



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

“INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS”.

Tesis previa a la obtención
del título de Médico
General.

AUTOR:

LORENA KARINA MEDINA CABRERA

DIRECTORA:

DRA. MARITZA PAULINA CASTILLO VÁZQUEZ, Esp.

LOJA – ECUADOR

2016



CERTIFICACIÓN

DRA. MARITZA PAULINA CASTILLO VÁZQUEZ, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA

Que el presente trabajo investigativo, previo a optar el grado Médico General titulado **“INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS”**, bajo la responsabilidad de la estudiante, LORENA KARINA MEDINA CABRERA, ha sido revisada y analizada en su totalidad; por ello autorizo la presentación de la misma para los trámites legales pertinentes.

Loja, 14 de Octubre del 2016

Dra. MARITZA PAULINA CASTILLO VÁZQUEZ, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Lorena Karina Medina Cabrera, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Lorena Karina Medina Cabrera

Firma: 

C.I. 110455089-0

Fecha: Loja, 14 de Octubre del 2016

Loja-Ecuador

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Lorena Karina Medina Cabrera, declaro ser autora de la tesis titulada: **“INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS”**, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenios la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los catorce días del mes de octubre del dos mil dieciséis, firma el autor.

Firma: .....

Autor: Lorena Karina Medina Cabrera

Cédula: 110455089-0

Dirección: Loja, avenida gran Colombia y Ambato

E-mail: loremedina1989@hotmail.com

Teléfono: celular: 0998078560

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Maritza Paulina Castillo Vázquez, Esp.

Presidente: Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo, Esp

Primer vocal: Dra. María Ester Reyes Rodríguez, Esp

Segundo vocal: Dr. Luis Vicente Minga Ortega, Esp

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo investigativo, en primera instancia a Dios y la Virgen María, por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida y haberme dado salud para lograr mis objetivos, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante el periodo de mi estudio.

A mis padres Wilton y Fanny, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi esposo Juan Carlos, quien me brindó su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mis hermanos Samuel, Robert y Rosa quienes desde pequeños hemos compartido tantos momentos y me apoyaron durante todas las etapas de formación y contribuyeron en el desarrollo de mi persona.

A todos y cada uno de mis familiares ya que sus sabios consejos me motivaron para sobrellevar las dificultades y exigencias propias del que hacer de estudiante. Este esfuerzo y testimonio de dedicación comparto también con mis docentes como expresión sincera de gratitud y respeto a sus conocimientos, sabiduría y orientación brindados.

Lorena Karina.

AGRADECIMIENTO

Al término del presente trabajo investigativo exteriorizo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, paradigma en la formación de la juventud, por haberme acogido como estudiante y en sus aulas propiciar los espacios adecuados para mi preparación profesional. El reconocimiento sincero a cada uno de los docentes de la Carrera de Medicina Humana por haberme entregado conocimientos y experiencias que me otorgan la seguridad de donar lo aprendido orientando mi voluntad, capacidad y afán de servicio al prójimo. A las personas que de una u otra forma contribuyeron para hacer de mí un profesional capaz de enfrentar con ética y responsabilidad la vocación para ejercer la Medicina realizando cada acción con profunda convicción y conciencia social; de igual manera mi agradecimiento sincero a la Dra. Maritza Castillo quien con acierto y entrega desinteresada, dirigió y guió la presente tesis sin el más mínimo atisbo de egoísmo y que con sus orientaciones acertadas contribuyó en la corrección para culminar el desarrollo del presente trabajo. En fin a todos quienes de una u otra manera han puesto su granito de arena en el curso de la investigación efectuada, facilitando llegar a la culminación de este importante tema investigativo; a nuestra sociedad en general, que constituye el motor que impulsa este incansable afán de servir y contribuir a su consolidación desde cada campo en el que nos formamos.

¡Muchas gracias!

ÍNDICE

CERTIFICACIÒN.....	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÒN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
TITULO	1
RESUMEN	2
ABSTRACTO:	4
3. INTRODUCCIÒN.....	6
4. REVISIÒN DE LA LITERATURA:	9
4.1. AMENAZA DE PARTO PREMATURO:.....	9
4.3. FACTORES DE RIESGO:	10
4.4. FISIOPATOLOGIA:.....	14
4.5. DIAGNOSTICO:	18
4.6. EVALUACION DE LA GESTANTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR SIGNOS Y SINTOMAS DE A.P.P:	19
4.7. PATOLOGIA PREVALENTE DEL RECIEN NACIDO:.....	21
4.8. PRONOSTICO:	28
5.METODOLOGÍA:.....	30
6. RESULTADOS:.....	32
7. DISCUSIÒN:.....	39
8. CONCLUSIONES:	42
9. RECOMENDACIONES:.....	43
10. BIBLIOGRAFIA:	44
11. ANEXOS:.....	46
(ANEXO 1):	46
AUTORIZACION PARA EL DESDARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO DE INVESTIGACIÒN:	
(ANEXO 2):	47
FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS:.....	

(ANEXO 3):	49
CERTIFICACION INGLES:	
ANEXO 4):	50
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:	

1. TÍTULO

**“INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES
NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN
LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS”**

2. RESUMEN

Objetivo general: Determinar la incidencia, factores de riesgo maternos y complicaciones neonatales asociadas a la amenaza de parto prematuro en las gestantes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas.

Objetivos específicos: Establecer la incidencia de amenaza de parto prematuro en las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del hospital Básico Huaquillas en el periodo Enero- Junio 2016, Conocer los factores de riesgo maternos asociados a amenaza de parto prematuro en las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del hospital Básico Huaquillas en el periodo Enero- Junio 2016, Identificar las principales complicaciones debido a la amenaza de parto prematuro.

Método: Recolección de la información de las historias clínicas de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el Hospital Básico Huaquillas, de la provincia del Oro (Ecuador), periodo Enero 2016 a Junio 2016. Se incluyeron 30 pacientes, entre las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación con diagnóstico de amenaza de parto prematuro. El análisis se realizó con tablas de frecuencia y porcentaje.

Resultados: La incidencia de amenaza de parto prematuro fue del 6% que corresponde a 30 casos; los factores de riesgo maternos de gestas anteriores asociados a amenaza de parto prematuro dentro de la población estudiada fue: infección de vías urinarias 77%, edad materna <15 y >35 años 60%, anemia 43%, trastornos hipertensivos, abortos tardíos 40%, antecedentes de fetos muertos 37%, multiparidad, vaginosis, antecedentes A.P.P 33%, embarazo múltiple 23%; Los factores de riesgo de amenaza de parto prematuro presentes durante la gesta actual fueron: edad materna <15 y >35 años 67%, : infección de vías urinarias 63%, controles prenatales < 5 57%, anemia, vaginosis 43%, trastornos hipertensivos 40%, polihidramnios 33%, tabaquismo, alcohol, fármacos 27%, embarazo múltiple 20%; Las principales complicaciones neonatales de las gestantes con

parto prematuro fueron; El 31% de los neonatos presento bajo peso, R.C.I.U, Ictericia, seguida de un 23% que tuvo sepsis, convulsiones neonatales, muerte neonatal. El 62% de los neonatos presento membrana hialina, seguida de un 46% que presento neumonía, el 38% que tuvo taquipnea apnea y bradicardia, transitoria.

Conclusiones: la incidencia de amenaza de parto prematuro es el 6%, los factores de riesgo asociados con mayor frecuencia a la amenaza de parto prematuro en la población estudiada fueron edad materna < 15 y < 35, infección de vías urinarias, controles prenatales, anemia y vaginosis; las principales complicaciones neonatales de los prematuros son membrana hialina, neumonía, apnea y bradicardia, taquipnea transitoria.

Palabras claves: *Amenaza de parto prematuro Factores de riesgo y complicaciones neonatales.*

ABSTRACT.

The general objective is to establish the incidence of threat of premature childbearing in the patients hospitalized in the field of Gineco-midwifery of the Basic hospital of Huaquillas in the period of January - June, 2016, To know the maternal risk factors associated with threat of premature childbearing in the patients hospitalized in the field of Gineco-midwifery of the Basic hospital Huaquillas in the period January - June, 2016, To identify the principal complications due to the threat of premature childbearing.

Method: Compilation of the information of the case histories of patients hospitalized with diagnosis of threat of premature childbearing in the Basic Hospital Huaquillas, of the province of the Gold (Ecuador), period January, 2016 to June, 2016. 30 patients were included, between the 22.0 up to 36.6 weeks of gestation with diagnosis of threat of premature childbearing. The analysis was realized by stage of frequency and percentage,

Results: The incidence of threat of premature childbearing was 6 % that corresponds to 30 cases; the maternal risk factors of previous exploits associated with threat of premature childbearing inside the studied population it was: infection of urinary tract 77 %, maternal <age 15 y> 35 years 60 %, anemia 43 %, hypertensive disorders, late abortions 40 %, precedents of dead fetuses 37 %, multiparty, vaginitis, precedents A.P.P 33 %, multiple pregnancy 23 %; The present risk factors of threat of premature childbearing during the current exploit were: maternal <age 15 y> 35 years 67 %: infection of urinary tract 63 %, prenatal control panel <5 57 %, anemia, vaginosis 43 %, hypertensive disorders 40 %, polihidramnios 33 %, nicotinism, alcohol, medicines 27 %, multiple pregnancy 20 %.The principal complications neonatales of the gestantes with premature childbearing were; 31 % of the neonatos presented under weight, R.C.I.U, Jaundice followed by 23 % that it had sepsis, neonatales convulsions, death neonatal. 62

% of the neonatos presented membrane hialina, followed by 46 % that presented pneumonia, 38 % that it had taquipnea apnea and bradycardia, transitory.

Conclusions: the incidence of threat of premature childbearing is 6 %, the risk factors associated with major frequency with the threat of premature childbearing in the studied population were a maternal age <15 and <35, infection of urinary tract, prenatal control panel, anemia and vaginosis; the principal complications neonatales of the gestantes with premature childbearing are a hialina membrane, pneumonia, apnea and bradycardia, taquipnea transitory.

Keywords: Threat of Premature Birth risk Factors and Neonatal Complications

3. INTRODUCCIÒN

La amenaza de parto prematuro (APP) se define como la presencia de dinamica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 semanas hasta las 36.6 semanas de gestación (OMS).

Las causas desencadenantes son de origen multifactorial, los factores de riesgo se han seleccionado en tres grandes grupos; Iatrogenicos: por indicación médica se finaliza el embarazo antes de término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación; secundario a rotura prematura de membranas; Idiopatico: sin causa aparente o conocida. En todo el mundo, se estima que la amenaza de parto prematuro se presenta en alrededor 9.6%. Se cree que la incidencia es mayor en los países en vías de desarrollo, donde gran parte de las mujeres no tienen un control prenatal óptimo en el embarazo, de tal manera no se puede dar una atención precoz de los grupos de riesgo y su manejo oportuno para así disminuir las complicaciones neonatales (Minsal, 2010).

Se ha calculado que el 53% de amenaza de parto prematuro son debido a infecciones de vías urinarias, cerca del 30% se relacionan con rotura prematura de membranas y un 25% son atribuibles a indicaciones médicas por causa materno fetales (Di Marco 2015).

El parto prematuro es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad perinatal y es responsable de un gran porcentaje de complicaciones neonatales y discapacidades permanentes, como retraso mental, parálisis cerebral que constituyen el 50%, problemas pulmonares, gastrointestinales el 33%, pérdida de la audición y visión son el 17% (Aguarón 2013).El riesgo de nacimientos prematuros para la población

general se estima entre el 6y 10 %. Según datos de la organización panamericana de la salud (OPS).

Según el ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, manifiesta que el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasa más bajas de nacimientos prematuros del mundo 5.1%. Pero paradójicamente es la primera causa de mortalidad infantil en el país debido a la prematuridad, según datos del INEC representan aproximadamente el 45% de los recién nacidos con parálisis cerebral infantil, el 35% de los recién nacidos con discapacidad visual y el 25% de los recién nacidos con discapacidad cognitiva o auditiva.

Los nacimientos prematuros son más frecuentes entre las madres adolescentes y madres de cuarenta años y más; es importante recordar que más de un millón de estos niños mueren poco después del nacimiento, los bebés que mantiene su peso muy bajo al nacer tienen una probabilidad del 24% de morir en su primer año. Muchos otros sufren algún tipo de discapacidad

El presente trabajo investigativo se realizó en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas, durante el periodo de Enero-Junio 2016, bajo un enfoque descriptivo, retrospectivo, y transversal, cuyo objetivo general fue determinar la incidencia, factores de riesgo maternos y complicaciones neonatales asociadas a la amenaza de parto prematuro en las gestantes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas. Objetivo específicos: Establecer la incidencia de amenaza de parto prematuro en las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del hospital Básico Huaquillas en el periodo Enero- Junio 2016, Conocer los factores de riesgo maternos asociados a amenaza de parto prematuro en las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-

obstetricia del hospital Básico Huaquillas en el periodo Enero- Junio 2016, Identificar las principales complicaciones debido a la amenaza de parto prematuro.

La prematuridad presenta una elevada incidencia de morbilidad y mortalidad neonatal. Por tal razón es importante investigar este síndrome en la ciudad de Huaquillas como ciudad fronteriza, tomando como referencia a la principal casa asistencial de salud como es el Hospital Básico Huaquillas; debido a que cierto número de mujeres acuden a esta casa de salud con factores predisponentes; no llevan un control prenatal adecuado, no son atendidas por personal capacitado antes de su ingreso a esta casa asistencial, otra razón por la que se llevó esta investigación fue para llevar un registro actualizado o y sus principales complicaciones.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Según la OMS, el parto prematuro es el que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas de gestación completas. La amenaza de parto prematuro se define como la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia 1 en 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.

4.2. Epidemiología

En EEUU la incidencia es del 11%, mientras que en Europa varía entre el 5 y el 7%. En Colombia según diferentes autores esta entre el 8 y el 12%. A pesar de los avances en el cuidado obstétrico esta incidencia no ha disminuido en los últimos años, y al contrario en algunos países la tendencia es a aumentar, figurando como la causa de muerte en un 60-80% de los recién nacidos sin malformaciones (OMS, 2014).

La prematuridad constituye una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un gran porcentaje de escuelas infantiles. Constituye aproximadamente el 70% de la mortalidad perinatal y el 75% de la morbilidad (Gabbe 2012).

Sin embargo se debe recalca que se ha producido un descenso; esta disminución se explica por la mejora de las prácticas de fertilidad que reducen el riesgo de gestaciones múltiples y el aumento en el uso de estrategias para prevenir el parto prematuro recurrente.

4.3. FACTORES DE RIESGO

Antecedente de parto prematuro en otras gestas, edad materna extrema menor de 15 y mayor de 35 años, historia materna de uno o más abortos,

Conductas y hábitos maternos como: gestantes sin control prenatal, consumo de Tabaco, alcohol, farmacodependencia.

4.3.1. FACTORES DESENCADENANTES DE LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Embarazo múltiple

Polihidramnios

Trastornos hipertensivo

Infección de vías urinarias

Anemia

Multiparidad

4.3.2. Antecedente de parto prematuro.

El antecedente de parto prematuro es un factor pronóstico de amenaza de este tipo de parto entre las 24 y 36 semanas de embarazo (Villanueva, 2008). En un estudio realizado sobre la incidencia de parto prematuro recurrente en cerca de 16 000 mujeres que dieron a luz en el Parkland Hospital por Bloom et al., 2001; el riesgo de parto prematuro recurrente en las mujeres cuyo primer parto fue de pretérmino se incrementó tres veces en comparación con el de las mujeres cuyo primer hijo nació a término. Más de un tercio de las mujeres cuyos primeros dos hijos fueron prematuros luego dieron a luz a un tercer nacido prematuro (Cunningham, 2011).

4.3.3. Edad materna extrema

La edad materna extrema es uno de los factores asociados a la prematuridad menores de 15 años y mayores de 35 años. Algunas enfermedades maternas y fetales pueden hacer adecuado indicar médicamente un parto prematuro. Las principales causas son: Preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal, Endocrinopatías, Hipertensión arterial, Neuropatías, Anemia, infección de vías urinarias, e infecciones sistémicas.

4.3.4. Consumo de sustancias tóxicas durante la gestación

El tabaco multiplica por 2 el riesgo relativo de partos prematuros. La frecuencia de APP y PP esta aumentada en las pacientes que consumen cocaína, opiáceos, y tabaco. Las consumidoras de marihuana grandes dosis también presentan un incremento de la tasa de prematuridad.

4.3.5. Trastornos Hipertensivos en el embarazo

La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo es una de las complicaciones más frecuentes, especialmente en los países en vías de desarrollo, donde constituye la primera causa de muerte materna en la 2da. Mitad del embarazo debido a sus múltiples complicaciones (Vazquez Niebla, Vazquez Cabrera, Namfantche, 2013).

Los trastornos hipertensivos gestacionales son multisistémicos y de causa desconocida; se caracterizan por una atribuible placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica. La enfermedad se caracteriza por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a un desbalance de los factores que promueven la normal angiogénesis a favor de factores antiangiogénicos

(sFlt-1 o sVEGFr, Factor de Crecimiento Placentario PIGF, Endoglina). Estos factores están presentes en exceso en la circulación de pacientes varias semanas antes de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas con evidencia de alteraciones metabólicas e inmunogenéticas. Se comprobó que existe alteración enzimática para la síntesis normal del óxido nítrico (NO), que conduce al estrés oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de Prostaciclina, estimulación del Sistema Renina-Angiotensina, con aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada. Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta. Todos estos factores circulantes conducen al daño endotelial, con el consecuente aumento de la permeabilidad endotelial, la pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante plaquetaria (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

4.3.6. Aborto

El aborto inducido anterior se relaciona con parto muy prematuro (<33 sem), y abortos involuntarios espontáneos anteriores se relacionan con mayor riesgo de ruptura prematura de membranas y parto prematuro.

4.3.7. Anemia

La anemia incrementa el riesgo de parto pretérmino principalmente en el 1º y 2º trimestre de la gestación y el riesgo incrementa con la severidad del déficit de hemoglobina. Si $Hb \leq 9.5$ g/dl el riesgo de parto pretérmino se multiplica x 2. La hipoxia crónica generada por la anemia puede provocar una respuesta de estrés seguida por la liberación de CRH por la placenta con incremento de la producción de cortisol por el feto y aumentar así el riesgo de parto pretérmino (Cobo, Baños, 2015).

4.3.8. Infección de Vías Urinarias

Las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones infecciosas más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna cuanto perinatal. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias (IVU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uropatógenas y de vagina que acceden al tracto urinario. *Escherichia coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en IVU durante el embarazo. La relación entre bacteriuria asintomática, parto pretérmino y peso bajo al nacimiento ha sido bien documentada. Más de 27% de partos pretérmino tienen una asociación clínica con IVU, aunque la patogénesis de la contracción uterina aún no está clara (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013).

4.3.9. Menos de 5 controles prenatales

El control prenatal consiste en actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles

prenatales. El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo de bajo riesgo. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas.

4.4. FISIOPATOLOGÍA

La amenaza, del parto pretérmino tiene una causa multifactorial, y es el final del camino de una serie de alteraciones fetales o maternas, generando así una serie de eventos fisiopatológicos que llevan a un aumento de citoquinas proinflamatorias principalmente en el líquido amniótico.

Debido a que el sistema endocrino y el sistema inmune se regulan mutuamente, parece ser que la CRH (Hormona liberadora de Corticotropina) es un mecanismo de regulación de liberación de citoquinas. Otros autores mencionan la existencia de una vía general común que implica la inversión de la razón estrógenos: progesterona, que causa cambios claves requeridos antes del parto a término y pretérmino aunque están poco caracterizados en seres humanos ya que el proceso no se puede investigar directamente.

Los cambios incluyen la preparación del miometrio para la contractilidad coordinada del trabajo de parto, estimulación de la producción decidual de agentes (sustancias que provocan o aceleran la contracción uterina) y maduración cervico-uterina por el proceso de modificación de la sustancia fundamental y colagenólisis. En el miometrio el gen de la conexina 43 y otros productos genéticos se activan para impulsar la formación de enlaces de compuerta entre las membranas celulares de miles de millones de células musculares lisas en el miometrio, estos son indispensables para permitir la contractilidad coordinada del trabajo de parto. Entre los mecanismos patógenos que explican la ruptura prematura de membranas y el trabajo de parto pretérmino, son el estrés fetal y materno, las infecciones ascendentes en vías genitales y la hemorragia decidual.

Después de la injuria tisular se produce una serie de citoquinas que van a mediar toda la reacción inflamatoria. Dentro de las más importantes podemos mencionar la interleucina 1 (IL-1) y el factor de necrosis tumoral alfa (FNT) que actúan como elementos de respuesta no específicos estimulando la producción de prostaglandinas, incluyendo en este grupo las citoquinas quimio atrayentes como la interleucina 8 (IL-8) y la proteína inflamatoria de macrófagos 1 alfa (MIP1a), las cuales actúan para establecer la activación celular inmunológica. Con este proceso ya iniciado, se producen citoquinas inmunomoduladoras como la IL-6, IL-11 que pueden acelerar la maduración de células T y B, median la respuesta de fase aguda, y aumentan la producción de prostaglandinas y citosinas.

La resolución de la inflamación está mediada por citoquinas antiinflamatorias como IL-4, IL-10 y factor de crecimiento transformador beta. La IL-10 está encargada de la inhibición de los promotores de las citoquinas proinflamatorias; mientras el factor de

crecimiento transformador beta está relacionado con el restablecimiento normal de la arquitectura tisular.

Citoquinas inflamatorias: El punto crítico en la asociación entre reacción inflamatoria y el trabajo de parto pretérmino es en la producción de metabolitos de ácido araquidónico en respuesta a las citoquinas, debido a que se produce prostaglandina E2 que es un potente útero-tónico y que puede terminar en la producción de los cambios necesarios para el parto pretérmino.

Las citoquinas inflamatorias aumentan también la expresión de proteasas, que degradan la matriz colágena (colagenasas) y estimulan la producción de IL-8 en amnios, corion, decidua y cuello uterino, con reclutamiento de polimorfonucleares y liberación de elastasas; produciendo cambios en el cuello, separación del corion de la decidua y ruptura prematura de membranas.

El estrés en la gestante y el feto libera hormonas suprarrenales e hipotalámicas, que intensifican la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) de placenta, decidua, amnios y corion. Múltiples estudios han encontrado una relación de esta elevación de CRH y la producción de prostaglandinas, actuando como efector paracrino. Igualmente, se ha visto una correlación entre la producción de IL-1 y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

La disminución de flujo sanguíneo al útero produce isquemia uteroplacentaria, que lleva a lesión de los tejidos por peróxidos lípidos y radicales libres de oxígeno, que producen endotelina, prostanoideos y proteasas; o estrés fetal y aumento de la CRH. La hemorragia decidual puede actuar en la vía de la insuficiencia placentaria y/o en la del estrés fetal por la hipoxemia.

El incremento de proteasas y prostanoïdes, por cualquiera de estos factores, antes de tiempo, origina el trabajo de parto pretérmino.

Marcadores bioquímicos:

- **Citocinas:** IL-6 en títulos superiores a 250 pg/ml, tiene una Sensibilidad del 50%, y Especificidad del 85%, es la más importante como predictor. En segundo lugar encontraríamos al FNT.

- **Proteasas:** Incrementan 8 veces su actividad en pacientes con trabajo de parto pretérmino.

- **Marcadores de estrés:** CRH: Los niveles de esta hormona se elevan hasta 100 veces durante el embarazo en el tercer trimestre antes del parto. El aumento de esta hormona asociado a la disminución en la proteína que lo liga, permite el aumento de los niveles séricos de la hormona libre. La proteína que la liga entre las semanas 16 y 30 su medición en plasma se relaciona con trabajo de parto pretérmino. Estriol: en saliva es un estrógeno especial, es el estrógeno del embarazo. Aumenta dos a cuatro semanas antes del parto. En saliva los valores mayores o iguales a 2.2 ng /ml poseen una sensibilidad: 71% y especificidad del 77%. Fibronectinaoncofetal: La fibronectinaoncofetal es parte de una clase de glucoproteínas que se encuentran en el plasma y la matriz extracelular. Se encuentra en la placenta y los tejidos fetales y su presencia en el líquido cérvico-uterino y vaginal la hace un marcador potencialmente importante en el trabajo de parto pretérmino. Es producida en el corion y se localiza en la decidua basal junto al espacio intervelloso, columnas de células del citotrofoblasto y la membrana coriónica. Aparentemente participa en la implantación y unión útero-placentaria. (Cobo, 2015)

4.5. Diagnóstico

La sintomatología de la APP suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias abdominales de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o hemorragia escasa.

No existe ningún patrón de dinámica uterina específico de APP, pero las contracciones han de ser persistentes en el tiempo y regulares, para diferenciarlas de las contracciones que de forma habitual aparecen en el transcurso de la gestación.

La APP es una de las principales causas de hospitalización prenatal, aunque solo un porcentaje pequeño de las mujeres con APP tienen un parto prematuro. Por ello es necesario distinguir entre aquellas gestantes que presentan dinámica uterina asociada a modificaciones cervicales y que tiene, por tanto un alto riesgo de terminar en un parto prematuro, de las que presentan un falso trabajo prematuro de parto.

Tradicionalmente 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 en 20- 30 minutos u 8 en una hora) y se considera modificaciones cervicales, la presencia de un borramiento $\geq 80\%$ o una dilatación cervical $\geq 2\text{cm}$, las cuales se pueden manifestar como contracciones dolorosas o indoloras, presión pélvica, dolor lumbar, sangrado vaginal, entre otras. (Ferrero, 2010)

4.5.1. Pruebas diagnósticas

Ecografía transvaginal y longitud cervical: Se realiza entre la semana 20 y 34 de gestación, si es posible como complemento del examen cervical, si la contractibilidad no es franca o las modificaciones cervicales son dudosas. Una longitud cervical $< 25\text{ mm}$ se asocia con un riesgo relativo de parto prematuro. El mayor valor predictivo positivo se obtiene con una longitud cervical inferior a 18 mm y el mejor valor predictivo negativo

con una longitud superior a 30 mm. Por lo tanto, una longitud cervical de 25 mm en presencia de contracciones con las características mencionadas anteriormente es diagnóstico de APP es muy baja independientemente de la frecuencia de contracciones. (Di Mauro, 2012)

Test de fibronectina: se realiza entre las semanas 24-34 de edad gestacional en pacientes con riesgo de parto prematuro. La fibronectina es una proteína extracelular que se encuentra en las membranas, decidua y líquido amniótico, con una función adhesiva entre el feto en desarrollo y la superficie interna del útero. Tras la implantación del saco gestacional aparece fibronectina en las secreciones cervicovaginales. Puede encontrarse normalmente en ellas antes de la semana 20-22 y al final del embarazo. Su presencia entre las semanas 24 y 34 es poco frecuente y puede indicar separación de las membranas fetales de la decidua. Un valor mayor de 50 ng/ml representa un riesgo incrementado de amenaza de parto prematuro. (Gallego, 2009)

Ambas pruebas tienen un alto valor predictivo negativo, de ahí su importancia, por lo tanto el uso único o de ambas permite determinar cuáles pacientes necesitarán ser hospitalizadas y recibir tratamiento tocolítico. (Iragorri, 2014)

4.6. EVALUACION DE LA GESTANTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR SIGNOS Y SINTOMAS DE APP

La evaluación clínica de la gestante con sospecha de APP debe incluir

- Revisión de la historia médica y obstétrica
- La datación de la gestación se hará, siempre que sea posible, por la ecografía del primer trimestre.
- Examen físico que incluya la altura uterina, así como la presentación del feto.

- Eventual especuloscopia que nos va a permitir examinar el cérvix y la vagina, así como realizar la toma de muestras (cultivos, pruebas diagnósticas, etc.)

- Se toma una muestra para realizar un test de fibronectina, se deberá efectuar antes de la exploración vaginal (tacto o ecografía) para evitar que se reduzca su valor predictivo.

- Medición de la longitud cervical por ecografía transvaginal.

- Tacto vaginal (en caso de rotura prematura de membranas amnióticas ver protocolo específico).

- Una valoración ecográfica básica para comprobar: número de fetos, edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico y localización placentaria. Si se prevé un parto inminente y no disponemos de biometrías fetales previas, es conveniente realizar una estimación del peso fetal.

- Cardiotocografía externa para valorar la dinámica uterina y bienestar fetal.

- Test de laboratorio. Más del 90% de las pacientes que consultan de urgencia por un cuadro de amenaza de parto pretermino no siempre ingresa. Por ello las pruebas analíticas a realizar se puede efectuar una vez que se ha decidido la hospitalización de la gestante y vendrá determinadas por la sospecha clínica (corioamnionitis, infección del tracto urinario, etc.....) certeza diagnostica del cuadro clínico de APP, hospitalización o no de la paciente, inicio del tratamiento tocolítico, etc. Entre las pruebas estarían :

- Estudio básico de orina/urocultivo, al asociarse frecuentemente las APP con infección del tracto urinario.

- Toma de exudado vagino – rectal para despistaje del estreptococo grupo.

- Opcionalmente se podría realizar de cara al diagnóstico, otros frotis vaginales/cervicales. (Joelle, 2009)

4.7. PATOLOGIA PREVALENTE EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO

La patología prevalente del pretermino es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria; con frecuencia el test de Apgar es bajo y necesita reanimación neonatal. En los datos del grupo SEN 1500 del año 2006,9 referidos a preterminos de peso <1.500 gr. presentaban un test de Apgar<6, el 46% al primer minuto y el 13% a los 5 minutos, y precisaron alguna medida reanimación el 68%, que incluye en un 33,6% intubación endotraqueal, tasas que descienden a medida que se eleva el peso y la EG. (Sanchez, 2008)

4.7.1. Patología Respiratoria:

La función pulmonar del pretermino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares.

La patología respiratoria es la primera causa de morbimortalidad del pretermino y viene representada por el distres respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina, seguida de las apneas del pretermino y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición. Otras patologías neumopáticas posibles son evolutivas como el neumotórax, la hipertensión pulmonar, atelectasia, enfisema intersticial, neumatoceles, edema de pulmón, neumonías infecciosas o aspirativas etc.,

La administración de corticoides prenatales y el uso del surfactante exógeno de origen bovino o porcino son dos terapias de eficacia probada, que han cambiado el pronóstico de los recién nacidos preterminos. El uso de cafeína no solo mejora la apnea del pretermino sino además se ha mostrado eficaz para reducir la tasa de la broncodisplasia y la supervivencia libres de secuelas del desarrollo neurológico. (Tucker, 2012)

La oxigenoterapia con objetivos de saturación restringidos, parece contribuir a una reducción significativa en la incidencia de retinopatía de la prematuridad y a la integridad de mecanismos antioxidantes en los recién nacidos de riesgo. (Menghelo, 2011)

4.7.2. Patología Neurológica:

La inmadurez es la constante del SNC del pretermino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija. La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y es causa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular (HIV) y su forma más grave de infarto hemorrágico. Su frecuencia en prematuro con peso inferior a 750 gr. supera el 50%, mientras que baja al 10% en los de peso superior a 1250 gr. La leucomalacia peri-ventricular representa el daño hipoxico de la sustancia blanca y su incidencia es del 1-3 % en los preterminos de muy bajo peso. La sintomatología neurológica del neonato pretermino es a menudo sutil, generalizada y bizarra, con escasos signos focales. El estudio del SNC del pretermino con técnicas

ecografías simples y doppler, constituye una rutina asistencial sistemática en estos pacientes.

La permeabilidad aumentada de la barrera hematoencefalica puede producir kernicterus con cifras de bilirrubinemia relativamente bajas. La inmadurez hepática y la demora del tránsito digestivo hacen que sea más frecuente la hiperbilirrubinemia. Existen curvas de tasas de bilirrubina, edad y peso que hacen la indicación terapéutica con márgenes de seguridad. (Rodriguez 2007)

4.7.3. Oftalmológicos:

La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pre-termino y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del pretermino (ROP) La tasa de ROP es descende conforme aumenta la EG; las formas severas aparecen con EG inferior a 28 semanas y pesos inferior a 1000gr. En los datos del Grupo SEN 1500 (9), existe algún grado de ROP en el 11% de los preterminos con peso inferior a 1500 gr, pero solo requiere tratamiento quirúrgico un 4,4 %; datos similares son publicados en años anteriores y series amplias hospitalarias¹³. El seguimiento oftalmológico esta protocolizado en las unidades neonatales, la incidencia de ROP es baja y muy diferente de los aspectos epidémicos que representó en el pasado y que se mantiene en los países en vías de desarrollo.

Los preterminos son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales y por la prevalencia de alteraciones de la refracción, por lo que deben de ser revisados periódicamente. (Jimenez, 2006)

4.7.4. Cardiovasculares:

La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardíaca. La tensión arterial media debe ser igual o superior a la EG. Del pre-termino como regla general. El controvertido tratamiento actual incluye el uso de drogas vasoactivas (Dopamina o Dobutamina o Adrenalina y /o hidrocortisona)) y de suero fisiológico como expansor de volumen (10-20 ml /kg), ambos usados con indicación estricta.

La persistencia del ductus arterioso es una patología prevalente en los preterminos, debido por una parte a la insensibilidad al aumento de la oxigenación y por otra parte a la caída anticipada de la presión pulmonar que hace que el shunt izquierda derecha se establezca precozmente. La intensidad de la repercusión hemodinámica del cortacircuito, hará la indicación terapéutica con indometacina o ibuprofeno endovenoso o el cierre quirúrgico si procede. La respuesta a los inhibidores de la prostaglandina es mejor cuanto más precozmente se administren, por lo que se abrió un capítulo aun en discusión de su uso profiláctico en los paciente de menor peso. (Romero, 2010)

4.7.5. Gastrointestinales:

La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas; existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofagico y evacuación lenta. La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación y meteorismo. El tubo digestivo es susceptible de maduración subtrato inducida por lo que se consigue eficaz digestión de forma rápida, siendo el déficit más persistente el de la absorción de las grasas y de las vitaminas

liposolubles. El uso de alimentación trófica precoz, y los soportes nutricionales parenterales, junto con el uso de leche materna fortificada, son los pilares básicos de la alimentación del pretermino.

La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de Enterocolitis Necrotizante en cuya patogenia se mezclan factores madurativos, vasculares, hipoxémicos e infecciosos. La gravedad de esta entidad hace necesario su diagnóstico y tratamiento precoz. (Castesana, 2009)

4.7.6. Inmunológicos:

El sistema inmune del recién nacido pretermino, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica, muestra una disminución de Ig G que es de transferencia materna, con práctica ausencia de Ig A e Ig M; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente. La incapacidad de limitar la infección a un territorio orgánico, hace que la infección neonatal sea sinónimo de sepsis, con focos secundarios que comprometen severamente el pronóstico como es la meningitis neonatal.

Si tenemos en cuenta las manipulaciones médicas que el pretermino precisa, con procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral etc.) asociados a la ecología hospitalaria donde es atendido, la posibilidad de adquirir una infección es alta, a las que se añade una respuesta limitada que compromete su pronóstico. En este volumen se abordan las infecciones neonatales ampliamente en los capítulos, tanto en su vertiente precoz o vertical desde su madre, como las tardías o nosocomiales, de transmisión horizontal.

Las infecciones antenatales, de origen vírico (citomegalovirus, rubéola, herpes...), bacteriano (tuberculosis) o parasitario (toxoplasmosis) forman un capítulo que se encuentra asociado con cierta frecuencia a neonatos de bajo peso, acompañando de sintomatología específica propia, a menudo séptica o pseudoséptica.

4.7.7. Metabolismo:

La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia.

Metabolismo hidrosalino: El agua representa más del 80% del peso corporal del recién nacido pretermino, que es portador de inmadurez renal que le impide la reabsorción correcta del sodio y agua filtrada, junto con incompetencia para la excreción de valencias ácidas y el adecuado equilibrio de la excreción de fósforo y calcio. Las necesidades hídricas son elevadas y deben manejarse los aportes controlados, porque las sobrecargas se encuentran implicadas en patogenia del PDA, de la EN o de la broncodisplasia.

La acidosis metabólica tardía ocurre en preterminos alimentados con fórmulas, por in-capacidad renal de excretar los catabólicos ácidos de las proteínas heterologas. Se corrige adecuadamente con aportes de alcalinizantes

El metabolismo calcio fosfórico debe ser regulado con aportes adecuados no solo de vitamina D o de 1-25 hidroxiderivado, sino con aportes suplementarios de ambos electrolitos acordes con las pérdidas renales detectadas, para conseguir adecuada mineralización ósea y evitar la osteopenia del pretermino.

Metabolismo de los Hidratos de Carbono, caracterizado por los escasos depósitos de glucógeno que junto con la interrupción de los aportes de glucosa umbilical, hace que se produzca un descenso de la glucemia. Los preterminos más extremos tienen una pobre capacidad de regulación de la insulina, situación que condiciona con frecuencia hiperglucemias y necesidad de aportes de insulina. Las necesidades diarias de hidratos de carbono se cifran entre 11 y 16 gr./kg /día. (Perez, 2007)

4.7.8. Hematológicos:

La serie roja del pretermino tiene valores promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada. Se produce un descenso progresivo de los hematíes, producida por la hemólisis fisiológica sumada a las extracciones hemáticas repetidas. La reposición periódica con al de concentrado de hematíes es frecuentemente requerida en los preterminos de muy bajo peso. La anemia tardía del pre-termino, más allá de los 15 días de vida asocia a la iatrogénica un componente hipo regenerativo medular. El uso de eritropoyetina y los suplementos férricos consiguen disminuir el número de transfusiones necesarias. Más excepcional es la aparición de un déficit de vitamina E, que presenta rasgos de anemia hemolítica.

La serie blanca del recién nacido pretermino es muy variable y sus alteraciones no son específicas. Una leucocitosis importante puede estar relacionada con la administración de corticoides prenatales o una leucopenia con la involución placentaria precoz de las hipertensas y la disminución de los factores estimulantes de colonias de granulocitos de origen placentario. Ambos trastornos también pueden ser secundarios a la infección neonatal.

4.7.9. Endocrinos:

Tiroides: se detectan signos de hiperfunción tiroidea, que puede encubrir un hipotiroidismo subyacente; Así mismo en preterminos gravemente enfermos se puede producir un hipotirosinemia transitoria. Debe realizarse un cribaje tiroideo a los 3 días de vida y repetirlo con un mes de intervalo, como práctica asistencial rutinaria.

Existe diferencias en otras glándulas endocrinas, como la suprarrenal, la hipófisis, el desarrollo gonadal etc., que se encuentran en estadios madurativos incompletos. La trascendencia clínica es variable, como la inadecuada secreción de esteroides suprarrenales que puede ser responsable de las alteraciones hidroelectrolíticas. (Culhene, 2012)

4.8. PRONOSTICO

La mortalidad neonatal es aun elevada en el recién nacido pretermino, a pesar de la mejoría de la asistencia perinatal con valores globales del 4-6 %, con una gran variación dependiente del grado de prematuridad. La mortalidad neonatal analizada en nuestro medio, para la última década del siglo XX, fue del 4,22%, el 87 % estaba constituida por recién nacidos pretermino y más del 50% de los neonatos fallecidos presentaban un peso al nacimiento inferior a 1500 gr. (16.)

En los datos del 2009 la mortalidad varía según el peso y la edad gestacional, alcanzando en los extremos mortalidad superior al 90% para los preterminos con E.G. de 24 s que desciende conforme avanza la EG, a las 28 s. es del 13% e inferiores al 7% con EG superior a 29-30 s. Cuando se establece el peso al nacimiento como referencia, la tasa de mortalidad neonatal es superior al 70 % por debajo de los 750 gr., de 750-1000 gr. el 19 %, y entre 1001-1500 gr desciende al 5.3 %.

Cuando se buscan los factores predictores de mortalidad en la población de preterminos, se encuentran como significativos: el acorta-miento de la edad gestacional, (riesgo de muerte con EG de 25 s.= 32 x el riesgo a EG de 31 s.) el sexo varón y el peso bajo para su edad gestacional (el peso inferior al P3 multiplica x 8 el riesgo de muerte)

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, se la realizo en el hospital Básico Huaquillas de la provincia del Oro, en el periodo Enero-Junio del 2016.

5.2. Universo:

El universo estuvo formado por 480 gestantes ingresadas en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas, en el periodo Enero-Junio 2016.

5.3. Muestra

La muestra la constituyeron 30 mujeres que presentaron Amenaza de parto prematuro ingresadas en el servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas durante el periodo Enero Junio -2016

5.4. Criterios de inclusión:

- ✓ Mujeres gestantes atendidas con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Básico Huaquillas durante el periodo enero-junio2016.
- ✓ Recién nacidos de madres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Básico Huaquillas durante el periodo enero-junio2016.

5.5. Criterios de exclusión:

- ✓ Mujeres ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia sin diagnóstico de amenaza de parto prematuro.

5.6. Instrumentos.

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue un formulario de recolección de datos, donde se registraron los factores de riesgo materno, factores y condiciones maternas, factores epidemiológicos y ambientales, datos que se obtuvieron de la visualización de las Historias Clínicas, historia perinatal.

5.7. PROCEDIMIENTO

Se solicitó mediante un oficio al Director del Hospital Básico Huaquillas; la autorización para la recolección de datos.

Se dio a conocer al Líder del Servicio de Ginecología-Obstetricia sobre el estudio que se realizó para tener el acceso a la información.

La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes gestantes del Hospital Básico Huaquillas y datos de la historia perinatal.

Se procedió al procesamiento de la información la cual fue representada a través de tablas y gráficos estadísticos.

5.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de obtener la información necesaria, se realizó la tabulación, codificación, interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones utilizando material tecnológico como Excel, PowerPoint, etc.

RESULTADOS

6. RESULTADOS

TABLA N°1

INCIDENCIA DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO

INCIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	30	6%
NO	450	94%
TOTAL	480	100%

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado: Lorena Medina

La incidencia de amenaza de parto prematuro fue del 6% que corresponde a 30 casos.

TABLA N°2**FACTORES DE RIESGO DE LAS GESTAS ANTERIORES**

FACTORES	NO		SI		TOTAL	
DE RIESGO	F	%	F	%	F	%
MULTIPARIDAD	20	67%	10	33%	30	100%
ANTECEDENTE DE FETO MUERTO	19	63%	11	37%	30	100%
ANEMIA	17	57%	13	43%	30	100%
EDADES EXTREMAS <15 Y >35	12	40%	18	60%	30	100%
TRANSTORNOS HIPERTENSIVO	18	60%	12	40%	30	100%
I.V.U.	7	23%	23	77%	30	100%
VAGINOSIS	20	67%	10	33%	30	100%
EMBARAZO MULTIPLE	23	77%	7	23%	30	100%
ABORTOS TARDIOS	18	60%	12	40%	30	100%
ANTECEDENTES A.P.P	20	67%	10	33%	30	100%

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado: Lorena Medina

El 77% de las gestantes tuvo como principal factor de riesgo la infección del tracto urinario, seguida el 60% de las gestantes se encontraba entre las edades extremas < de 15 años y > de 35 años, y el 43% de las gestantes tuvieron anemia, los demás factores de riesgo obtuvieron un menor porcentaje.

TABLA N° 3

**FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO
PRESENTES DURANTE LA GESTA ACTUAL**

FACTORES DE RIESGO	NO		SI		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
POLIHIDRAMNIOS	20	67%	10	33%	30	100%
CONTROLES PRENATALES < 5	13	43%	17	57%	30	100%
ANEMIA	17	57%	13	43%	30	100%
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS	18	60%	12	40%	30	100%
I.V.U.	11	37%	19	63%	30	100%
VAGINOSIS	17	57%	13	43%	30	100%
TABAQUISMO,ALCOHOL Y FARMACOS	22	73%	8	27%	30	100%
EDADES EXTREMAS <15 Y >35	10	33%	20	67%	30	100%
EMBARAZO MULTIPLE	24	80%	6	20%	30	100%

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado: Lorena Medina

El 67% de las pacientes presento edades extremas < 15 y >35 años, seguida de un 63% de infecciones del tracto urinario, el 57% que tuvo menos de 5 controles prenatales, los demás factores de riesgo se encontraron en un menor porcentaje.

TABLA N° 4**GESTANTES QUE TUVIERON PARTO PREMATURO**

PARTO PREMATURO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	43%
NO	17	57%
TOTAL	30	100%

Fuente: formulario de recolección de datos
 Elaborado: Lorena Medina

Gestantes que llegaron al parto prematuro corresponde a un 43% que corresponde a 13 pacientes.

TABLA N° 5**PRINCIPALES COMPLICACIONES NEONATALES DE LOS PREMATUROS**

PRINCIPALES COMPLICACIONES NEONATALES	NO		SI		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
MEMBRANA HIALINA	5	38%	8	62%	13	100%
NEUMONIA	7	54%	6	46%	13	100%
APNEA Y BRADICARDIA	8	62%	5	38%	13	100%
TAQUIPNEA TRANSITORIA	8	62%	5	38%	13	100%

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado: Lorena Medina

El 62% de los neonatos presento membrana hialina, seguida de un 46% que presento neumonía, el 38% que tuvo taquipnea apnea y bradicardia, transitoria.

TABLA N° 5

COMPLICACIONES NEONATALES SECUNADARIAS DE LOS PREMATUROS

SECUNDARIAS COMPLICACIONES NEONATALES	NO		SI		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
BAJO PESO	9	69%	4	31%	13	100%
R.C.I.U.	9	69%	4	31%	13	100%
ICTERICIA	9	69%	4	31%	13	100%
SEPSIS	10	77%	3	23%	13	100%
CONVULSIONES NEONATALES	10	77%	3	23%	13	100%
MUERTE NEONATAL	11	85%	2	15%	13	100%

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado: Lorena Medina

El 31% de los neonatos presento bajo peso, R.C.I.U, Ictericia, seguida de un 23% que tuvo sepsis, convulsiones neonatales, muerte neonatal.

7. Discusión

Se estudiaron 480 mujeres gestantes de todas las edades que acudieron al Hospital Básico Huaquillas de la Ciudad de Huaquillas, durante el periodo Enero- junio 2016, de esta población 30 casos presentaron amenaza de parto prematuro, lo que corresponde a una incidencia 6% de amenaza de parto prematuro.

En relación con un estudio sobre los Factores de riesgo en pacientes que presentaron amenaza de parto prematuro en el Hospital Regional Universitario de Colima-Colombia (Romo, 2012) la incidencia de Amenaza de parto prematuro fue de 6.5%, lo que concuerda con el presente estudio donde hay una incidencia del 6% al igual que otro estudio realizado en el Hospital Materno infantil “ Dr. Matilde Hidalgo Pröcel” de la ciudad de Guayaquil (Meléndez, 2013) donde se encontró una incidencia 6%, a diferencia del estudio realizado sobre factores de riesgo para la prematurez en el Hospital Obstétrico Ignacio Morones Prieto, instituto Mexicano (Hernández, 2013), donde la incidencia fue mayor con un 7.7% de los casos, así como también un estudio realizado en la ciudad de Loja en el Hospital Regional Isidro Ayora (Espinoza, 2015), donde la incidencia de amenaza de parto prematuro fue del 1.32%, siendo menor en comparación con el presente estudio.

En cuanto a los factores de riesgo presentes antes del parto; en el presente estudio se encontró a aquellas gestantes con edad menor de 15 y mayor de 35 años incluidas en este grupo el 67% de las gestantes con amenaza de parto prematuro corresponde a nuestra muestra; datos diferentes a los obtenidos en el estudio del Hospital de Ginecología y Obstetricia Ignacio Morones Prieto, Instituto Mexicano donde predominó el grupo etario mayor de 35 años en un 14,9% de los casos, del mismo modo en el estudio realizado en

Hospital Materno Infantil “Dra. Matil Hidalgo de Procel” en Guayaquil, el grupo etario predominante fue de 12 a 19 años en un 38% de los casos, datos que no guardan relación con los datos obtenidos en esta investigación.

Otro factor de riesgo es la infección de vías urinarias en un 67%, datos que guardan relación con el estudio realizado en Hospital Regional Universitario Colima-Colombia donde la mayoría de las pacientes atendidas tuvieron infección de vías urinarias en el 70%, en el estudio realizado en Hospital de Ginecología y Obstetricia Ignacio Morones Prieto, Instituto Mexicano, En el Hospital San Juan Bautista en Corrientes Argentina en un estudio en el 2011, reportan que del total de gestantes, las menores de 19 años representaron el 22%, entre 20 y 34 años el 7% y las mayores de 35 años el 36.78 % tuvieron recién nacidos pretérmino en cambio en el estudio realizado en la Ciudad de Guayaquil en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor (Olaya, 2012) el 60% de las pacientes tuvieron infección de vías, así como también un estudio realizado en la ciudad de Loja en el Hospital Regional Isidro Ayora (Espinoza, 2015), donde incide como factor de riesgo la infección de vías urinarias en un 48.2%.

Al analizar el número de controles prenatales de las gestantes que presentaron parto prematuro se encontraron que la mayoría de gestantes tenía controles inadecuados menores de 5 en un 57%, en relación al Hospital Gineco-obstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil respecto al control prenatal encontramos que las gestantes se realizaron menos de cuatro controles en un 51%. En un estudio publicado por el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2010 se pudo observar que el seguimiento de su embarazo no es de buena calidad ya que el 4.9% no tuvo atención prenatal y el 40.7% tuvo menos de 5 atenciones, un estudio realiza en la ciudad de Loja en el Hospital Isidro Ayora (Castillo, 2012) el 59% de las gestantes tienen menos de 5 controles prenatales,

De acuerdo a estudios comparativos se puede observar que en si los datos reportados por la presente investigación se encuentran en relación con estudios similares poniendo en claro que la falta o disminución de controles tienen una repercusión en la evolución del embarazo y su relación con la prematuridad, se observa que a menor cantidad de consultas prenatales es mayor su incidencia.

Aunque se presentaron en menor frecuencia y porcentaje, se evidencio la asociación con la presencia de amenaza de parto prematuro, anemia y vaginosis en el 43%, trastornos hipertensivos en el 40%, polihidramnios en 33%, tabaquismo, alcohol, drogas en el 27%, el embarazo múltiple estuvo presente en el 20% de la población, dichos factores de riesgo también ya descritos en la literatura como influyentes de la aparición de amenaza e incluso de parto prematuro

De las complicaciones neonatales que llama más la atención y preocupación por su alta incidencia es la enfermedad de la membrana Hialina; el trabajo abarca 13 casos de prematuros, de los cuales 8 corresponden a la mencionada enfermedad que se diferencia con gran porcentaje con el resto de enfermedades encontradas como el apnea del prematuro, taquipnea transitoria neonatal, neumonía, Esta enfermedad no solo tiene una alta incidencia en el Hospital Básico Huaquillas; según datos del ministerio de salud pública las infecciones respiratorias son las primera que atacan a bebes prematuros, en el área de Neonatología del Hospital Carlos Andrade Marín, del Seguro Social, donde cada año nacen por lo menos 3500 infantes, de ese total, el 11 % tiene prematurez y está afectado por la Membrana Hialina; con toda esta información podemos decir que los resultados obtenidos en la presente investigación concuerdan con datos de otros lugares del país y también con datos de bibliografía referente al tema.

8. Conclusiones

Luego de haber realizado la recolección, tabulación y análisis, de los datos obtenidos en nuestro trabajo investigativo, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- La incidencia de amenaza de parto prematuro en la presente investigación es del 6% que corresponde a 30 casos.
- Los principales factores de riesgo materno asociados a la amenaza de parto prematuro en el 67% de las pacientes presento edades extremas < 15 y > 35 años, seguida de un 63% de infecciones del tracto urinario, el 57% que tuvo menos de 5 controles prenatales, los demás factores de riesgo se encontraron en un menor porcentaje presente investigación.
- El 62% de los neonatos presento membrana hialina, seguida de un 38% que tuvo taquipnea transitoria, apnea y bradicardia, las demás complicaciones se encontraron en un menor porcentaje.

9. Recomendaciones

- Se recomienda al personal médico dar orientación a las gestantes sobre este síndrome asociado a complicaciones neonatales, para así prevenir el parto prematuro.
- Se recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido por la OMS. El primer control debe durar 40 minutos y los siguientes 20 minutos. En caso de que la embarazada realice su primer control tardíamente este durará mínimo 30 minutos
- Es muy importante que el personal médico esté capacitado para el manejo de las principales complicaciones neonatales para que poder realizar una adecuada conducta inicial ante el manejo de un parto prematuro.
- Utilización precoz y adecuada del uso de surfactante en la Membrana Hialina.

10. BIBLIOGRAFIA

Laterra C, Andina E, Di-Marco I. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2013;22(1):25-9.

Minsal S, MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica PREVENCIÓN PARTO PREMATURO. 2010;4-6

NEC. Egresos Hospitalarios. Estadísticas Vitales Y de Salud 2013. Retrieved .

Gabbe G, Niebyl J, Leigh J. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. Elsevier Saunders. Philadelphia 2012: 6; 11-5

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro. Primera edición Quito. Dirección Nacional de Normatización; 2014.

Cobo T, Baños N, Ferrero S, Palacio M. Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino; 2015;2; 20-5

Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Dwight, R, Spong, C. Protocolos de medicina fetal y perinatal hospital san juan de universidad de Barcelona. 2011;12;3-9

Capítulo 36: Parto Prematuro. WILLIAMS OBSTETRICIA. 23 EDICIÓN, 811–814.

Gallego J, Arbeláez, J, Cortés D. Trabajo de parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino Obstetricia Integral Siglo XXI. Retrieved from. 2009;5;100-21.

Heras P, Gobernado T, Mora C, Almaraz G. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Progresos En Obstetricia Y Ginecología. 2011;54;11-7.

Iragorri V, Rodríguez Donado, Perdomo S. Guía de Manejo de Trabajo de Parto Pretermo. 2014;8; 4-10

- Guías Para La Atención Materno Perinatal -Secretaría Distrital de Salud-
Alcaldía Mayor de Bogota, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008).
Control Prenatal. Componente Normativo.Ministerio de Salud Pública del
Ecuador. (2008c).
- Trabajo de Parto Pretérmino. Componente Normativo Materno.2005:1;176–81.
- Pilasi, C. Trauma en la Paciente Embarazada. Enobstetricia - guías
clínicas.2005:37;457–61).
- Sanchez A. Menchello D. Ginecología y obstetricia.2011:5;17-24
- Francisco G, Urrego P, Bogotá A. Guía De Complicaciones
neonatales.2013:9:45-54.
- Frenk, J, Ruelas, E, Tapia, R., Leon, Urgencias Obstétricas En Unidades De
Primer Nivel. Secretaria De Salud.2011 (970-721-019-2).
- Manzanares S, Santiago C. Diagnóstico y Prevención de la APP. Hospital
Universitario Virgen de las Nieves, Gíneco-Obstetricia. Actualización en
Obstetricia y Ginecología. Granada: 7-29. 20113
- Usandizaga J y De la fuente P. Tratado de Obstetricia Y Ginecología. 2 ed.
Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2014. pp. 341- 374.
- MSP DEL ECUADOR. Guía de Intervenciones Perinatales basadas en
evidencia para la reducción de la mortalidad neonatal. Abril 2007.
- Althabe F. El Parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos
preventivos. Revista Panamericana de Salud Pública. Año 2010.
- Caballero G, Ochoa A. Frecuencia de RPM en Parto Pretérmino y Valoración
de Protocolos de Manejo a Corto y Largo Plazo en la Sala de Labor y Parto del
Instituto Hondureño de Seguridad Social. Mayo-Agosto 2011.

(ANEXO 1)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.01396 CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Julio Lojan Alvarado
DIRECTOR DEL HOSPITAL BÁSICO DE HUAQUILLAS

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 19 de julio de 2016

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Lorena Karina Medina Cabrera**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la obtención de datos de historias clínicas de los pacientes diagnosticados con amenaza de parto prematuro en el periodo enero-junio 2016; información que le servirá para la realización de la tesis: **"INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Maritza Castillo Vásquez**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA - UNL



C.c.- Archivo

Sip

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480

(ANEXO 2)

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS.

OBJETIVO.- Determinar la incidencia, factores de riesgo maternos y complicaciones neonatales asociadas a la amenaza de parto prematuro en las gestantes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas.

DATOS PERSONALES

1) Edad de la paciente: Edad gestacional:

2) Paridad:

Primigesta, secundigesta, multípara.

3) Parto prematuro Si () NO ()

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTERIORES

	Si	NO
1) multiparidad:	()	()
2) antecedentes de fetos muertos:	()	()
3) anemia:	()	()
4) edad materna < 15 y >35 años:	()	()
5) trastornos hipertensivos:	()	()
6) I.V.U:	()	()
7) Vaginosiis:	()	()
8) Embarazo multiple:	()	()
9) Abortos tardíos:	()	()

10) Antecedentes de A.P.P: () ()

Características Obstétricas Actuales

	SI	NO
1) polihidramnios:	()	()
2) Controles prenatales < de 5:	()	()
3) Anemia:	()	()
4) Trastornos hipertensivos:	()	()
5) I.V.U:	()	()
6) Embarazo doble o múltiple:	()	()
7) vaginosis:	()	()
8) tabaquismo, alcohol. fármacos:	()	()
9) edad materna < 15 y > 35 años:	()	()

COMPLICACIONES NEONATALES:

	SI	NO
1) Bajo peso:	()	()
2) R.C.I.U:	()	()
3) Taquipnea transitoria:	()	()
4) Enfermedad de membrana hialina:	()	()
5) Neumonía:	()	()
6) Apnea y bradicardia:	()	()
7) Sepsis:	()	()
8) Ictericia:	()	()
9) Convulsiones neonatales:	()	()
10) Otro, cuales:	()	()

Loja, 14 de Octubre del 2016

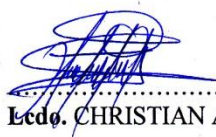
CHRISTIAN ALONZO REYES CATILLO

LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION MENCION IDIOMA INGLES

CERTIFICO

A petición del interesado; que el resumen del trabajo investigativo previo a optar el grado de Médico General, titulado "INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS" de autoría de la Srta LORENA KARINA MEDINA CABRERA. Fue revisado y traducido al idioma Ingles correctamente.

Atentamente



Lcdo. CHRISTIAN ALONZO REYES CATILLO

CI: 1104909120



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:


“INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO
MATERNOS Y COMPLICACIONES
NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA
DE PARTO PREMATURO EN LAS
GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL
ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS”

AUTORA:

Lorena Karina Medina Cabrera

LOJA – ECUADOR

2016



Educación
sinónimo de
Libertad

INDICE

“INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS”	52
B. PROBLEMA	53
OBJETIVO GENERAL	58
5.1. OBJETIVO ESPECÍFICOS	58
E. MARCO TEÓRICO	59
7 METODOLOGÍA	59
7.1 TIPO DE ESTUDIO	59
7.2 LUGAR	60
7.3 UNIVERSO	60
7.4 Muestra	60
7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	61
7.6.1 VARIABLES	61
7.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	61
8 CRONOGRAMA	65
10. RECURSOS	66
8.1 RECURSOS NECESARIOS.	66
8.2 RECURSOS MATERIALES.	66
RECURSOS ECONOMICOS	66



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
“ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

A. TEMA

“INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS”



B. PROBLEMA

¿Cuáles es la incidencia de los principales factores de riesgo maternos y complicaciones neonatales asociadas a la amenaza de parto prematuro en las gestantes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas.



C. PROBLEMÁTICA

La amenaza de parto prematuro (APP) se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 semanas hasta las 36.6 semanas de gestación (OMS).

Las causas desencadenantes son de origen multifactorial, los factores de riesgo se han seleccionado en tres grandes grupos; Iatrogenicos: por indicación médica se finaliza el embarazo antes de término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación; secundario a rotura prematura de membranas; Idiopatico: sin causa aparente o conocida. En todo el mundo, se estima que la amenaza de parto prematuro se presenta en alrededor 9.6%. Se cree que la incidencia es mayor en los países en vías de desarrollo, donde gran parte de las mujeres no tienen un control prenatal óptimo en el embarazo, de tal manera no se puede dar una atención precoz de los grupos de riesgo y su manejo oportuno para así disminuir las complicaciones neonatales (Minsal, 2010).

Se ha calculado que el 53% de amenaza de parto prematuro son debido a infecciones de vías urinarias, cerca del 30% se relacionan con rotura prematura de membranas y un 25% son atribuibles a indicaciones médicas por causa materno fetales (Di Marco 2015).

El parto prematuro es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad perinatal y es responsable de un gran porcentaje de complicaciones



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA “ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

neonatales y discapacidades permanentes, como retraso mental, parálisis cerebral que constituyen el 50%, problemas pulmonares, gastrointestinales el 33%, pérdida de la audición y visión son el 17% (Aguarón 2013). El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre el 6 y 10 %. Según datos de la organización panamericana de la salud (OPS).

Según el ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, manifiesta que el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasa más bajas de nacimientos prematuros del mundo 5.1%. Pero paradójicamente es la primera causa de mortalidad infantil en el país debido a la prematuridad, según datos del INEC representan aproximadamente el 45% de los recién nacidos con parálisis cerebral infantil, el 35% de los recién nacidos con discapacidad visual y el 25% de los recién nacidos con discapacidad cognitiva o auditiva.

Los nacimientos prematuros son más frecuentes entre las madres adolescentes y madres de cuarenta años y más; es importante recordad que más de un millón de estos niños mueren poco después del nacimiento, los bebes que mantiene su peso muy bajo al nacer tienen una probabilidad del 24% de morir en su primer año. Muchos otros sufren algún tipo de discapacidad

El presente trabajo investigativo se realizó en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas, durante el periodo de Enero-Junio 2016, bajo un enfoque descriptivo, retrospectivo, y transversal, cuyo objetivo general fue determinar la incidencia, factores de riesgo maternos y complicaciones neonatales asociadas a la amenaza de parto prematuro en las gestantes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas. Objetivo específicos: Establecer la incidencia de amenaza de parto prematuro en las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del hospital Básico Huaquillas en el periodo Enero- Junio



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

“ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

2016, Conocer los factores de riesgo maternos asociados a amenaza de parto prematuro en las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del hospital Básico Huaquillas en el periodo Enero- Junio 2016, Identificar las principales complicaciones debido a la amenaza de parto prematuro.

La prematuridad presenta una elevada incidencia de morbilidad y mortalidad neonatal. Por tal razón es importante investigar este síndrome en la ciudad de Huaquillas como ciudad fronteriza, tomando como referencia a la principal casa asistencial de salud como es el Hospital Básico Huaquillas; debido a que cierto número de mujeres acuden a esta casa de salud con factores predisponentes; no llevan un control prenatal adecuado, no son atendidas por personal capacitado antes de su ingreso a esta casa asistencial, otra razón por la que se llevó esta investigación fue para llevar un registro actualizado o y sus principales complicaciones.



JUSTIFICACIÓN

El Parto Prematuro es uno de los acontecimientos obstétricos de mayor importancia y responsable de una gran morbi-mortalidad neonatal. La prematuridad producida trae consigo un sinnúmero de complicaciones para el neonato de toda índole.

Las beneficiarias de esta investigación serán las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro en y por ende aquellos neonatos en que el impacto de morbi-mortalidad será menor

Los resultados del estudio ayudarán a disminuir la incidencia de partos prematuro, en las mujeres gestantes en el Hospital Básico Huaquillas.

Este trabajo servirá de pauta para otros estudios que investiguen el tratamiento tocolítico en pacientes con modificaciones cervicales y que no tengan las 37 semanas de gestación para que el producto de dicha gestación este en menor riesgo de padecer asfixia intraparto y desarrollar complicaciones en el periodo perinatal.



D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia, factores de riesgo maternos y complicaciones neonatales asociadas a la amenaza de parto prematuro en las gestantes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas.

5.1. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- ❖ Establecer la incidencia de amenaza de parto prematuro en las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del hospital Básico Huaquillas en el periodo Enero- Junio 2016
- ❖ Conocer los factores de riesgo maternos asociados a amenaza de parto prematuro en las pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del hospital Básico Huaquillas en el periodo Enero- Junio 2016
- ❖ Identificar las principales complicaciones debido a la amenaza de parto prematuro.



E. MARCO TEÓRICO

1. AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

- 1.1. EPIDEMIOLOGIA
- 1.2. FACTORES DE RIESGO DESCENDENANTES DE PARTO PREMATURO
- 1.3. FOSIOPATOLOGIA
- 1.4. EVALUACION DE LA GESTANTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR SIGNOS Y SINTOMAS DE A.P.P.

2. PATOLOGIA PREVALENTE EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO

- 2.1. PATOLOGIA RESPIRATORIA
- 2.2. PATOLOGIA NEUROLOGICA
- 2.3. OFTALMOLOGICOS
- 2.4. CARDIOVASCULARES
- 2.5. GASTROINTESTINALES
- 2.6. INMUNOLOGICOS
- 2.7. HAMATOLÒGICOS
- 2.8. ENDOCRINOS
- 2.9. PRONOSTICO
- 2.10.

7 METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación de acuerdo al problema y objetivos que se plantea es de tipo descriptivo-retrospectivo, transversal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

“ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

7.2 LUGAR

Hospital Básico Huaquillas ubicado en las calles Martha Bucaram y 6 de octubre del cantón Huaquillas de la provincia del Oro.

7.3 UNIVERSO

Las pacientes gestantes ingresadas al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas en el periodo de enero –junio 2016.

7.4 Muestra

Pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas en el periodo enero- junio 2016

PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE DATOS

- + Se realizará la presentación de un oficio al Director del Hospital Básico Huaquillas a fin de obtener la autorización para la ejecución del presente estudio.
- + Para la recolección de la información se utilizara una hoja recolectora de datos la cual costara de 4 apartados, en el primero constaran los datos personales de la paciente, en el segundo características obstétricas anteriores, tercero características obstétricas actuales y el cuarto las complicaciones neonatales de las gestantes con parto prematuro.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro
- b) Pacientes gestante ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el periodo Enero-Junio 2016



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

“ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

- c) Recién nacidos de madres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el periodo Enero-Junio 2016

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia sin diagnóstico de amenaza de parto prematuro
- b) Pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de amenaza de parto prematuro antes y después del periodo de Enero-Junio 2016
- c) Recién nacidos de madres sin diagnóstico de amenaza de parto prematuro
- d) Recién nacidos de madres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia antes y después del periodo Enero-Junio 2016.

7.6.1 VARIABLES

Variable independiente: Amenaza de parto prematuro

Variable dependiente: incidencia de amenaza de parto prematuro, factores de riesgo maternos, complicaciones neonatales.

7.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA 1
INCIDENCIA	La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.	Número de casos nuevos	números	
FACTORES DE RIESGO MATERNOS	Enfermedades maternas asociadas al embarazo.	características personales:	Edad:	Primigesta, secundigesta, múltipara. 27-29semanas, 30-32 semanas, 33-36 semanas Alcohol, cigarrillo, drogas, medicación
			Paridad:	
			Edad gestacional:	
			Sustancias psicotrópicas	
			Controles Prenatales:	<5 controles, >5 controles,Optimo, Ninguno



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 “ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

VARIABLE INDEPENDIENTE: AMENAZA DE PARTO PREMATURO

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA 1
		Características obstétricas anteriores	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de partos pre términos anteriores: • Antecedente de aborto tardío: • Antecedente de fetos muertos: • Antecedentes de ruptura prematura de membranas: • Preclampsia: • Eclampsia 	si no si no si no si no si no
		Características obstétricas actuales	<ul style="list-style-type: none"> • Stress, violencia familiar: • Hábitos personales: Tabaquismo, alcoholismo: 	si no si no



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA “ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

			<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo: • Infecciones urinarias: • Vaginosis, vaginitis: • Embarazo doble o múltiple: • Polihidramnios: • Traumas físicos o emocionales : • Metrorragias del primer o segundo trimestre: 	si no si no si no si no si no si no
COMPLICACIONES NEONATALES	Cambios fisiológicos que implican el paso de la vida intrauterina a la extrauterina	La patológica de mayor importancia clínica asociada a la prematuridad	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso: • enfermedad de membrana hialina: • hemorragia intraventricular severa: • enterocolitis necrotizante: • neumonía congénita: • neumotórax: • displasia broncopulmonar 	si no si no si no si no si no si no

8 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	JUNIO 2016				JULIO 2016				AGOSTO 2016				SEPTIEMBRE 2016				OCTUBRE 2016			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto de Tesis	X	X	X	X																
Presentación y aprobación del proyecto					X	X	X													
Elaboración del Marco Teórico							X	X												
Aplicación de instrumento de recolección de datos									X	X	X	X								
Tabulación y análisis estadístico													X	X	X					
Elaboración de conclusiones y Recomendaciones																X	X			
Presentación del Primero Borrador del Tesis de Grado																	X	X		
Sustentación de tesis																				X



10. RECURSOS

8.1 RECURSOS NECESARIOS.

- Una estudiante de carrera de Medicina
- Pacientes en trabajo de parto

8.2 RECURSOS MATERIALES.

MATERIALES

- Test
- Materiales de Oficina
- Libros
- Empastados
- Transporte
- Copias e Impresiones
- Computadoras

RECURSOS ECONOMICOS

Presupuesto

DESCRIPCIÓN	VALOR	TIEMPO
Transporte:	\$ 100	semestral
Material de Oficina	\$ 100	semestral
Libros	\$ 100	semestral
Copias e Impresiones	\$ 100	semestrall
Empastados	\$ 50	semestral
Test copias	\$ 50	semestral
Total	\$ 500	semestral



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
“ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

(ANEXO 2)

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y COMPLICACIONES NEONATALES ASOCIADAS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS.

OBJETIVO.- Determinar la incidencia, factores de riesgo maternos y complicaciones neonatales asociadas a la amenaza de parto prematuro en las gestantes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico Huaquillas.

DATOS PERSONALES

4) Edad de la paciente: Edad gestacional:

5) Paridad:

Primigesta, secundigesta, múltipara.

6) Parto prematuro Si () NO ()

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ANTERIORES

	Si	NO
11) multiparidad:	()	()
12) antecedentes de fetos muertos:	()	()
13) anemia:	()	()
14) edad materna < 15 y >35 años:	()	()
15) trastornos hipertensivos:	()	()
16) I.V.U:	()	()
17) Vaginosiis:	()	()



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

“ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

- 18) Embarazo múltiple: () ()
19) Abortos tardíos: () ()
20) Antecedentes de A.P.P: () ()

Características Obstétricas Actuales

- | | SI | NO |
|------------------------------------|-----|-----|
| 10) polihidramnios: | () | () |
| 11) Controles prenatales < de 5: | () | () |
| 12) Anemia: | () | () |
| 13) Trastornos hipertensivos: | () | () |
| 14) I.V.U: | () | () |
| 15) Embarazo doble o múltiple: | () | () |
| 16) vaginosis: | () | () |
| 17) tabaquismo, alcohol. fármacos: | () | () |
| 18) edad materna < 15 y > 35 años: | () | () |

COMPLICACIONES NEONATALES:

- | | SI | NO |
|-------------------------------------|-----|-----|
| 11) Bajo peso: | () | () |
| 12) R.C.I.U: | () | () |
| 13) Taquipnea transitoria: | () | () |
| 14) Enfermedad de membrana hialina: | () | () |
| 15) Neumonía: | () | () |
| 16) Apnea y bradicardia: | () | () |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

“ÁREA DE LA SALUD HUMANA”

- 17) Sepsis: () ()
- 18) Ictericia: () ()
- 19) Convulsiones neonatales: () ()
- 20) Otro, cuales: