento
Vía con Cloruro de Sodio	67	0	0	67	100
Tocólisis	46	10	11	57	85
Mduración Pulmonar Fetal	52	7	8	60	90
Antibioticoterapia	54	9	4	58	87
% Cumplimiento Total					90

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El tratamiento farmacológico según la guía de atención y la información existente en las historias clínicas se dio en el 90% de las pacientes, entre Tocólisis, maduración pulmonar fetal y antibióticos, además de la vía endovenosa.

Según el estudio de **Roque Barreda (2013)**, muestra que el cumplimiento del tratamiento fue buen en el 38% de los casos y regular en el 60%.

GRÁFICO N° 08



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 05 - I

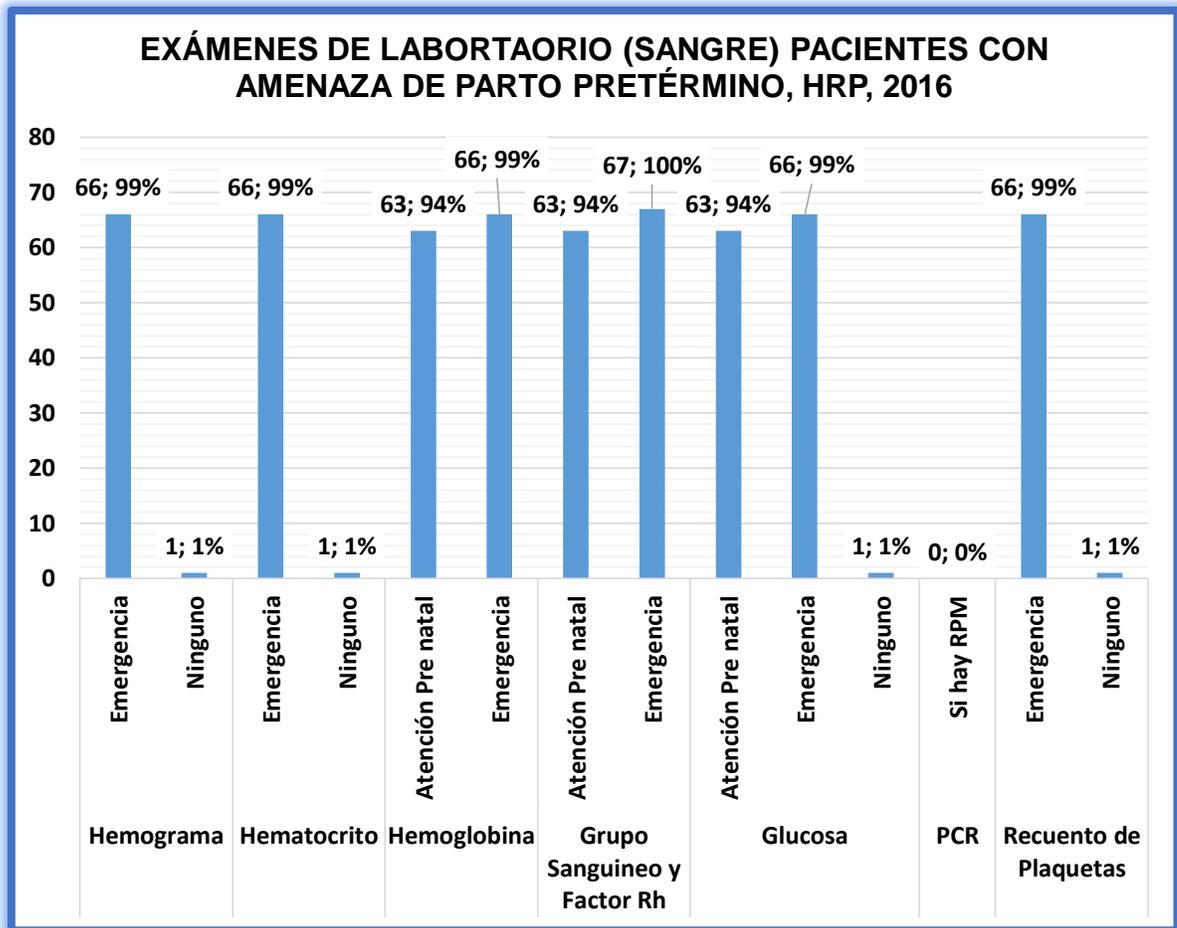
EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO (SANGRE) EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Exámenes de Laboratorio		N°	% n=67
Hemograma	Emergencia	66	99
	Ninguno	1	1
Hematocrito	Emergencia	66	99
	Ninguno	1	1
Hemoglobina	Atención Pre natal	63	94
	Emergencia	66	99
Grupo Sanguíneo y Factor Rh	Atención Pre natal	63	94
	Emergencia	67	100
Glucosa	Atención Pre natal	63	94
	Emergencia	66	99
	Ninguno	1	1
PCR	Si hay RPM	0	0
Recuento de Plaquetas	Emergencia	65	97
	Ninguno	2	3

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: Exámenes de laboratorio en sangre, como Hemograma, hematocrito, hemoglobina, Grupo Sanguíneo y Factor Rh, Glucosa se realizaron en el 99% de las pacientes del estudio, en la atención de emergencia, así también se cumplieron desde la atención prenatal para el caso de la hemoglobina y el Grupo sanguíneo, Factor Rh. El recuento de plaquetas se dio en el 97% de los casos como parte de los exámenes rutinarios desde el ingreso por emergencia. El examen de PCR no se tomó en ninguno de los casos de RPM.

GRÁFICO N° 09



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 05 - II

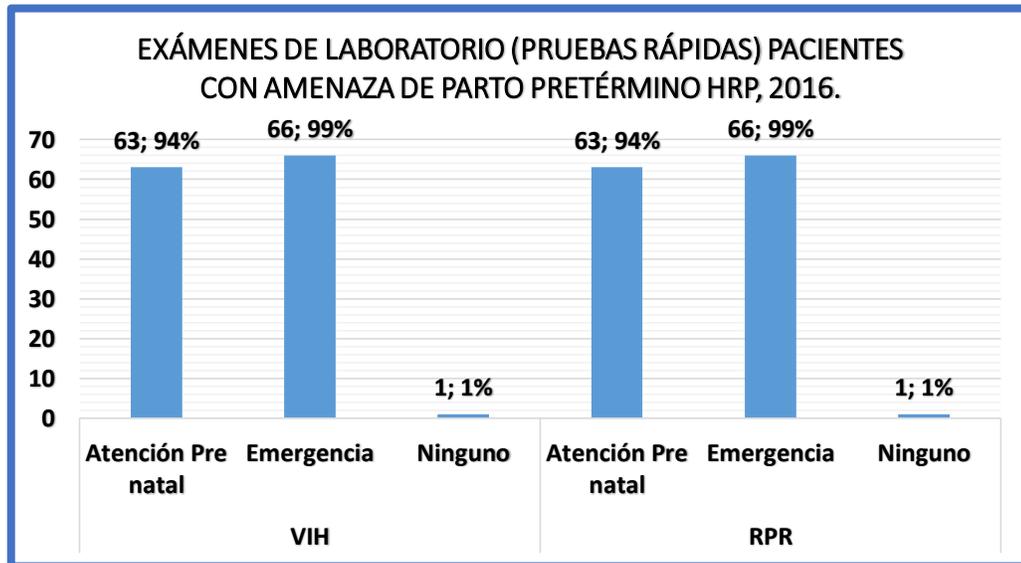
EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO (PRUEBAS RÁPIDAS) EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Exámenes de Laboratorio	N°	% n=67
VIH		
Atención Pre natal	63	94
Emergencia	66	99
Ninguno	1	1
RPR		
Atención Pre natal	63	94
Emergencia	66	99
Ninguno	1	1

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: Al 94% de las pacientes se le realizó la prueba de VIH en la atención Prenatal, al 99% de los casos se le realizó la prueba de VIH al ingreso por emergencia, un 1% de los casos no cuenta con resultado de VIH en la Historia Clínica. Del mismo modo se dieron los casos de exámenes de RPR.

GRÁFICO N° 10



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 05 - III

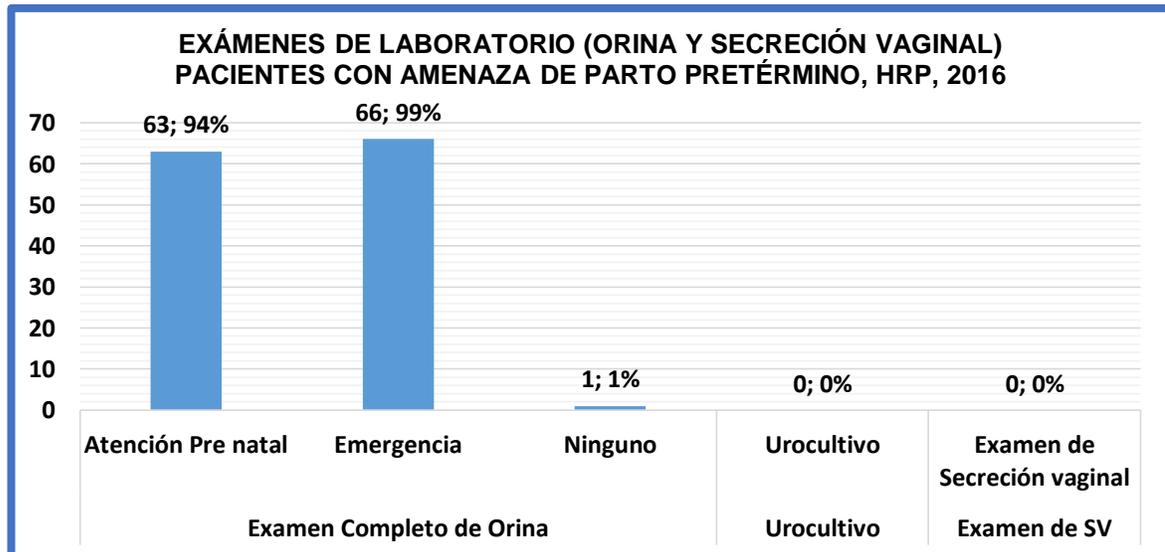
**EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO (ORINA Y SECRECIÓN VAGINAL)
EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016**

Exámenes de Laboratorio	N°	% n=67
Examen Completo de Orina		
Atención Pre natal	63	94
Emergencia	66	99
Ninguno	1	1
Urocultivo	0	0
Examen de Secreción vaginal	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 99% de las pacientes contó con examen completo de orina, pero no se encontró ningún resultado de Urocultivo. Así también, no se encontró ningún resultado de examen de Secreción Vaginal, a pesar de que para el caso del Urocultivo se encuentra la indicación de dicho examen desde la nota de emergencia, según los resultados de examen completo de orina.

GRÁFICO N° 11



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 05 - IV

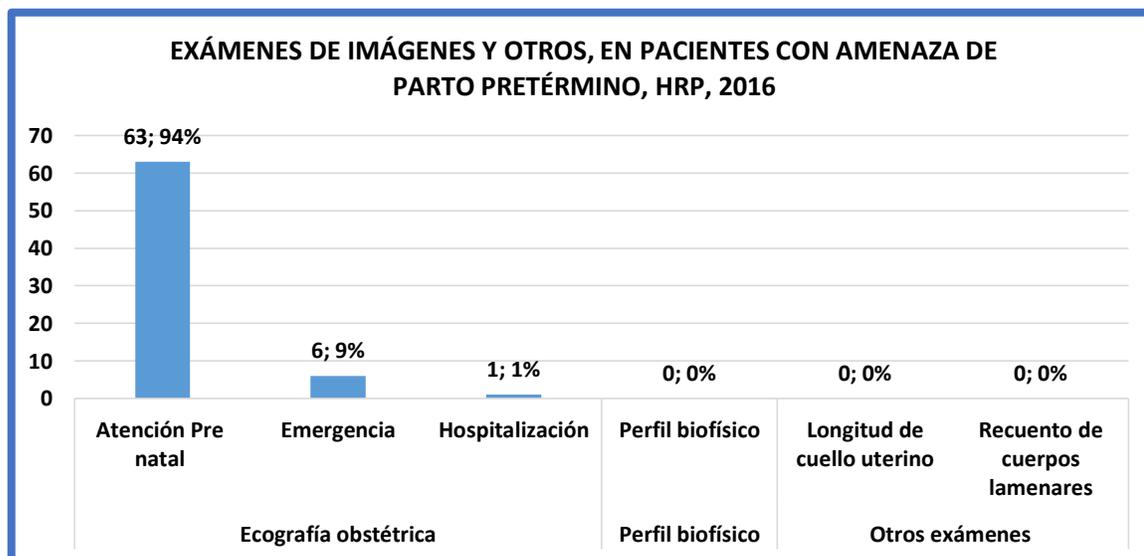
EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Exámenes de Imágenes	N°	% n=67
Ecografía Obstétrica		
Atención Pre natal	63	94
Emergencia	6	9
Hospitalización	1	1
Perfil biofísico (62 de 67)	0	0
Longitud de cuello uterino	0	0
Recuento de cuerpos laminares	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: Todas las pacientes de la muestra de estudio, tuvieron examen de ecografía obstétrica, el 94% de los casos tuvo su examen en la atención prenatal. Un 9% tuvo además el examen en emergencia y a una paciente se le realizó el examen en hospitalización. Ninguna de las 62 pacientes de la muestra de estudio que podría contar con perfil biofísico, cuenta con dicho examen, 5 de los casos tiene menos de 28 semanas y no aplicaría dicho examen. La evaluación de la longitud de cuello uterino, no es un examen frecuente en el Hospital, así mismo el Recuento de cuerpos laminares.

GRÁFICO N° 12



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CUADRO N° 05 - V

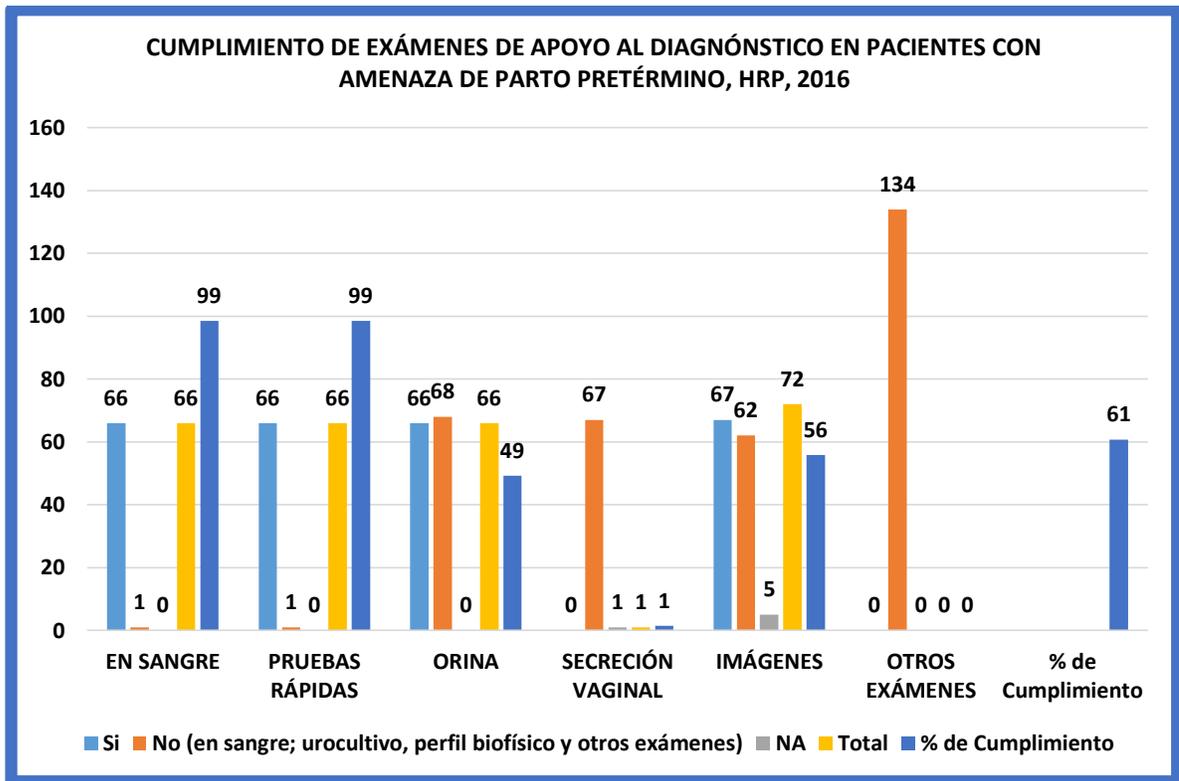
CUMPLIMIENTO DE LOS EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Exámenes de Apoyo al Diagnóstico	Si	No (en sangre; Urocultivo, perfil biofísico y otros exámenes)	NA	Total	% de Cumplimiento
En Sangre	66	1	0	66	99
Pruebas Rápidas	66	1	0	66	99
Orina	66	68	0	66	49
Secreción Vaginal	0	67	1	1	1
Imágenes	67	62	5	72	56
Otros Exámenes	0	134	0	0	0 (no se realizan en forma rutinaria en el Hospital)
% De Cumplimiento					61

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: Los exámenes en sangre, tanto hemograma, hematocrito, hemoglobina, como pruebas rápidas de VIH y RPR, se han cumplido en 99%, entre la atención prenatal y la atención de emergencia de las pacientes incluso los casos que no han tenido atención prenatal. Se evidencia el caso de una paciente que no cuenta con resultados en su historia clínica. El examen completo de orina ECO también se cumplió en un 99%, pero al no encontrarse el resultado de urocultivo en las historias clínicas, aparte de la indicación, se tiene un cumplimiento de 49%. En cuanto a los exámenes de imágenes, en lo que concierne a Ecografías obstétricas, se han cumplido en su totalidad (100%), entre la atención prenatal y la emergencia, sin embargo, según el criterio médico, no se encontró la indicación del perfil biofísico en ningún caso, incluso excluyendo los casos en los que no aplica el examen, por lo que se tiene un cumplimiento de 52%. Los exámenes de Longitud de cuello uterino y de recuento de cuerpos laminares, que se encuentran establecidos en la guía clínica, son exámenes que no se han establecido en el Hospital como exámenes de rutina, por lo que no se los ha considerado en el porcentaje de cumplimiento de exámenes de apoyo al diagnóstico, teniendo finalmente un cumplimiento de 61%.

GRÁFICO N° 13



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

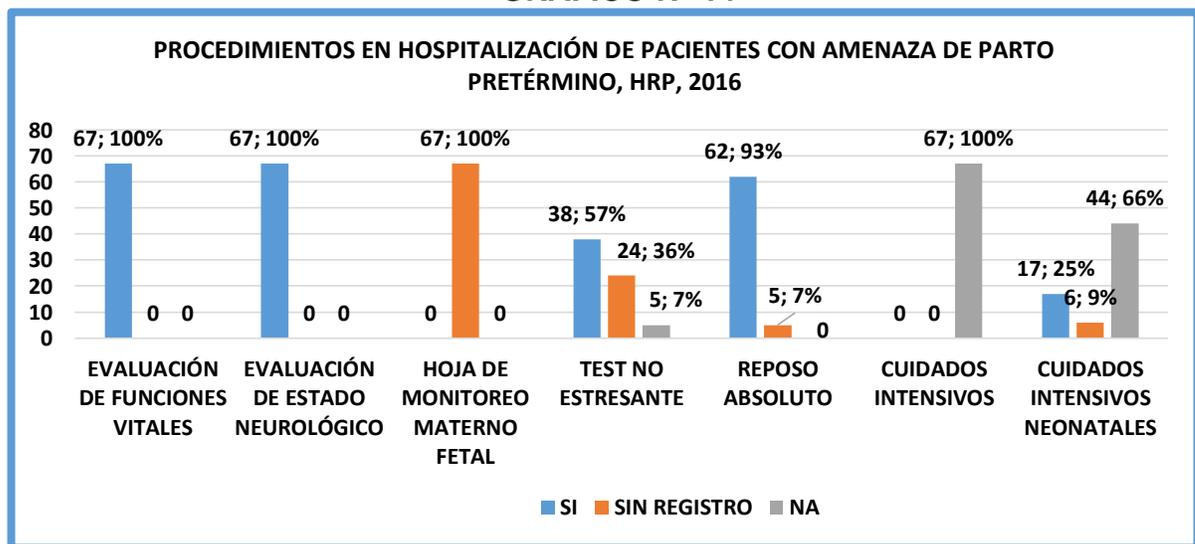
TABLA N° 04
PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, HRP, 2016

PROCEDIMIENTOS	SI	%	Sin Registro	%	NA	%
Evaluación de Funciones Vitales	67	100	0	0	0	0
Evaluación de Estado Neurológico	67	100	0	0	0	0
Hoja de Monitoreo Materno Fetal	0	0	67	100	0	0
Test No Estresante (NST)	38	57	24	36	5	7
Reposo Absoluto (DLI)	62	93	5	7	0	0
Cuidados Intensivos	0	0	0	0	67	100
Cuidados Intensivos Neonatales	17	25	0	9	50	66

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: En la evaluación de procedimientos se observa que en todos los casos se ha controlado las funciones vitales de las pacientes y se evaluó también el estado neurológico de las pacientes, haciendo un registro además del estado de lucidez y de lo que la paciente refiere. No se encontró la hoja de monitoreo materno fetal que describe a simple vista y en forma panorámica las funciones vitales maternas y fetales, a pesar de que se encuentra la indicación. El 57% de las pacientes cuentan con un trazado de test no estresante, el 36% no cuenta con el registro del test en la historia clínica, se tiene en cuenta que 5 de los casos no ameritan por tener menos de 28 semanas. El 93% de los casos cuenta con indicación de reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo, un 7% no cuenta con el registro de la indicación. Ninguno de los casos ha requerido cuidados intensivos maternos. El 25% de los recién nacidos ha requerido cuidados intensivos neonatales, existieron 6 casos que han requerido de hospitalización, y no aplica para el 66% de los casos ya que las madres fueron dadas de alta aun gestando.

GRÁFICO N° 14



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

TABLA N° 05

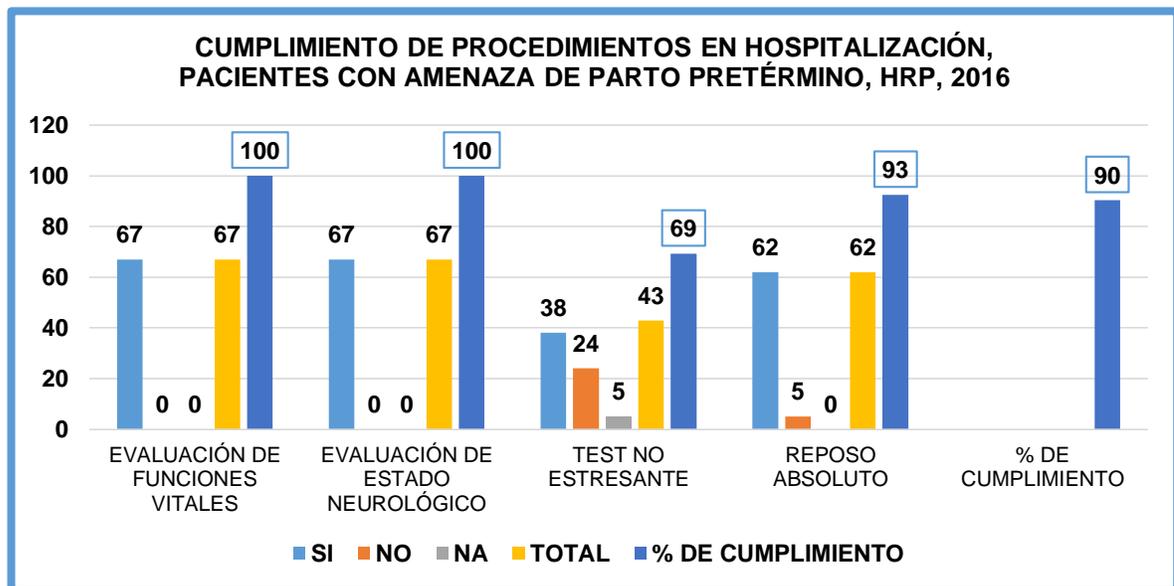
CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, HRP, 2016.

PROCEDIMIENTOS	SI	NO	NA	TOTAL	% de Cumplimiento
Evaluación de Funciones Vitales	67	0	0	67	100
Evaluación de Estado Neurológico	67	0	0	67	100
Hoja de Monitoreo Materno Fetal	0	67	0	0	NA
Test No Estresante (NST)	38	24	5	43	69
Reposo Absoluto (DLI)	62	5	0	62	93
Cuidados Intensivos	0	67	67	0	NA
Cuidados Intensivos Neonatales	17	6	44	17	NA
Atención de Parto	23	44	0	23	NA
Episiotomía si se desencadena el Parto.	1	6	60	1	NA
% de Cumplimiento					90

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: Los procedimientos en las pacientes del estudio, tuvieron un cumplimiento de 90%. Este resultado ha sido evaluado con respecto a los procedimientos frecuentes que se realizan de todos modos, sin ninguna razón para no cumplirse, como son, Evaluación de Funciones Vitales, Evaluación del estado Neurológico, Test No Estresante y el Reposo Absoluto en decúbito lateral izquierdo. El Monitoreo materno fetal se realiza con el control de funciones vitales registrados en la hoja de evolución. Los Cuidados Intensivos para la madre o el recién nacido son cuidados que se brindan en el caso de presentarse complicaciones, si se desencadena el parto, así también la atención del parto y la episiotomía, por lo tanto, no aplican en el conteo total de cumplimiento.

GRÁFICO N° 16



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

TABLA N° 06

CUMPLIMIENTO DEL MANEJO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016.

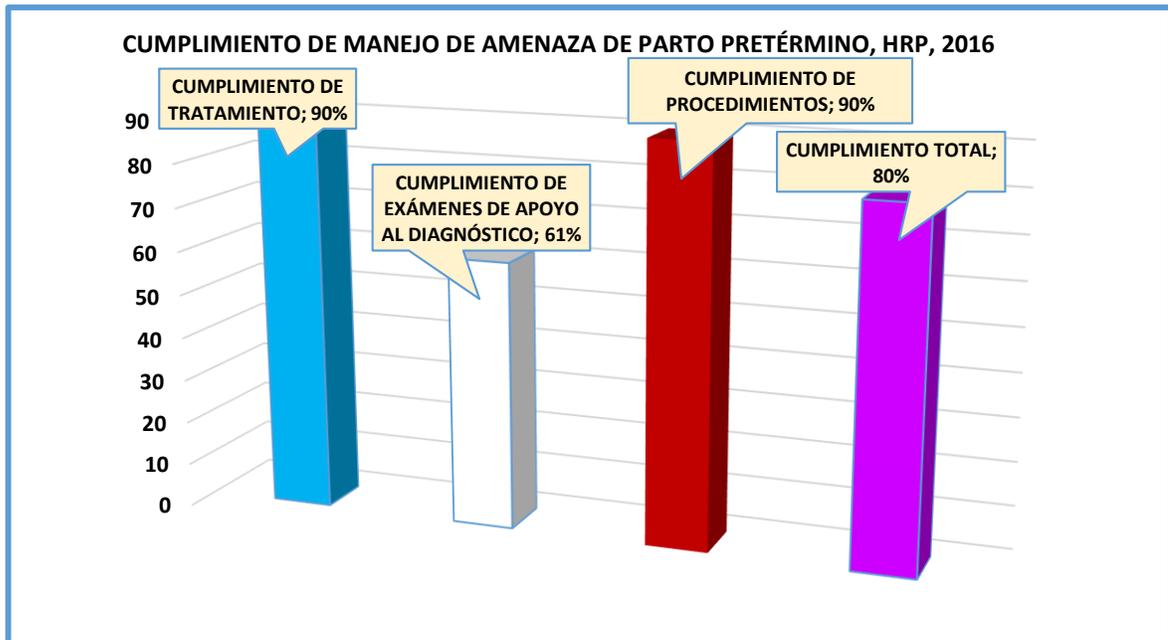
Cumplimiento de Manejo de Amenaza de Parto Pretérmino	%
Cumplimiento de Tratamiento Farmacológico	90
Cumplimiento de Exámenes de Apoyo al Diagnóstico	61
Cumplimiento de Procedimientos	90
Cumplimiento Total	80

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El cumplimiento del manejo de los casos con amenaza de parto pretérmino se dio en un 80%, lo que significa un manejo óptimo y aprovechamiento de los recursos mínimos existentes en el hospital, quedando pendiente un 20% en lo que más se refiere a exámenes de apoyo al diagnóstico con Urocultivo y examen de secreción vaginal.

Según el estudio de **Roque Barreda (2013)**. El cumplimiento del Protocolo de manejo de alto riesgo obstétrico en Amenaza de Parto Pretérmino, valorado según el diagnóstico y el tratamiento es en la mayoría de los casos considerado como buena o aceptable

GRÁFICO N° 17



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

TABLA N° 07

COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA, PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, HRP, 2016

COMPLICACIONES MATERNAS	FRECUENCIA	%
Ninguna	50	75
Anemia leve	5	26
Anemia moderada	2	11
Infección del Tracto Urinario	1	5
Reingreso por APPT + RPM	1	5
Reingreso por ITU	1	5
Reingreso x APP +ITU	4	21
Reingreso x APP + Pielonefritis	1	5
Reingreso por Shock Séptico	1	5
RRP	1	5
Legrado Uterino Puerperal	1	5
Reingreso por Infección de Herida Operatoria	1	5
	19	
PARTO		
Parto via vaginal	7	10
Parto cesárea	16	24
	23	

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 75% de las pacientes hospitalizadas, no tuvo ninguna complicación además de los diagnósticos al ingreso, pero luego 6 de estos casos terminaron en parto. Estos diagnósticos se mantuvieron hasta el alta en el ingreso por amenaza de parto pretérmino en donde 23 pacientes terminaron en parto, los casos que se registraron como reingreso son aquellos que reingresaron en el periodo del estudio 2016. El caso de Infección de Herida Operatoria fue reconsiderado el mismo día del alta.

Como principal complicación de esta patología son los partos pretérminos, siendo en total el 24% de los casos, así mismo 10% son partos vaginales y 24% son partos cesárea.

Según el estudio de **David sam (2014)**. Muestra que la anemia moderada (78%) se asocia como complicación del parto pretérmino en las gestantes adolescentes.

CUADRO 07

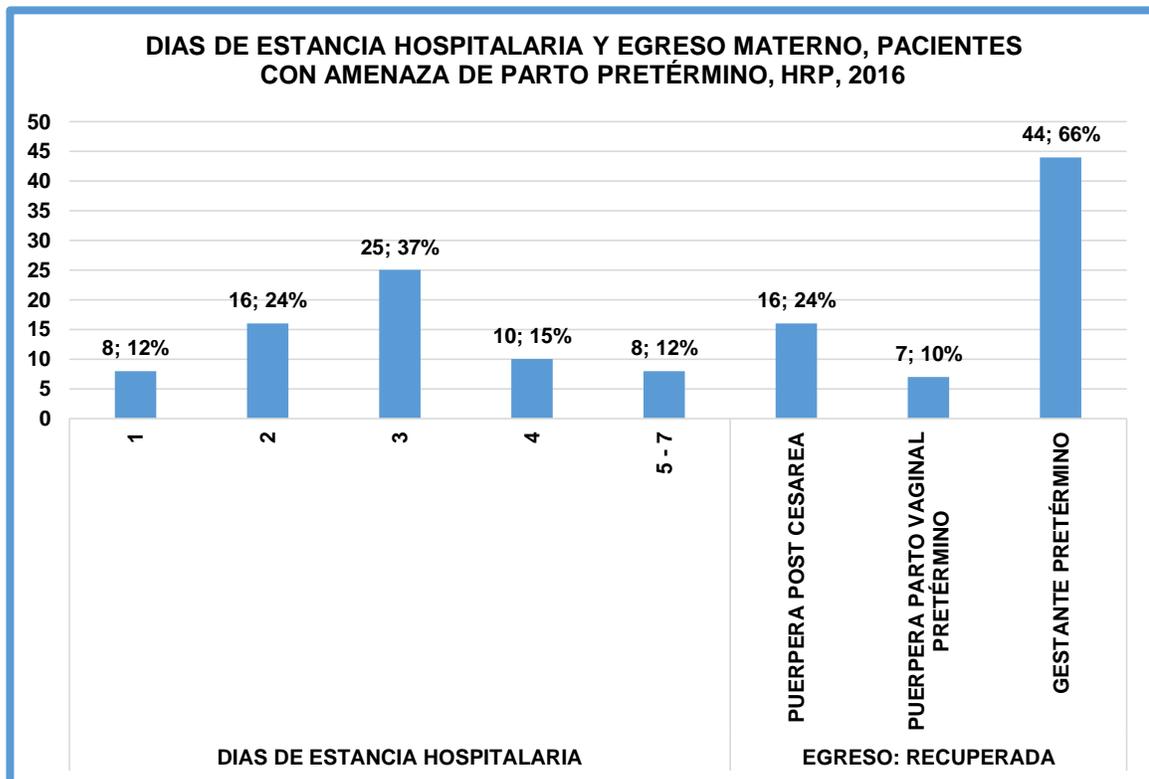
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y EGRESO MATERNO, PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, HRP, 2016

DIAS DE INTERNAMIENTO Y EGRESO		FRECUENCIA	%
Días de Estancia Hospitalaria	1	8	12
	2	16	24
	3	25	37
	4	10	15
	5 - 7	8	12
Egreso: Recuperada	Puérpera Post Cesárea	16	24
	Puérpera Parto Vaginal Pretérmino	7	10
	Gestante Pretérmino	44	66

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 76% de las pacientes estuvieron hospitalizadas entre 2 y 4 días, el 12% estuvo sólo un día y otro 12% estuvo entre 5 y 7 días. El 100% de las pacientes egresó recuperada, 24% como puérpera post cesárea, el 10% como puérpera de parto vaginal y el 66% como gestante pretérmino.

GRÁFICO N° 18



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

TABLA N° 08

COMPLICACIONES EN LOS 23 RECIÉN NACIDOS PREMATUROS, PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO, HRP, 2016

COMPLICACIONES NEONATALES	FRECUENCIA	%
Prematuridad	23	100
BPN	5	22
PEG	13	57
SDR	10	43
Sepsis Neonatal	3	13
MBPN	3	13
Hipotermia	6	26
Transtorno Metabólico	4	17
Neumonía	1	4
Ictericia	6	26
Depresion Neonatal	1	4
Hipotonía	1	4
Asfixia	1	4
Muerte Neonatal	2	9%

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 57% de los 23 recién nacidos pretérmino fueron pequeños para la edad gestacional, el 43% tuvieron síndrome de distrés respiratorio, el 26% tuvo ictericia, también un 26% tuvo hipotermia, el 22% de ellos tuvo bajo peso al nacer.

El 9% se dio la muerte neonatal, siendo la complicación principal en los RN prematuros.

CUADRO N° 08

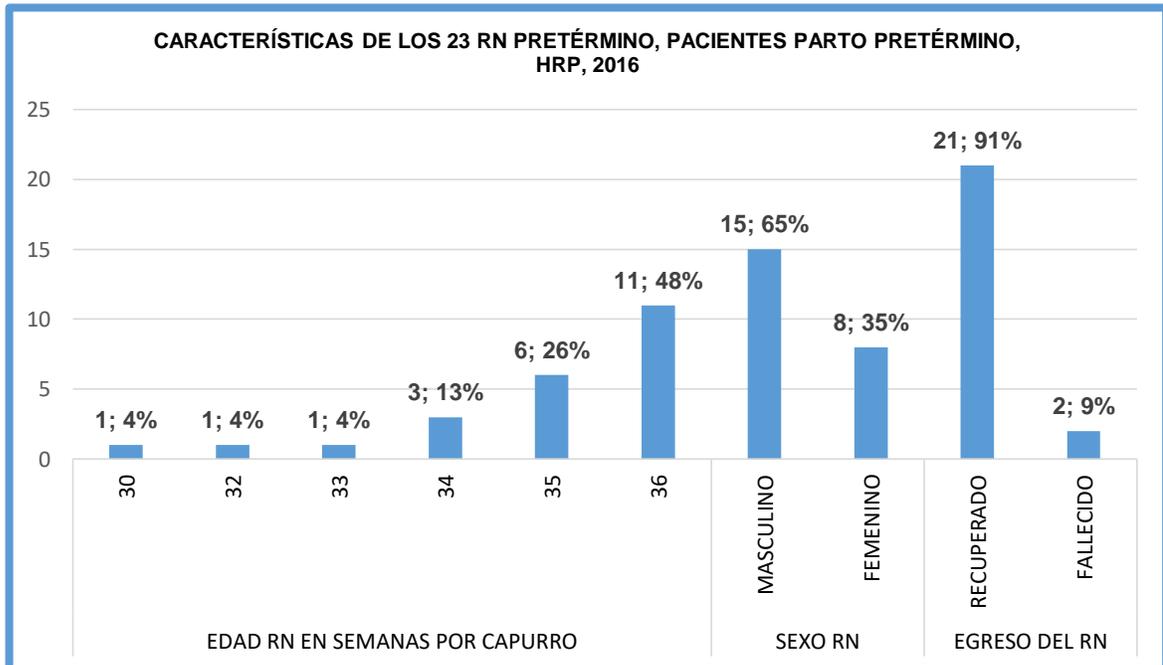
CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO, PACIENTES CON PARTO PRETÉRMINO, HRP, 2016

	RN PRETÉRMINO	FRECUENCIA	%
Edad RN en Semanas por Capurro	30	1	4
	32	1	4
	33	1	4
	34	3	13
	35	6	26
	36	11	48
Sexo RN	Masculino	15	65
	Femenino	8	35
Egreso del RN	Recuperado	21	91
	Fallecido	2	9

Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

Interpretación y Análisis: El 87% de los 23 recién nacidos pretérmino tuvo entre 34 y 36 semanas, lo que significa prematuridad leve con un mejor pronóstico. A pesar de que uno de los casos de los fallecidos tenía 34 semanas al nacer, debido a su bajo peso al nacer. El 65% de los recién nacidos fueron de sexo masculino y el 35%, femenino, el 91% de los casos egresó recuperado.

GRÁFICO N° 19



Fuente: Instrumento de Recolección y Base de datos del estudio

CONCLUSIONES

1. El manejo clínico de las pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo 2016, según el presente estudio descriptivo, se cumple en 80%, lo que significa un manejo óptimo, por el aprovechamiento de los recursos mínimos existentes en el hospital, quedando pendiente un 20% en lo que más se refiere a exámenes de apoyo al diagnóstico como Urocultivo, examen de secreción vaginal, PCR, etc.
2. En cuanto al primer objetivo secundario:

El 61% de las gestantes del estudio tienen entre 20 y 34 años de edad, 23% son adolescentes, 60% tiene grado de instrucción secundaria. 94% es ama de casa, el 79% tiene estado de conviviente, 74% procede de los distritos de Callería y Manantay.

El 42% se encuentra gestando por primera o segunda vez, mientras que el 58% se encuentra entre su tercera u octava gestación. Un caso presentó antecedente de parto pretérmino, 31% ha tenido un aborto, 63% tenía entre 32 y 36 semanas al ingreso, 30% entre 28 y 31 semanas y 7% entre 23 y 27 semanas. Entre los 6 casos de 32 a 34 cm de altura uterina, se encuentran un embarazo gemelar y 2 polihidramnios. El 93% ingresó con membranas amnióticas íntegras, entre los 5 casos de RPM, una tenía más de un día. El 55% tenían de 1 a 3 contracciones en 10 minutos, de (+) a (++) de intensidad y de 15 a 20 segundos la mayoría de ellas.

El 76% procede del nivel I de atención y el 50% procede del nivel I-1 o FONP. El 40% de los puestos son de la Red Referencial del Hospital Regional de Pucallpa y sólo un 27% del total acudió con referencia a la emergencia del Hospital. El 96% cuenta con seguro integral de salud, lo que significa que son adscritas a los establecimientos de la red referencial, desde donde se detecta, controla y refiere hacia el hospital oportunamente. El 25% tenían entre 6 a 8

atenciones prenatales en su establecimiento de origen, un 59% aún no había cumplido con sus atenciones por tratarse de gestantes pretérmino. El 57% presentó Infección del Tracto Urinario, además de un 15% con Pielonefritis, por lo que el 72% tenía ITU como patología frecuente para la amenaza de parto pretérmino. Se observaron 2 casos de Condilomatosis y un caso de vaginosis bacteriana. El 30% tenía antecedente de infección del tracto urinario.

3. Para el segundo objetivo secundario:

El tratamiento farmacológico según la guía de atención y la información existente en las historias clínicas se cumplió en 90% de las pacientes, entre tocólisis, maduración pulmonar fetal y antibióticos, además de la vía endovenosa. El 68% de los casos recibió Nifedipino, un 16% no lo ameritaba, según los datos en la historia clínica. Así mismo un 19% recibió sulfato de magnesio como tocolítico. La Indometacina e Isoxuprina, no se usan en forma rutinaria en el Hospital. La tocólisis se inició en un 66% en emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, sin presencia de efecto secundario. El 78% de los casos recibió corticoide para maduración pulmonar fetal. El 81% de las pacientes recibió antibioticoterapia según los procesos etiológicos e infecciosos que traen como consecuencia la amenaza de parto pretérmino.

Los exámenes de apoyo al diagnóstico tuvieron un cumplimiento de 61%, los exámenes de laboratorio en sangre, como Hemograma, hematocrito, hemoglobina, Grupo Sanguíneo y Factor Rh, Glucosa se realizaron en el 99% de las pacientes del estudio, en la atención de emergencia, así también se cumplieron desde la atención prenatal para el caso de la hemoglobina y el Grupo sanguíneo, Factor Rh. El recuento de plaquetas se dio en el 97% de los casos como parte de los exámenes rutinarios desde el ingreso por emergencia. El examen de PCR no se tomó en ninguno de los casos de RPM. Al 99% de los casos se le realizó la prueba de VIH al ingreso por emergencia, además de haberse realizado el 94% durante la atención prenatal. Del mismo modo se

cumplieron los exámenes de RPR. El 99% contó con examen completo de orina, pero no se encontró ningún resultado de Urocultivo, ni de Secreción Vaginal, a pesar de que para el urocultivo se encuentra la indicación de dicho examen desde la nota de emergencia. Las ecografías obstétricas, se han cumplido en su totalidad (100%), entre la atención prenatal y la emergencia, sin embargo, no se encontró la indicación del perfil biofísico en ningún caso, incluso excluyendo los casos en los que no aplica el examen, por lo que se tiene un cumplimiento de 52%. Los exámenes de Longitud de cuello uterino y de recuento de cuerpos laminares, establecidos en la guía clínica, son exámenes que no se han establecido en el Hospital como exámenes de rutina.

Los procedimientos tuvieron un cumplimiento de 90%. El 57% cuenta con un trazado de test no estresante, el 36% no cuenta con el registro del test en la historia clínica, se tiene en cuenta que 5 de los casos no ameritan por tener menos de 28 semanas. El 93% de los casos cuenta con indicación de reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo. Ninguno de los casos ha requerido cuidados intensivos maternos. El 25% de los recién nacidos ha requerido cuidados intensivos neonatales, existieron 6 casos que han requerido de hospitalización. El 66% de los casos egresó sin dar a luz durante el episodio de hospitalización. El 24% de los casos terminó en cesárea y en un 10% se desencadenó el trabajo de parto y el parto pretérmino.

4. Para el tercer objetivo secundario:

El 75% de las pacientes hospitalizadas, no tuvo ninguna complicación además de los diagnósticos al ingreso, pero luego 6 de estos casos terminaron en parto. 23 pacientes terminaron en parto, los casos que se registraron como reingreso son aquellos que reingresaron en el periodo del estudio 2016. El 76% de las pacientes estuvieron hospitalizadas entre 2 y 4 días. El 100% de las pacientes egresó recuperada, 24% como puérpera post cesárea, el 10% como puérpera de parto vaginal y el 66% como gestante pretérmino. El 57% de los 23 recién

nacidos pretérmino fueron pequeños para la edad gestacional, el 43% tuvieron síndrome de distrés respiratorio, el 26% tuvo ictericia, también un 26% tuvo hipotermia, el 22% de ellos tuvo bajo peso al nacer. El 87% de los 23 recién nacidos pretérmino tuvo entre 34 y 36 semanas, lo que significa prematuridad leve con un mejor pronóstico. El 65% fueron de sexo masculino, el 91% de los casos egresó recuperado.

RECOMENDACIONES

1. El equipo de profesionales del Departamento de Gineco Obstetricia, a pesar de cumplir con un manejo óptimo de los casos específicamente de la amenaza de parto pretérmino, podrían proponer a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Pucallpa, una Guía Clínica propia del Departamento para el caso de Amenaza de Parto Pretérmino, adecuada desde la Guía Nacional del 2010, del Ministerio de Salud, al igual que para otros casos de emergencias obstétricas, la misma que pueda cumplirse al 100% en el Hospital, completando el inicio del manejo en los casos que vienen referidos desde los establecimientos del nivel I.
2. La Jefatura de Obstetricia propiciaría el fortalecimiento de las coordinaciones con los profesionales de obstetricia de la Red Referencial del Hospital Regional y de la DIRESA Ucayali, para que se incrementen los esfuerzos en la captación y detección de casos, acompañamiento de los mismos hacia el hospital de ser necesario. Así también para la evaluación no sólo de infecciones urinarias, sino también de infecciones vaginales a través del examen con espéculo para la detección de síndromes o infecciones, que podrían ocasionar amenaza de pretérmino.
3. Los profesionales de obstetricia del Hospital Regional, podrían hacer las gestiones para mantener las capacitaciones con los profesionales de obstetricia de la red referencial para seguir mejorando el manejo de los casos desde el primer nivel de atención, iniciando la maduración pulmonar fetal y la Tocólisis, para lo cual incluso se debe incidir en el abastecimiento de medicamentos para el caso como son el nifedipino y la betametasona o dexametasona según el nivel de atención para el abastecimiento de los mismos.
4. La Jefatura del Departamento de Gineco Obstetricia, a través de una directive jefatural puede establecer que se realice el examen Urocultivo juntamente con el examen completo de orina para todos los casos de amenaza de parto pretérmino. Así mismo el examen de secreción vaginal con especuloscopia

y el test de aminas (KOH), debido a que muchos de los casos de ITU se deben a Infecciones de transmisión sexual.

5. La Jefatura del Departamento de Gineco Obstetricia, al adecuar la guía de atención propia del hospital, justificar la no realización de los exámenes de Longitud de cuello uterino y de recuento de cuerpos laminares, ya que al parecer no se realizan en nuestro medio. Dentro de Este rubro se podría agregar la no utilidad del perfil biofísico en los casos de embarazo pretérmino, o en todo caso la utilidad del mismo en la semana de gestación, del mismo modo el NST. Y para los casos de parto vaginal, la no necesidad de la episiotomía.

6. La Jefatura de obstetricia del Hospital, podría proponer además la implementación de una hoja o formato de monitoreo materno fetal, adicional a la historia clínica, para que el profesional obstetra de hospitalización registre la labor de monitoreo estricto en los casos de amenaza de parto pretérmino, colocando la fecha, hora y firma del obstetra de cada turno, quedando la evidencia legal del cuidado obstétrico estricto de los casos que se realiza en la labor clínica del nivel II-2.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nicaragua. Gobierno De Reconciliación Y Unidad Nacional. Ministerio De Salud. Protocolo Para El Abordaje De Las Patologías Más Frecuentes Del Alto Riesgo Obstétrico. Minsa/ Unicef. Normativa No. 077. Managua, 2011.
2. Who.Int: World Health Organization [Internet]. Suiza; [Nov 2016; Citado 01 Ener 2017]. Nacimientos Prematuros. [1 Pantalla]. Disponible En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
3. American College Of Obstetricians And Gynecologists, Committee On Practice Bulletins—Obstetrics. Acog Practice Bulletin No. 127: Management Of Preterm Labor. *Obstet Gynecol.* 2012; 119(6): 1308-17.
4. Laurel-Cubioles Mj, Zeitlin Et L, For Europop Group, Working Conditions, And Petra Birth Result From Europop Case-Contolsurvey. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:395-4001
5. Miranda-Del-Olmo H. Et Al. Morbilidad Y Mortalidad En El Recién Nacido Prematuro Del Hospital General De México *Rev Med Hosp Gen Mex* 2003;66: 22-26
6. Dirección De Estadística E Información De Salud (Deis). Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2011. Serie 5; N°55, Diciembre 2012. Disponible En: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf>.
7. Edgar S, Karim P, Lidia M, Celia O, William A, Julie G. Boletin Estadistico De Nacimientos Peru 2015. Srcnvl [Internet]. 2016 [Citado 02 Ener 2017].1.: 8-9. Disponible En: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
8. Rostrán JI, Trujillo GJ. Manejo De La Amenaza De Parto Prematuro En El Centro De Salud Con Cama Jacinto Hernández. [Tesis]. Nueva Guinea, Departamento Chontales Durante El 2006.
9. Norma Riva R. Factores Para Parto Pretermino Espontaneo En Gestantes Adolescentes Del Hospital De Apoyo N° 2 Yarinacocha-Pucallpa. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad De Medicina Humana. 2004.
10. Cruz Trinidad M. Factores De Riesgo Maternos Preconcepcionales Y Concepcionales Del Parto Pretermino En Gestantes Atendidas En El Hospital Santa Rosa [Título]. Universidad Mayor De San Marcos. 2014.
11. Dmedicina.Com [Internet]. Madrid: Dmedicina; 2007 [Actualizado 19 Nov De 2015; Citado 02 Feb 2017]. Disponible En: <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/mi-bebe/2015/11/19/infeccion-urinaria-embarazo-riesgo-bebe-97272.html>.
12. Vohr B, Wright L, Aylward G, Hirtz D. Follow-Up Care Of High Risk Infants. Part 2 Of 3. *Pediatrics.* 2004;114(5) Suppl:1377-97.

13. Jeannette V, Mario T, Marco C. Mortalidad Neonatal En El Peru Y Sus Departamentos 2011-2012. 1° Edic. Lima-Peru: Askha; 2013. Pag 183.
14. Pedro F, Laura De La Fuente. Tratamiento De La Amenaza De Parto Pretermino En Los Hospitales Españoles. Segó. [Internet].2007. [Citado 02 Feb 2017]; Vol 51 (1):Pag 28. Disponible En: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-encuesta-sego-tratamiento-amenaza-parto-S0304501308710513>
15. Rudy Anais Olaya Guzman: Factores De Riesgo Desencadenantes Del Trabajo De Parto Pretermino En Adolescentes Embarazadas Primigestas. Hospital Gineco- Obstetrico, Enrique C, Sotomayor, Septiembre 2012 A Febrero 2013. [Tesis]. Guayaquil – Ecuador: Facultad De Ciencias Médicas De La Universidad De Guayaquil. 2013.
16. Cisneros Morales Luis. Infección Urinaria Asociadas En Amenaza De Parto Pretérmino. [Tesis]. Mexico. Unidad De Medicina Familiar Del Instituto Mexicano Del Seguro Social.2014
17. Córdoba Bermúdez Evelyn Katuska: Efecto Del Nifedipino Como Agente Tocolítico En La Amenaza De Parto Pretermino. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano De Manta. De Septiembre Del 2012 A Febrero Del 2013.. [Tesis]. Guayaquil – Ecuador: Facultad De Ciencias Médicas De La Universidad De Guayaquil. 2013.
18. Rafael Darío Zavaleta García: Eficacia Tocolítica De Atosiban Vs. Nifedipino En Pacientes Con Amenaza De Parto Pretérmino En El Hospital Regional De Alta Especialidad Veracruz En El Periodo 2015. [Tesis].Mexico: Facultad De Ciencias Médicas De La Universidad Veracruzana
19. Nidia Ivette Córdoba Báez, Helia Margarita Chávez Medina. Manejo De La Amenaza De Parto Pretérmino En Pacientes Ingresadas En La Sala De Gineco-Obstetricia Del Hospital Victoria Motta, Del 1 De Enero Al 31 Diciembre Del 2012. [Tesis]. Nicaragua. 2013.
20. Fernando C. Factores De Riesgo Maternos Asociados Al Desarrollo De Parto Pretermino En El Hospital Regional De Lambayeque 2013. [Tesis Pregrado].Trujillo-Libertad: Universidad Privada Antenor Orrego. 2014.
21. Mari Cruz T: Factores De Riesgo Preconcepcionales Y Concepcionales Del Parto Pretermino En Gestantes Atendidas En El Hospital Santa Rosa. [Tesis]. Lima-Peru. Universidad Mayor De San Marcos; 2014.
22. Juan Guillen G: Factores Maternos Asociados Al Parto Pretermino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. [Tesis]. Lima-Peru: Facultad De Medicina Humana De La Universidad San Martin De Porres. 2015.
23. Claudia Milagros Medina Yackle: Estudio Retrospectivo En Historias Clínicas De Nifedipino Versus Sulfato De Magnesio Como Agente Tocolítico Del Hospital Víctor Ramos Guardia De Huaraz Durante El Periodo Enero –

- Diciembre 2013. [Tesis]. Trujillo –Peru. Facultad De Medicina Humana De La Universidad Privada Antenor Orrego. 2014.
24. Sam Fernández David Manuel, Zatta Cándor Julio Edgar. Factores De Riesgo Del Parto Pretérmino En Gestantes Adolescentes En El Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo Durante El 2014. [Tesis] Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad De Medicina Humana. 2015
 25. Joanne Albornoz, Sinthia Garcia, Lucia Nuñez, Bernardo Dámaso. Control Prenatal, Cesarea Y Prematuridad Como Factores Asociados A La Mortalidad Perineal En El Hospital Hermilio Valdizan De Huanuco Enero – Diciembre 2010. [Tesis]. Perú-Huanuco. 2013.
 26. Minsa. Guia De Practica Clinica Para La Atencion Diagnostica Y Tratamiento De La Amenaza De Parto Pretermino Y Trabajo De Parto Pretermino. Lima-Peru. Junio 2010.
 27. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan De Déu | Universitat De Barcelona. Protocolo De Amenaza De Parto Pretermino. Barcelona. 2014
 28. Prosego. Protocolo Asistenciales En Obstetricia, Amenaza De Parto Pretermino. Barcelona. 2012.
 29. Asbog: Asociacion Bogota De Obstetricia Y Ginecologia. Guia De Manejo De Trabajo De Parto Pretermino. Colombia. 2015.
 30. Ricardo Schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Duverges. Obstetricia. 6ta Edicion. Buenos Aires-Argentina: Editorial El Ateneo; 2009, Pag 253.
 31. Minsa. Guía Clínica Sobre Prevención Parto Prematuro. 1era Edición. Santiago- Chile. 2010. Pag 8.
 32. Acog. Int: The American College Of Obstetricians And Gynecologists, [Internet]. Washington; [2009; Citado 10 Marzo 2017] Trabajo De Parto Prematuro Y Parto Prematuro. Disponible En: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Trabajo-de-parto-prematuro-y-parto-prematuro>
 33. Silvana N Vispo, Julio Meana, Carlos M Karatanasópuloz, Juan Casal. Sufrimiento Fetal Agudo. Revista De Posgrado De La Via Catedra De Medicina N°112. Argentina. 2002. Disponible En: http://med.unne.edu.ar/revista/revista112/suf_fet_agu.htm
 34. Van Geijn HP, Dekker GA, De Vries JIP, Vugh JMG. Patrones De La Frecuencia Cardíaca Durante El Parto. En: Van Geijn HP, Copray FJ, Editores. Procedimientos De Control Fetal. Barcelona: Masson S.A., 2006.
 35. Minsa. Mortaliada Materna En El Peru 2002-2011. Lima Peru. 2013. Pag 21-22.
 36. Ricardo Schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Duverges. Obstetricia. Preparto, Maduracion Del Cuello Uterino. 6ta Edicion. Buenos Aires-Argentina: Editorial El Ateneo; 2009, Pag 436.

37. Adriana María Cuartas Calle, M.D. Predicción De Trabajo De Parto Pretermino Espontáneo. Rev Obst Gin. Vol. 53 N°4. Colombia. 2002.
38. Juan C. Alvarado Alva. Manual De Obstetricia. Rotura Prematura De Membranas. Apuntes Medicos. Lima Peru. 2006. Pag 322.
39. Practice Bulletins No. 139: Premature Rupture Of Membranes. Obstet Gynecol. 2013;122(4):918-930.
40. Abarzúa Cf, Zajer C, Donoso B, Belmar J, Riveros Jp, González Bp, Oyarzún E. Reevaluación De La Sensibilidad Antimicrobiana De Patógenos Urinarios En El Embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol. Pontificia Universidad Católica De Chile [En Línea] 2002 [Fecha De Acceso 08 De Marzo De 2017]; 67 (3). Url. Disponible En: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n3/art11.pdf>
41. Pedro J Garcia. Vaginosis Bacteriana. Rev Per Ginecol Obstet. [Internet]. 2007 [Citado 20 Feb 2017]. Disponible En: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/A05V53N3.pdf
42. Minsa. Guía Clínica Sobre Prevención Parto Prematuro. 1era Edición. Santiago- Chile. 2010. Pag 17
43. Cararach Ramoneda Y F, Botet Mussons. Preeclampsia, Eclampsia Y Síndrome De Hellp. Asoc Españ Pediatr. [Internet]. 2008 [Citado 20 Feb 2017]. Disponible En: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
44. Juan C. Alvarado Alva. Manual De Obstetricia. Hipertensión Inducida Por El Embarazo. Apuntes Medicos. Lima Peru. 2006. Pag 228.
45. The American College Of Obstetricians And Gynecologists. Placenta Previa. Revista Gin Obst Esp. Madrid. 2015. Disponible En: http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Sep2015_Translation_Silver.pdf
46. Miriam Zamorano Nieves. Desprendimiento Prematuro De Placenta Normalmente Inserta. Manual. Servicio De Obstetricia Y Ginecología Hospital Universitario Virgen De Las Nieves Granada. 2015. Pag 1.
47. Fahey Jo. Clinical Management Of Intra-Amniotic Infection And Chorioamnionitis: A Review Of The Literature. J Midwifery Womens Health 2008; 53: 227-235.
48. Goldenberg RI, Hauth J, Andrews Ww. Intrauterine Infection And Preterm Delivery. The Nejm 2000; 342(20): 1500-1550.
49. Angel Correa P., Oscar Valderrama C., Raul Angel G., Jaime Sáez C., Ernesto Villablanca O. Síndrome Antifosfolípidos Y Embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol. Chile. 2002.
50. Ricardo Schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Duverges. Obstetricia. Incompetencia cervical. 6ta Edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial El Ateneo; 2009, Pag 270.

51. Robbins Jb, Broadwell C, Chow Lc, Parry Jp, Sadowski Ea. Müllerian Duct Anomalies: Embryological Development, Classification, And Mri Assessment. *J Magn Reson Imaging*. 2014 Oct 7. Doi:10.1002/Jmri.24771.
52. Guinard E, Subtil D, Deruelle P. Congenital Müllerian Anomalies And Delivery: Analysis Of 304 Cases Between 2000 And 2010 At The University Hospital Of Lille. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014 Julaug;42(7-8):471-6.
53. Shuiqing M, Xuming B, Jinghe L. Pregnancy And Its Outcome In Women With Malformed Uterus. *Chin Med Sci J*. 2002 Dec;17(4):242-5.
54. Stovall D. Clinical Syntomatology Of Uterine Leiomyomas. *Clin Obstet Gynecol*. 2001 Jun;44(2):364-71. Available From: http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/2001/06000/Clinical_Symptomatology_of_Uterine_Leiomyomas.22.aspx
55. Briceño Pérez C, Alafla F, Atencio De Ávila D, Bethancourt De Benítez C, Schloeter L, Portillo B, Et Al. Grandes Miomas Uterinos. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61:35-42.
56. Cooper Np, Okolo S. Fibroids In Pregnancy, Common But Poorly Understood. *Obstet Gynecol Surv*. 2005 Feb;60(2):132-138. Available From: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15671902>
57. Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Tratamiento Preoperatorio Con Análogos De GnRh An- Tes De La Histerectomía O La Miomectomía Para Los Fibromas Uterinos (Revisión Cochrane Traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
58. Ricardo Schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Duverges. *Obstetricia. Polihidramnios*. 6ta Edicion. Buenos Aires-Argentina: Editorial El Ateneo; 2009, Pag 237, 239.
59. Nice Guidelines. National Collaborating Centre For Women's And Children's Health. Multiple Pregnancy. 2011 “ Preventing Preterm Birth” Chapter 8. Rcocg.
60. Asistencia A La Gestante Diabética. Protocolo N° 15 De Medicina Materno Fetal. Sociedad Española De Ginecología Y Obstetricia. 2004.
61. Oms. Anomalías Congenitas. Nota Descriptiva N°370. 2010 Disponible En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>
62. Teresa Maroto Martín. Implicaciones Obstericas De Los Tratamientos Locales De Las Lesiones Premalignas Y Malignas De Cérvix. Servicio De Obstetricia Y Ginecología Del Hospital Universitario Virgen De Las Nieves Granada. (Clases De Residentes) España. 2014. Disponible En: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2014/clase2014_tgi_3.pdf

63. Maria De La Calle Fernandez, Miranda Ph, Jose Garcia, Ramón Usandizaga, Javier Garcia. Complicaciones Obstericas Tras Una Traquelectomía Radical. Revista De Obstetricia Y Gincologia. Vol 61 N°3. Colombia. 2010. Disponible En: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a11.pdf>
64. Kenneth Leveno, Steven Bloom, Catherine Spong, Barbara Hoffman, Brian Casey, Jeanne Sheffield. Williams Obstetricia. 24° Edicion. Mexico: Editorial Mexicana; 2015, Pag 841.
65. Kenneth Leveno, Steven Bloom, Catherine Spong, Barbara Hoffman, Brian Casey, Jeanne Sheffield. Williams Obstetricia. 24° Edicion. Mexico: Editorial Mexicana; 2015, Pag 842.
66. Kenneth Leveno, Steven Bloom, Catherine Spong, Barbara Hoffman, Brian Casey, Jeanne Sheffield. Williams Obstetricia. 24° Edicion. Mexico: Editorial Mexicana; 2015, Pag 951.
67. Cenmef. Int: Centro De Medicina Fetal [Internet]. Peru; [2014; Citado 08 Marzo 2017]. . Ecografia En El Segundo Trimestre. 1. Disponible En: <http://cenmef.com/Ecografia-segundo-trimestre>
68. Dr. Jorge Andrés Robert S., Dr. Juan Luis Leiva B., Dr. Alfredo Germain A. Protocolo De Manejo En Pacientes Con Amenaza De Parto Prematuro En Clínica Las Condes. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(6) 953-957
69. Juan C. Alvarado Alva. Manual De Obstetricia. Cardiotocografia Fetal Apuntes Medicos. Lima Peru. 2006. Pag 153.
70. Robert Albinagorta Olortegui, Madeleyner Tapia. Actualizacion En La Evaluacion De La Madurez Pulmonar Por Ultrasonido. Rev. Peru. Ginecol. Obstet. Vol 61 . 4 Lima Oct./Dic. 2015. Disponible En: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000400014&script=sci_arttext
71. Ikegami M, Polk D, Jobe A. Minimum Interval From Fetal Betamethasone Treatment To Postnatal Lung Responses Inpre-Term Lambs. Am J Obstet Gynecol. 2006;174(5):1408.
72. Cochrane.Int. Inglaterra. ; [Julio 2009; Citado 14 Marzo 2017]. Diferentes Corticosteroides Y Regímenes Para Acelerar La Maduración Pulmonar Fetal En Mujeres Con Riesgo De Parto Prematuro. [1 Pantalla]. Disponible En: <http://www.cochrane.org/es/CD006764/diferentes-corticosteroides-y-regimenes-para-acelerar-la-maduracion-pulmonar-fetal-en-mujeres-con>
73. Simpson KR, James DC. Efficacy of intrauterine resuscitation techniques in improving fetal oxygen status during labor. Obstet Gynecol 2005; 105: 1362-8.
74. S. Rellan Rodríguez, C. Garcia De Ribera Y M. Paz Aragón Garcia. El Recien Nacido Prematuro. Asociación Española De Pediatría. España. 2008.

75. Anderson P, Doyle L, Victorian Infant Collaborative Study Group. Executive Functioning In School-Aged Who Were Born Very Preterm Or With Extremely Low Birth Weight In The 1990s. *Pediatrics* Vol 114 N°1 July 2004
76. Gioia G, Ishquit P, Guy S. Assessment Of Executive Functions In Children With Neurological Impairment. En Anderson P, Doyle L, Victorian Infant Collaborative Study Group. Executive Functioning In School-Aged Who Were Born Very Preterm Or With Extremely Low Birth Weight In The 1990s. *Pediatrics* Vol 114 N°1 July 2004
77. Minsa: Norma Técnica Del Sistema De Referencia Y Contrareferencia De Los Establecimientos Del Ministerio De Salud. Lima-Peru. 2005. Pag 22 Disponible En http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf
78. Gestión Sanitaria: Dr. Angel Gutierrez Director Regional De Salud 2011.
79. Minsa. Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Salud Materna. Lima- Peru 2013.
80. Astrid Murillo Sotomayor, Gabriela Morocho Guadalupe. Guía Didáctica Para El Taller: Examen Ginecológico Y Toma De Pap Test. Ecuador. 2013.
81. Clarke J, Peipert J. Et Al. Microflora Changes With The Use Of A Vaginal Microbicide; *Sex Trans Dis* 2002;29;15:288.
82. Hickey RJ, Xia Zhou, Pierson JD, Ravel J, Forney LJ. Understanding Vaginal Microbiome Complexity From An Ecological Perspective. Review Article. *Translational Research*, October 2012;160(4):267-282.
83. Carolina Jara, Eduardo Lobo, Samuel Portugués. Farmacoterapia Del Embarazo Y Lactancia. 2014. Mexico.
84. Olsen S. Is Supplementation With Marine Omega-3 Fatty Acids During Pregnancy A Useful Tool In The Prevention Of preterm Birth? *Clinical Obstetrics And Gynecology* December 2004; 7(4):768-774.
85. Offenbacher S, Boggess Ka, Murtha Ap, Et Al. Progressive Periodontal Disease And Risk Of Very Preterm Delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 29–36.
86. Stamilio Dm, Chang Jj, Macones Ga. Periodontal Disease And Preterm Birth: Do The Data Have Enough Teeth To Recommend Screening And Preventive Treatment? *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 93–94.
87. Launer Lj, Villar J, Kestler E, Deonis M. The Effect Of Maternal Work On Fetal Growth And Duration Of Pregnancy: A Prospective Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97; 62-70.
88. Ricardo Schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Duverges. *Obstetricia. Rotura prematuro de membranas*. 6ta Edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial El Ateneo; 2009, Pag 240
89. Teresa Maroto Moartin. Patología urinaria y embarazo. Servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Virgen de las nieves granada. 2013.

90. Juan C. Alvarado Alva. Manual De Obstetricia. Apuntes Medicos. Lima Peru. 2006.
91. Marisol Hernández. Tipos Y Niveles De Investigación. Inf Invest. [Internet].2016 [Citado 20 Feb 2017]. Disponible En: <http://metodologiadeinvestigacionmarisol.blogspot.pe/2012/12/tipos-y-niveles-de-investigacion.html>.
92. Laura martinez gargia. Tipos de diseño de investigación. Centro de Cochrane iberoamericano.2010.
93. Prezi. Int. [Internet].California; [Setiembre 2013; Citado 09 Marzo 2017]. Muestreo Probabilístico Y No Probabilístico. Disponible En: https://prezi.com/l_tam2bfwx2/muestreo-probabilistico-y-no-probabilistico/
94. Roque Barreda Ventura, Tania Duarte Frenky. Cumplimiento del protocolo para la atención de embarazadas con amenaza de parto pretermino, servicio de ginecología, Hospital Baustista, Julio – Diciembre 2013. [Tesis]. Managua –Nicaragua. Facultad De Medicina Humana De La Universidad Americana. 2014.
95. Norma Técnica de Salud “Criterios y Estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención de salud integral para Adolescentes. MINSA, UNFPA, NTS N° 095 - MINSA/DGSP-V.01. RM 503-2012/MINSA. http://Peru_Criterios_y_Estandares_Servicios_Diferenciados%20Adolescentes_ESP.pdf.
96. Real Academia Española. Definición de Cumplimiento. Disponible en: <https://diccionarioactual.com/cumplimiento/>

ANEXOS

ANEXO 01

NACIDOS VIVOS POR EDAD GESTACIONAL, SEGÚN RESIDENCIA HABITAL DE LA MADRE PERÚ: 2015

RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE	SEMANAS DE EMBARAZO				
	TOTAL	>= 27 Semanas	De 27 a 31 Semanas	De 32 a 36 Semanas	> 37 Semanas
TOTAL	417413	1158	2430	23434	390391
	100.0	0.3	0.6	5.6	93.5
Amazonas	4977	17	22	243	4695
Ancash	13932	39	113	795	12985
Apurímac	6726	17	38	402	6269
Arequipa	21876	56	108	882	20830
Ayacucho	11595	23	77	507	10988
Cajamarca	16853	42	112	1063	15636
Cusco	20711	50	82	1105	19474
Huancavelica	7162	14	27	299	6822
Huanuco	13830	19	64	581	13166
Ica	14244	43	69	647	13485
Junín	13721	32	101	692	12896
La Libertad	22210	92	162	1506	20450
Lambayeque	13867	48	103	891	12825
Lima	133476	367	735	7555	124819
Loreto	13836	32	94	994	12716
Madre de Dios	2597	7	9	116	2465
Moquegua	2837	3	7	120	2707
Pasco	4832	7	19	287	4519
Piura	20974	79	178	1429	19288
Puno	13269	45	64	683	12477
San Martín	11264	20	50	681	10513
Tacna	4659	12	34	233	4380
Tumbes	4002	15	29	269	3689
Callao	14617	53	87	891	13586
Ucayali	9292	23	43	561	8665
Extranjero	29	3	2	1	23
No determinado	25	0	1	1	23

FUENTE: SISTEMA DE REGISTRO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO EN LINEA
MINSA. OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

ANEXO 02

CUADRO DE NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2016 EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

ATENCIÓNES GESTANTES HOSPITALIZADAS PARA MANEJO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO - HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL AÑO 2016	
MES	2016
ENERO	8
FEBRERO	7
MARZO	7
ABRIL	6
MAYO	7
JUNIO	10
JULIO	7
AGOSTO	3
SETIEMBRE	3
OCTUBRE	10
NOVIEMBRE	10
DCIEMBRE	6
TOTAL	81

Fuente: SIP 2000 – Libro de Registro de Hospitalizaciones HRP.

ANEXO 03

MINISTERIO DE SALUD

No. 487-2010/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 16 de JUNIO del 2010.

Visto el Expediente N° 09-099522-001 que contiene el Informe N° 142/2009/DGSP/ESNSSYR/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas y el Informe N° 037-2010-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Que, el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados, entre otros, a la atención integral;



M. Arce R.

Que, mediante documento del visto, el Director General de Salud de las Personas, ha propuesto para su aprobación diez (10) Guías Técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas en el marco del Plan de Aseguramiento Universal (PEAS), las cuales han sido validadas por un grupo de expertos de los principales Hospitales de Lima y de las Regiones piloto del Aseguramiento Universal, representantes del EsSalud y de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales;



W. Olivera A.

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud;



C. Acosta G.

De conformidad con el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657, ley del Ministerio de Salud;



D. León Ch.

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar las Guías Técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de las condiciones obstétricas en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento Universal (PEAS), que en número de diez (10) forman parte de la presente resolución:

- 1) Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus que se origina en el embarazo.
- 2) Guía de práctica clínica para la atención diagnóstico y tratamiento del Embarazo Múltiple.
- 3) Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la Hiperémesis Gravídica con trastornos metabólicos.
- 4) Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de Infección de Herida Quirúrgica Obstétrica.
- 5) Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento del Oligohidramnios.
- 6) Guía de la práctica clínica para la atención diagnóstico y tratamiento de la Amenaza de Trabajo de Parto Pretérmino y Trabajo de Parto Pretérmino.
- 7) Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento del Polihidramnios.
- 8) Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de alteración del Bienestar Fetal.
- 9) Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la Gestante con Tuberculosis.
- 10) Guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la Gestante por Isoinmunización Rh.


M. Arce R.

Artículo 2º.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas la difusión y supervisión de las citadas Guías Técnicas.


M. Olivera A.

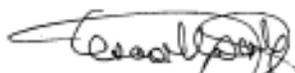
Artículo 3º.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud o quien haga sus veces a nivel regional, son responsables de la difusión, implementación, supervisión y aplicación de las citadas Guías Técnicas, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones.


C. Acosta S.

Artículo 4º.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp del Portal de Internet del Ministerio de Salud.


D. León C.

Regístrese, comuníquese y publíquese



OSCAR RAUL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

**GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO
Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO**

I. FINALIDAD.

Contribuir a la atención de la gestante con amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, así como de sus complicaciones asociadas, que incrementan la morbilidad y mortalidad materno perinatal en el país.

II. OBJETIVO.

Establecer el manejo estandarizado en los establecimientos de salud del país, de la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, una de las condiciones maternas incluidas en el Plan de beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento Universal según nivel de capacidad resolutoria y sus anexos en base a las funciones obstétricas y neonatales (FON).

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Guía Técnica es de aplicación en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, de las Direcciones de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud, Redes y Microrredes de Salud a nivel nacional y para los establecimientos de salud de los demás sub sectores, tanto públicos como privados que se encuentren en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

4.1 AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO (CIE 10 O60).

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definición. Amenaza de trabajo de parto pretérmino: Es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto pretérmino.

Parto pretérmino (O60):

Es el nacimiento que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer.

5.2 Etiología

Espontáneo o sin causa conocida aparente (50%).

Ruptura prematura de membranas (25%).

Infeción Urinaria.

Vaginosis Bacteriana.

Preeclampsia, eclampsia.

Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta.



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

Infeción del líquido amniótico, membranas o placenta.
Inmunológica (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos).
Incompetencia cervical.
Causas Uterinas: Malformaciones, fibromas, sobre distensión (polihidramnios, embarazo múltiple).
Causas Maternas: otras patologías de fondo (diabetes), intoxicaciones, etc.
Traumatismo o cirugía.
Malformaciones fetales.

5.3 Aspectos epidemiológicos

Se presenta en el 5 – 10% de embarazos. Sólo 20% de las gestantes con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino concluyen en un parto pretérmino.

Es causa del 75 - 80% de mortalidad del recién nacido y del 50% de los daños neurológicos.

5.4 Factores de riesgo asociados

Antecedente de parto pretérmino
Enfermedades intercurrentes del embarazo (infección de vías urinarias).
Edades extremas de vida reproductiva.
Peso materno bajo (< 45 Kg).
Período intergenésico corto (< 2 años).
Antecedente de cirugía en cuello uterino.
Abuso de drogas, tabaquismo y/o alcoholismo.
Desnutrición, anemia.
Violencia basada en género.
Falta de control del embarazo.
Nivel socioeconómico bajo.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

Dolor en hipogastrio (bajo vientre) y región lumbar.
Contracciones uterinas, regulares que producen cambios y/o dilatación del cuello uterino.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios diagnósticos

Amenaza de Trabajo de parto pretérmino

- Contracciones con una frecuencia de cuatro cada 20 minutos, o de 8 cada 60 minutos junto con cambios progresivos del cuello uterino.
- Incorporación cervical $\geq 80\%$.



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

- Dilatación cervical > 1 cm pero menor de 3 cm.

Trabajo de Parto Pretérmino

- Contracciones uterinas con una frecuencia de por lo menos cuatro cada 20 minutos, o de 8 cada 60 minutos.
- Incorporación cervical $\geq 80\%$ y dilatación ≥ 4 cm.

Diagnóstico diferencial

- Irritabilidad uterina.
- Desprendimiento prematuro de placenta oculto.
- Patología digestiva dolorosa.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De patología clínica

- Hematológicos: hemograma, hematocrito, hemoglobina.
- Examen de orina – urocultivo.
- Test de Nugent (tinción Gram para descartar Vaginosis Bacteriana).
- Proteína C reactiva (de existir rotura prematura de membranas).
- Completar exámenes prenatales de rutina de ser posible (según guía de atención prenatal).

6.3.2 Imágenes y otros métodos diagnósticos

- Ecografía obstétrica.
- Evaluación de la longitud cervical por ultrasonografía transvaginal (de ser posible).
- Perfil biofísico fetal (de ser posible a partir de las 28 semanas).
- Monitoreo obstétrico fetal clínico y/o electrónico (NST desde las 28 semanas).¹
- Considerar evaluar maduración pulmonar, por metodología disponible. De ser posible, realizar recuento de cuerpos lamelares.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP

- Ante la sospecha de parto pretérmino se debe referir a FONP, según los criterios de sospecha de amenaza de parto pretérmino:
 - Presencia de contracciones uterinas frecuentes (1 ó más en 10 minutos).
 - Contracciones uterinas irregulares asociadas a factores de riesgo (infección de vías urinarias, vulvovaginitis, trauma, etc.).



¹ NST: siglas en inglés de *Nonstress testing*, prueba sin estrés, que mide la frecuencia cardíaca fetal en respuesta a los movimientos del feto.

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

- Toda paciente que acuda refiriendo la presencia de contracciones uterinas debe ser observada bajo reposo absoluto por 2 horas con controles de dinámica, frecuencia cardíaca fetal, funciones vitales y síntomas en caso de contracciones.
- de no confirmarse la sospecha de amenaza de parto pretérmino informar sobre signos de alarma, orientar sobre parto institucional y programar visita domiciliaria y/o citas de atención prenatal.
- Referir con vía endovenosa segura.
- Ante la presencia de trabajo de parto pretérmino referir a FONE con vía segura.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales FON Básicas

- Ante amenaza de parto pretérmino, hospitalizar, en caso de parto pretérmino definido referir a FONE.
- Realizar exámenes auxiliares de laboratorio y ecografía (determinar longitud de cérvix).
- Terapia tocolítica y del factor causal.
- Terapia de maduración pulmonar.
- Orientación/consejería en Salud Integral.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE

6.4.1 Medidas Generales y Terapéuticas

Amenaza de Trabajo de parto pretérmino

- Hidratación vía endovenosa rápida con CINA 0,9% x 1000 ml, iniciar 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto.
- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno y fetal.
- Confirmar edad gestacional.
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible).
- Maduración pulmonar fetal entre las 24 – 34 semanas con corticoides si no los recibió previamente.
- Uso de tocolíticos en amenaza de parto pretérmino (entre las 24 – 34 semanas) y vigilancia de efectos colaterales, considerando las siguientes contraindicaciones: feto muerto, malformación fetal severa, corioamnionitis, hipertensión arterial severa, hemorragia materna severa y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

Trabajo de parto pretérmino

- Hospitalización.
- Continuar o iniciar hidratación vía endovenosa rápida con CINA 0,9% x 1000cc, empezar con 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto.
- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno y fetal.
- Confirmación de la edad gestacional.
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible).



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

- Maduración pulmonar fetal entre las 24 – 34 semanas con corticoides si no los recibió previamente.

Atención del parto pretérmino

- El parto debe ser atendido en FONE.
- La vía del parto podrá ser por cesárea o por vía vaginal independientemente de la edad gestacional.
- Contar con asistencia neonatal al momento del parto y procurar asegurar equipo de soporte para el neonato disponible (incubadora, respirador y surfactante).
- En ausencia de indicaciones absolutas para cesárea, hospitalizar y proceder a la atención del parto, previa administración de corticoides en dosis única: Betametasona: 12 mg vía IM, o Dexametasona: 4 mg EV.
- La atención del parto vaginal debe realizarse ocasionando el menor trauma posible, evaluando la indicación de episiotomía.
- De presentarse rotura prematura de membranas u otra patología, seguir el protocolo correspondiente.

Tocolíticos: utilizar cualquiera de los medicamentos abajo descritos.

• **Nifedipino:** Antagonista de canales de calcio. Administrar 10 - 20 mg VO seguido por 10 - 20 mg VO después de 20 minutos si persisten las contracciones y 10 - 20 mg VO después de 20 minutos si persisten las contracciones, seguido por 10 - 20 mg VO cada 6 - 8 horas por 48 - 72 horas; considerando una dosis máxima diaria de 160 mg. Después de 72 horas si se requiere terapia de mantenimiento, puede rotarse a dosis única 30 - 60 mg VO por día. Contrariamente a los β -miméticos, el nifedipino no induce taquifilaxis por lo que puede prescribirse terapia de mantenimiento.

• **Indometacina:** 50 - 100 mg Vía oral (VO) como dosis de ataque, continuando con dosis de mantenimiento de 25-50 mg VO cada 6 horas.

• **Sulfato de Magnesio:** Iniciar con dosis de ataque de 4 - 6 gramos en infusión EV (durante 20 minutos). Continuar con dosis de mantenimiento de 2-3 gramos por hora. Dosis magnesio sérico de ser posible, el uso de sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar Gluconato de calcio al 10% endovenoso diluido en 20 cc.

• **Isoxuprina:**

Fármaco antagonista beta-adrenérgico. Usar vía endovenosa por 24 - 48 horas. Preparar una solución en 100 ml de ClNa al 0.9% con 1 ampolla de Isoxuprina (10 mg) e iniciar con 10 gotas/minuto, aumentando 10 gotas cada 20 minutos, hasta conseguir tocólisis o presencia de efectos secundarios (palpitaciones, temblor, cefalea, náuseas, vómitos, ansiedad, nerviosismo, dolor torácico, disnea); teniendo como máximo 60 gotas por minuto y después disminuir 10 gotas cada 30 minutos hasta la dosis mínima que mantenga la tocólisis. Si aparece de nuevo dinámica uterina, repetir el proceso. Se puede continuar vía oral.

Corticoides:

- Betametasona: 12 mg vía IM y repetir 12 mg IM a las 24 horas.



GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

Signos de alarma

- Contracciones persistentes.
- Sangrado.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Alteración de los latidos cardiacos fetales.

6.4.2 Criterios de alta

A las 48 horas después de que los síntomas y signos hayan sido controlados. En caso que se produzca el parto pretérmino se procederá a dar alta a la paciente de acuerdo a lo establecido en las guías de atención del parto vaginal o de la cesárea.

Dar tratamiento de la etiología identificada.

Entregar información sobre el riesgo obstétrico.

6.4.3 Pronóstico

25% de pacientes vuelve a tener parto pretérmino.

Entre 6,7 - 32% de los recién nacidos pretérmino presentan déficits mayores, que incluyen parálisis cerebral, retardo mental, sordera neurosensorial, defectos visuales severos que pueden complicarse con hidrocefalia progresiva y convulsiones crónicas; y requieren programas especiales de educación e intervenciones terapéuticas individuales.

6.5 COMPLICACIONES

- Materna: Compromiso del futuro obstétrico por cesárea pretérmino
- Fetales: Hemorragia intracerebral, retinopatía del prematuro, asfixia perinatal, enterocolitis necrotizante, encefalopatía hipóxica – isquémica, displasia broncopulmonar y muerte neonatal.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

La referencia se decidirá de acuerdo a los criterios establecidos para decidir el Nivel de atención de cada paciente.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP

Toda paciente con sospecha de amenaza de parto pretérmino y con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino referir a FONB.

Paciente con diagnóstico de parto pretérmino definido referir a FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB

Manejo de la sospecha y la amenaza de parto pretérmino.

En caso de parto pretérmino definido referir a FONE.

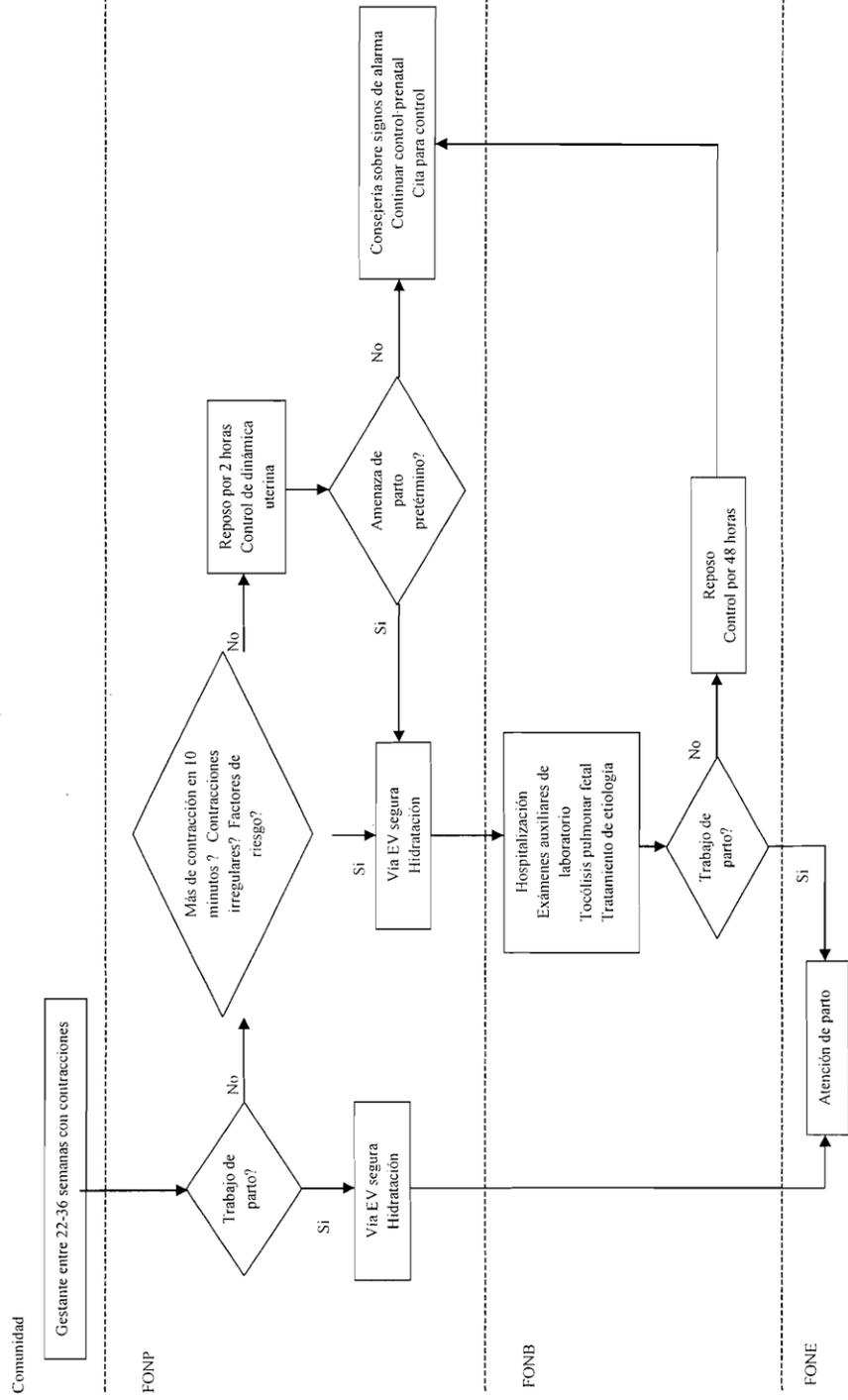
Contrarreferir a establecimiento de origen.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales – FONE

Pacientes en condiciones de alta referidas de Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales FON Primarias y FON Básicas serán contrarreferidas a establecimiento de origen, según tipo de parto.



GUÍA TÉCNICA:
 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO
VII. FLUXOGRAMA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO





Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Yarinacocha, 03 de Mayo 2017

OFICIO N° 039-EPO-FMHyCS-UAP-P2017

A :
Dr. Marcos Bardales Pizarro.
Director del Hospital Regional de Pucallpa.

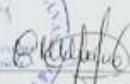
De :
Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas
Coordinadora Académica de la Escuela Profesional de Obstetricia - UAP

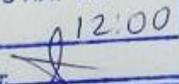
Asunto: Solicito Facilidades para revisión de Historias Clínicas.

Tengo el agrado de dirigirme a su digno despacho, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle facilidades para que la Bachiller Pizan Flores, Mily de la Escuela Profesional de Obstetricia - UAP, realice la revisión de las historias clínicas del establecimiento de salud que usted dirige, ya que se encuentra desarrollando su tesis con el tema: MANEJO CLÍNICO SOBRE LAS AMENAZAS DE TRABAJO DE PARTO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL PERIODO 2016.

Contando desde ya con su apoyo y conocedora de su espíritu colaborador a favor de la población estudiantil de la región, me despido de usted no sin antes expresarle las muestras de mi estima personal.

Atentamente.



Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas
Coordinadora
Escuela Profesional de Obstetricia
Filial Pucallpa

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	
TRAMITE DOCUMENTARIO	
Registros:	3019
Fecha:	05 MAY 2017
Hora:	12:00
Recibido por:	



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**MANEJO CLÍNICO Y COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y PERINATALES EN
PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO
PRETÉRMINO EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO - DICIEMBRE 2016**

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. N° Historia Clínica: _____
2. Edad: _____
3. Grado de instrucción:
a) Ninguna b) primaria c) secundaria d) sup. No univ d) sup. Univ.
4. Ocupación: _____
5. Estado civil: a) soltera b) casada c) conviviente d) viuda.
6. Procedencia: _____
7. G__P_____

II. DATOS DE ATENCIÓN DE SALUD:

1. Establecimiento de Salud de origen: _____
2. Afiliación SIS:
a) No tiene b) SIS Gratuito c) SIS semicontributivo d) SIS semisubsidiado
3. N° Controles Prenatales: EESS Origen: _____ HRP: _____ Total: _____
4. Hoja de Referencia: a) Si b) No
5. Tipo de Referencia: a) Emergencia b) Consulta externa
6. EG cuando se produce la emergencia: _____
7. Trabajo de parto: a) Si b) No
8. AU: _____ cm
9. Dinámica Uterina: _____ CU en _____ min _____ duración y _____ de intensidad
10. Membranas Ovulares: a) Integras b) Rotas. Fecha y Hora: _____
11. FCF Presentes: a) Si b) No
12. MF Presentes: a) Si b) No
13. Diagnósticos adicionales: _____

14. Antecedentes de Riesgo durante el CPN: _____

III. USO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA EL MANEJO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

1. Medicamentos e Insumos:

Medicamentos e Insumos	Dosis	Durante el traslado de referencia*	En el Hospital		Continuidad del tratamiento
			Emergencia	Hospitalización Gineco obstetricia	
CINa	9 ^o / 500 ml goteo rápido			Continuar a 50 gtas x min	
Tocolítico:					
Nifedipino	10 a 20 mg VO			10 a 20 mg VO continuar a los 20 min, hasta 48 a 72 horas si persisten CU	
Indometacina	50-100 mg VO				
Sulfato de Magnesio	4 a 6 gr infusión EV				
Isoxuprina	10 mg en 100cc de CINa 0.9% 10 gt x min			Incrementar 10 gt cada 20 min.	
Corticoides					
Betametasona	12 mg IM			Continuar a las 24 horas	
Dexametasona (no está en la guía del 2010)	12 mg IM				
Antibiótico (Por Dx concomitante)					
Catéter EV permeable	Nº 18				

*Registrado en la hoja de referencia

2. Se cumplió con manejo básico (tocólisis y maduración pulmonar fetal) durante traslado: a) Si b) No c) NA
3. Se cumplió con Tocólisis y maduración pulmonar fetal en emergencia del Hospital: a) Si b) No c) NA
4. Se cumplió con tocólisis y maduración pulmonar en Hospitalización: a) Si b) No c) NA
5. Se dio Efecto secundario de alguno de los tocolíticos: a) Si b) No
6. Tipo de efectos colaterales:
 - a) cefalea b) fatiga c) mareo d) rubicundez e) tinnitus
 - f) hipotensión g) temblor h) taquicardia i) Ninguno j) otro:

IV. EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN EL MANEJO DE LA AMENAZA DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

1. Exámenes realizados:

Exámenes	Durante el CPN*	En el Centro de salud antes del traslado	En el Hospital	
			Emergencia	Hospitalización
Hemograma				
Hematocrito				
Hemoglobina				
Grupo sanguíneo y Factor RH				
Glucosa				
Proteína C reactiva (si RPM)				
Rcto de plaquetas				
VIH				
RPR				
Examen Completo de Orina				
Urocultivo				
Examen de Secreción Vaginal				
Ecografía Obstétrica				
Perfil Biofisico fetal (de ser posible a partir de las 28 semanas)				

Longitud de cuello uterino x ecografía (de ser posible)				
Considerar maduración pulmonar fetal (de ser posible por recuento de cuerpos lamelares)				

*Según tarjeta de CPN

2. Se cumplió con todos los exámenes según guía de prácticas clínicas 2010 del MINSA:
 - a) Si b) No

V. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL MANEJO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

1. Funciones Vitales en Emergencia: PA: _____ FC: _____ T°: _____
FR: _____ ROT: _____ Edema: _____
2. Catéter endovenoso permeable al llegar a emergencia: a) Si b) No
3. Evaluación de estado neurológico en Emergencia: a) Si b) No
4. Hoja de Monitoreo Materno Fetal (NST) : a) Si b) No
5. Indicación de reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo: a) Si b) No
6. Tipo de parto: a) vaginal b) cesárea c) no hubo parto.
7. Episiotomía en el parto vaginal: a) Si b) No
8. Requirió UCI: a) Si b) No
9. Requirió UCIN: a) Si b) No

VI. ESTANCIA HOSPITALARIA, COMPLICACIONES Y TIPO DE EGRESO

1. Fecha de Ingreso al Hospital: _____
2. Complicaciones maternas:
-
3. Complicaciones perinatales:
-
4. Fecha de Egreso del Hospital: _____
5. Total de días en UCI: _____
6. Total de días en hospitalización de Gineco Obstetricia: _____
7. Egreso materno: a) recuperada b) fallecida c) referida
8. Egreso del producto: a) recuperado b) fallecido c) referida d) NA.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: MANEJO CLÍNICO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES INGRESADAS AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016

Problema	Objetivo	Operacionalización			Método
		Variable	Dimensiones	Indicadores	
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cómo se cumple el manejo clínico establecido por el MINSA en pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Evaluar el cumplimiento del manejo clínico de pacientes hospitalizadas por Amenaza de Parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.</p>	MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	<p>CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de Instrucción ✓ Ocupación ✓ Estado Civil ✓ Procedencia 	Evaluación de Frecuencias
<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS ¿Cuáles son las características sociodemográficas, gineco obstétricas y de la atención pre natal, de las pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS Describir las características sociodemográficas, gineco obstétricas y de la atención pre natal, de las pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.</p>		<p>CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÉTRICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paridad ✓ Edad Gestacional al ingreso a hospitalización ✓ Altura Uterina ✓ Trabajo de Parto al Ingreso ✓ Dinámica Uterina ✓ Integridad de las membranas ovulares ✓ Latidos fetales ✓ Movimientos fetales 	
<p>¿Cuál es el cumplimiento del tratamiento farmacológico, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos, establecido por el MINSA, en pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?</p>	<p>Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, de exámenes de apoyo al diagnóstico y de procedimientos, en las pacientes hospitalizadas por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016</p>		<p>CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRE NATAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimiento de salud de origen ✓ Afiliación SIS ✓ Número de Controles Prenatales ✓ Hoja de Referencia ✓ Tipo de Referencia ✓ Diagnósticos adicionales ✓ Antecedentes de Riesgo durante la atención Prenatal 	
			<p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medicamentos e insumos desde el establecimiento de salud de origen ✓ Cl Na ✓ Tocolíticos (nifedipino, o Indometacina, o sulfato de magnesio, o isoxuprina) ✓ Corticoides (betametasona o dexametasona) ✓ Antibiótico: Si se asocia con RPM, ITU o ITS, 	Evaluación de frecuencias
			<p>EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hematológicos: hemograma, hematocrito, hemoglobina. ✓ Examen completo de orina – Urocultivo ✓ Test de Nugent (tinción de gram para descartar vaginosis bacteriana). ✓ Proteína C reactiva (de existir RPM). ✓ Grupo Sanguíneo y factor RH ✓ VIH, RPR ✓ Recuento de plaquetas ✓ Glucosa 	

			PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ecografía Obstétrica ✓ Perfil biofísico fetal ✓ Longitud de Cuello uterino x ecografía ✓ Recuento de cuerpos laminares (de ser posible) ✓ Mantener Vía endovenosa permeable en traslado ✓ Control de Funciones vitales y estado neurológico en emergencia ✓ Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo en emergencia y hospitalización ✓ Registro de Bishop ✓ Monitoreo materno fetal en emergencia ✓ Reposo absoluto en hospitalización ✓ Monitoreo Materno Fetal en hospitalización ✓ Manejo de UCI ✓ Manejo de UCIN 	
¿Cuáles son las complicaciones y tipo de egreso materno perinatal, por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?	Establecer las complicaciones y tipo de egreso materno perinatal, por amenaza de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital regional de Pucallpa, periodo 2016		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS COMPLICACIONES PERINATALES TIPO DE EGRESO MATERNO TIPO DE EGRESO PRODUCTO GESTACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parto Pretérmino. ✓ Compromiso del futuro obstétrico por cesárea pretérmino, Infección del Tracto Urinario ✓ Infección Vaginal u otra ITS ✓ Corioamnionitis, ✓ Ruptura Prematura de Membranas ✓ Embolia de líquido amniótico ✓ Sepsis ✓ Muerte Materna ✓ Tipo de Prematuridad ✓ Retardo de Crecimiento Intrauterino ✓ Hemorragia intracraneal, ✓ Retinopatías del prematuro, ✓ Asfixia perinatal, ✓ Enfermedad de la Membrana Hialina ✓ Enterocolitis necrotizante, ✓ encefalopatía hipoxico, isquemia, ✓ displasia broncopulmonar ✓ Malformación congénita ✓ Muerte fetal ✓ Muerte neonatal <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestante: Recuperada, Referida, Fallecida ✓ Puerpera: Recuperada, Referida, Fallecida <ul style="list-style-type: none"> ✓ Óbito ✓ Recién nacido: Recuperado(a), Referido(a), Fallecido(a) 	Evaluación de de frecuencias