



RESUMEN

Objetivo.- Se aplicó el sistema de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional, en usuarias con amenaza de parto pretérmino del servicio de Maternidad del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso en los meses Marzo y Mayo Del 2010.

Métodos y materiales.- Se realizó un estudio de intervención educativa a madres del área de maternidad en un periodo comprendido entre Marzo y Mayo del 2010.

La muestra se constituyo en 40 mujeres que se encuentran con amenaza de parto

Pretérmino y estaban hospitalizadas en el área de maternidad.

La recolección de los datos se realizó mediante una entrevista a las madres que firmaron su consentimiento de participación en esta investigación.

Resultados: Las madres que presentaron amenaza de parto pretérmino y fueron atendidas de manera oportuna no presentaron mayores complicaciones hasta el momento del parto, se brindó educación de acuerdo a la promoción y prevención del parto pretérmino, analizando sobre signos y síntomas principales para una atención inmediata y a su vez favorecerá un mejor crecimiento, desarrollo fetal y la salud de la madre.

Según las encuestas realizadas se observó que hay un gran número de personas que conocen sobre este tema; como son signos, síntomas y factores que se presentan.

Conclusión: En el área de maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso; se brindó una información y educación adecuada a las madres que presentan esta patología, mediante la misma ayuda a disminuir los factores de riesgo que incrementan la A.P.P.

PALABRAS CLAVES: enfermería materno infantil, trabajo de parto prematuro, conocimientos, actitudes, practicas en salud, educación en salud



ABSTRACT

Objective .- was applied partly compensatory nursing system and educational support in users with preterm labor service Maternity Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso in the months March and May 2010.

Methods and materials .- A study of educational intervention to mothers in maternity a period between March and May 2010.

The sample consisted of 40 women found to impending childbirth Preterm and were hospitalized in the maternity ward.

The data collection was conducted by interviewing the mothers who signed their consent to participate in this research.

Results: Mothers who had preterm labor and were treated in a timely manner had no further complications to the time of delivery, education was provided according to the promotion and prevention of preterm delivery, looking for signs and symptoms leading to immediate attention and in turn promote better growth, fetal development and health of the mother.

According to surveys showed that a large number of people who know about this subject, such as signs, symptoms and factors are presented.

Conclusion: In the area of maternity Vicente Corral Moscoso Hospital, were given adequate information and education to mothers who have this disease, using the same help to reduce risk factors that increase APP



INDICE

RESUMEN	1
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO	17
TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM	17
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	19
ETIOLOGIA	20
DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	21
TRATAMIENTO	26
MADURACION PULMONAR	42
INTERVENCION DE ENFERMERÍA	44
CAPÍTULO III	47
OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	47
CAPÍTULO IV	48
DISEÑO METODOLÓGICO	48
VARIABLES	49
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	50
CAPÍTULO V	54
MARCO REFERENCIAL	54
CAPÍTULO VI	59
RESULTADOS	59
ANALISIS DE TABLAS	60
FANNY ELIZABETH GUALLPA MINCHALA /2010 IGNACIA MARGARITA ROMERO GALABAY	3



CAPÍTULO VII	72
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
CITAS BIBLIOGRAFICAS	75
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS	79



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**APLICACIÓN DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA PARCIALMENTE
COMPENSATORIO Y DE APOYO EDUCACIONAL, EN USUARIAS CON
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO DE MATERNIDAD
DEL HOSPITAL REGIONAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA
2010.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA.**

**AUTORAS: FANNY ELIZABETH GUALLPA MINCHALA
IGNACIA MARGARITA ROMERO GALABAY**

DIRECTORA: LCDA: ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA: LCDA: SORAYA MONTAÑO PERALTA.

**CUENCA-ECUADOR
2010**



DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo hemos dedicado primeramente a Dios porque él nos dio la oportunidad de estar en esta tierra, porque él nos regaló la vida.

A nuestros padres porque si no fuera por el sacrificio y el amor que día a día nos brindan, no se hubiera podido realizar este trabajo.

De manera muy especial dedicamos esta tesis a nuestra directora porque ella ha sido un pilar muy fundamental durante la realización y culminación de todo este trabajo de investigación.

Fanny y Margarita.



AGRADECIMIENTO

Queremos hacer un extensivo agradecimiento primero a Dios El quien nos ha regalando un día más de vida para poder realizar nuestras tareas cotidianas.

También agradecemos a nuestros padres que de una u otra manera nos están apoyando para que terminemos con éxito las metas que nos propusimos para nuestro futuro, mediante el estudio de una carrera universitaria.

A la Lcda. Adriana Verdugo directora de esta tesis quien ha sido nuestro mayor apoyo para la realización de este trabajo de investigación y nos ha permitido día tras día mejorar nuestros errores de los mismos que nos sirvieron para la finalización de la investigación.

A la Lcda. Soraya Montaña por el apoyo incondicional en la asesoría que nos brindo durante la realización y culminación de la presente investigación.

A las madres embarazadas por su apoyo en la culminación de este trabajo.



Al personal del Área de Maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en su colaboración durante la recolección de la información, gracias por la confianza, por permitirnos conocer más de cerca los problemas de salud que afectan a las usuarias embarazadas.

Fanny y Margarita.



RESPONSABILIDAD

Las opiniones y criterios vertidos en la presente investigación aplicación del sistema de Enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional, en usuarias con amenaza de parto pretérmino del servicio de Maternidad del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” en los meses de Abril y Mayo 2010, son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

F:.....

Margarita Romero Galabay

C.I 0302196183

F:.....

Fanny Guallpa Minchala.

C.I 030216813-3



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es un problema no sólo obstétrico si no también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. Apareciendo en un 5-10% de todas los embarazos. Consideramos como amenaza de parto prematuro a la posibilidad de que se produzca el parto antes de las 37 semanas cumplidas de gestación.

Incidencia: 8 al 10% de todos los nacimientos. Es una enfermedad social, asociada a la pobreza, desnutrición, analfabetismo y falta de controles prenatales, por lo que su incidencia aumenta proporcionalmente a los índices de pobreza y ausencia de controles. La prematurez ha sido una patología a la cual el obstetra y pediatra se han enfrentado durante años, ha especialmente en los países desarrollados es la primera causa de muerte perinatal.

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematurez, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación, etc. Con el tiempo se le ha ido dando cada vez más importancia en la patogénesis a los factores infecciosos. Entre ellas tenemos las infecciones del tracto urinario (ITU), la cual es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo, su incidencia fluctúa entre 3 y 12%, las modificaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer a esta alta frecuencia.

El diagnóstico de la amenaza de parto prematuro se establece por la percepción de contracciones uterinas, el ritmo y frecuencia de las mismas, y la pérdida de líquido o sangre por vagina. En la exploración ginecológica se detectan las contracciones uterinas, la exploración vaginal demostrando los cambios cervicales ya sea el borramiento o dilatación del cuello uterino.

Para establecer la seguridad de la amenaza de parto prematuro se debe controlar la dinámica uterina.

Los avances en los cuidados prenatales durante los últimos años, en especial en la detección del "embarazo de alto riesgo", han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la



frecuencia de prematurez. La captación precoz de embarazadas con factores de riesgo de parto prematuro removibles es mayor en aquellos lugares donde la organización de la atención perinatal se encuentra regionalizada. Donde ésta es deficiente el porcentaje de mujeres con control prenatal es más bajo, el ingreso de partos prematuros a los centros de salud resulta generalmente tardío, sin oportunidades de prevención anti natal.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Primero nos hemos planteado la pregunta objeto de nuestra investigación

Por que se presenta en el servicio de Maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso un mayor número de amenaza de parto pretérmino.

La prematuridad es la causa más frecuente de enfermedad y mortalidad en los recién nacidos y el gran problema que se nos presenta al obstetra y su paciente, es que en la mayor parte de los casos no sabemos quienes van a sufrirla, y una vez que ocurre, casi nunca se logra determinar una causa que esté condicionando el problema. A pesar de esto sabemos que existen muchísimos factores de riesgo y que en algunos casos podemos eliminarlos o reducirlos mediante una adecuada labor preventiva sobre la mujer embarazada (Control Prenatal) y la mujer que desea un embarazo a futuro (Control y Educación Preconcepcional).

Las causas maternas más frecuentes encontradas en el servicio de Maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso son:

Partos Prematuros anteriores, Hipertensión, Diabetes mellitus, anemia, infecciones de vías urinarias, falta de Control Prenatal, Edades extremas: menos de 18 y mayores de 35 años. Embarazos seguidos (menos de 3 meses), antecedentes de aborto previo, trabajo agotador, Nivel socioeconómico bajo.

En la actualidad los embarazos se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia siendo este un factor que predispone a la amenaza de parto pretérmino; debido a la falta de información acerca del control prenatal y los cuidados que se deben realizar durante el embarazo.

Las enfermedades como la diabetes, la presión alta y las infecciones de vías urinarias son otros de los factores pre disponentes a que se presente la amenaza de parto pretérmino poniendo en riesgo la salud de la Madre y el Feto, por lo que si existiera más información acerca de estas enfermedades se lograría disminuir el porcentaje de la mortalidad materno – fetal.



JUSTIFICACIÓN.

En la presente investigación se obtiene la siguiente información que nos aporte datos significativos:

La incidencia a nivel del país y del mundo permanece entre el 6 % a 14 %, en nuestro país no se ha realizado las suficientes investigaciones, por lo que se decidió investigar en otros países que presentan un alto índice de morbi-mortalidad neonatal, en los que se da a conocer a continuación:

- ✓ En la investigación que se realiza en **Chile**, el parto prematuro sigue siendo unos de los mayores problemas de la obstetricia actual. A pesar de los grandes esfuerzos en investigación, su prevalencia, alrededor del 5-7%, sigue manteniéndose estable. Este es un gran problema ya que la prematurez es responsable de un 80% de la mortalidad perinatal y de un 50% de las secuelas neurológicas a largo plazo. Diversas estrategias han sido desarrolladas con el objetivo de disminuir el parto prematuro, ya sea en investigación acerca de su etiología como en drogas que afectan directamente a la madre y feto. Es aquí donde aparecen las drogas tocolíticas, donde hemos visto un gran aumento en su estudio en los últimos años. Es así como contamos con un gran número de fármacos estudiados para ver su efecto en detener el parto prematuro como lo son el sulfato de magnesio, ritodrine, fenoterol, y últimamente los bloqueadores de canales del calcio como lo es el nifedipino.

En Chile nacen anualmente alrededor de 259.069 niños (anuario INE MINSAL 2001), de los cuales un 0.99 % son prematuros extremos - menores de 1.500 gramos de peso al nacer y menores de 32 semanas de edad gestacional, lo que en números absolutos significan 2.565 RN con estas características.

- De éstos, un 50% presenta Enfermedad de Membrana Hialina, enfermedad prevenible en alrededor de un 60% de los casos con el uso oportuno de Corticoides. (1)
- La letalidad de la EMH ha presentado una progresiva declinación en los últimos años, desde cifras muy iniciales de 80% hasta una letalidad actual aproximada de 10% en países desarrollados y menor del 30% en nuestro país.
- El parto prematuro puede presentarse con membranas intactas en un 25 a 50% de los casos; asociado a una rotura prematura de membranas (RPM) en un 33%, y asociado a complicaciones maternas médicas, quirúrgicas u obstétricas en un 25% de los casos.
- Los fenómenos primarios, en gran parte de origen desconocido, pueden ser infecciosos, isquémicos, disfunción, sobre distensión uterina, alérgicos, inmunes.



- ✓ **La tasa de prematuridad en los EEUU es de 11 %**, mientras que en **Europa varía entre 5 a 7 %**. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años. La prematuridad sigue siendo la principal causa de morbi-mortalidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. Como el riesgo de morbi-mortalidad en los nacimientos cercanos al término es baja, la mayor atención está focalizada en el parto pretérmino temprano. Si bien los nacimientos en este grupo representan el 1 al 2 % de todos los partos, ellos son responsables de cerca del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60 % de la mortalidad neonatal.
- ✓ Las tasas de mortalidad neonatal han disminuido en los últimos años debido a la mejoría de los servicios de cuidados intensivos neonatales y a un mejor acceso a los servicios de salud; actualmente sobrevive más del 50 % de los neonatos de 25 semanas, y más del 90 % de los neonatos por encima de las 28 a 29 semanas. En EEUU, se han reportado tasas de sobrevivencia del 20 al 30% en recién nacidos de 22 a 23 semanas; sin embargo, estos niños presentan a menudo déficit neurológico a largo plazo.(2)

Ya que a medida que aumenta la edad gestacional desde las 22 a las 28 semanas, existen mejores resultados tanto en la sobrevivencia como en un mejor desarrollo neurológico, los mayores beneficios en retrasar el parto se observan en esta etapa. Las principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematuridad incluyen síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia Intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, Sepsis y persistencia del ductus arterioso. En cuanto a la morbilidad a largo plazo se destaca la parálisis cerebral, el retardo mental y la retinopatía del prematuro.

El riesgo de estas patologías se relaciona directamente con la edad gestacional y el peso al nacer. Por ejemplo, la parálisis cerebral se presenta en aproximadamente el 2 por mil del total de nacimientos, siendo 40 veces más alta la probabilidad de presentarla en un parto de pretérmino. Aproximadamente el 8 al 10 % de los recién nacidos vivos con peso menor a los 1000 gramos desarrollarán parálisis cerebral. Estos niños además tienen tasas más altas de retardo mental y discapacidad visual, así como alteraciones en el comportamiento neurológico y pobre desarrollo escolar

- ✓ Otro de los países es **Venezuela** ya que en el Segundo Congreso Internacional de Medicina Perinatal se encontró una incidencia del 13 %.



El parto pretérmino es un problema de salud pública por las repercusiones sobre la vida del niño, que se presenta entre 7 % a 12 % de los embarazos y causa hasta el 75 % de la morbilidad y mortalidad neonatal.

Según su etiopatogenia puede ser:

a) Parto pretérmino idiopático en el cual el primer signo en aparecer son las contracciones uterinas, regulares, que traen como consecuencia el parto, representando un 30 % a 40 %.

b) Parto pretérmino como consecuencia de la rotura prematura de membranas ovulares antes de las 37 semanas de edad gestacional con un 30 % a 40 % aproximadamente. (3)

c) Parto pretérmino yatrogénico debido a intervención obstétrica por indicaciones maternas o fetales con un 20 % a 30 %.

- ✓ **La incidencia de este problema en España es de cerca del 8%.** No se conocen bien las causas que pueden desencadenar un parto prematuro, aunque existe una serie de **factores de riesgo**.

Los más comunes son el embarazo múltiple, determinados defectos en el útero, como miomas o cuello de útero incompetente, la cirugía abdominal, la hipertensión, las infecciones, la rotura prematura de la bolsa, la placenta previa o una enfermedad crónica de la madre, entre otros.

En estos casos, el médico seguirá un **control más estrecho** de la embarazada y, en el caso de que se presente alguna señal del inicio del parto, tratará de evitar que éste se produzca, lo que no siempre es posible.

La amenaza de parto pretérmino también se da en mujeres sanas con embarazos aparentemente normales y sin antecedentes de parto prematuro. Por ello, si se presenta alguno de los siguientes **signos**, se debe avisar al ginecólogo de inmediato, ya que podría tratarse de una amenaza de parto prematuro:

1. Pérdida de fluido por la vagina (fluido acuoso, sanguinolento o mucoso).
2. Contracciones uterinas regulares.
3. Calambres abdominales con o sin diarrea.
4. Dolor en la parte baja de la espalda.
5. Presión abdominal en la pelvis.



El ginecólogo comprueba si se han producido cambios en el cuello del útero como el borramiento o la dilatación y realiza una **ecografía** para observar el feto. También se hace un registro del latido cardíaco del feto y de las contracciones uterinas de la madre. (4)

En la actualidad existen unos **test** rápidos que se pueden realizar en la propia consulta del ginecólogo, basados en la detección de ciertas sustancias fetales como la fibronectina fetal que informan sobre la severidad de las contracciones.

Si no se ha producido una rotura de la bolsa, aún existen posibilidades de detener el parto. Algunas de las medidas que el médico prescribe incluyen el **reposo** en cama, a veces incluso con hospitalización y, ocasionalmente, con **fármacos** para detener las contracciones.

Al no contar con número mayor de gestantes con amenaza de parto pretérmino se vió conveniente realizar en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el servicio de Maternidad.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.- TEORIA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

a) Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b) Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al



individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto cuidado.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.



5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

*** Concepto de Salud:**

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

*** Concepto de Enfermería:**

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

2.- AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Generalidades

El parto pretérmino es una patología que representa una frecuencia, alrededor del 10 % de los embarazos y es la causante de la mayor mortalidad perinatal, situándose entre el 68 al 80% de fetos sin anomalías. Continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye un reto y punto de atención continua para el equipo médico.

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



Partiendo de estas definiciones recalcamos que todo esfuerzo para prevenir el parto pretérmino representa la medida más importante para reducir la mortalidad perinatal, ya que el 75% de ella, es debida a la prematuridad.

Debido a que el riesgo de morbilidad en los nacimientos cercanos al término es bajo, la mayor atención se orienta en el parto pretérmino temprano (menor de 32 semanas); si bien los nacimientos de este grupo representan el 1 al 2 % de todos los partos, ellos son responsables del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60% de la mortalidad neonatal. De ahí, que el gran desafío para aumentar el número de sobrevivientes sanos, es la prevención y el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino.

Conceptos

Parto pretérmino.

Nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación.

Trabajo de parto pretérmino

Contracciones uterinas de por lo menos 3 en 30 minutos, acompañada de cambios cervicales: borramiento 50% o dilatación igual o mayor a 3 cm. Antes de las 37 semanas de gestación.

Amenaza de parto pretérmino.

Contracciones uterinas de por lo menos 3 en 30 minutos sin cambios cervicales mayores con una dilatación menor de 3 cm.

CLASIFICACIÓN

- Con membranas íntegras
- Con ruptura de membranas
- Con complicaciones propias del embarazo/iatrogénicas

ETIOLOGÍA

Factores predictivos

- Indicadores Clínicos

Factores de riesgo mayores:

- Gestación múltiple
- Antecedente de parto pretérmino
- Antecedente de amenaza de parto pretérmino
- Polihidramnios
- Anomalías uterinas
- Cirugía abdominal durante el embarazo
- Antecedente de conización



- Dilatación mayor a 1 cm. A las 32 semanas de gestación
- Cuello menor a 1 cm de longitud a las 32 semanas de gestación
- Dos o más abortos en el segundo trimestre
- Consumo de cocaína

Factores de riesgo menores:

- Enfermedad febril durante el embarazo
- Pielonefritis
- Consumo de más de 10 cigarrillos al día
- Metrorragia después de las 12 semanas de gestación
- Un aborto en el segundo trimestre
- Dos o más abortos en el primer trimestre

La presencia de 1 o más factores de riesgo mayores y/o dos o más factores de riesgo menores establecen el riesgo de parto pretérmino.

Otros factores:

- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna menor a 18 años o mas de 40 años
- Estrés
- Infecciones vaginales
- Infecciones urinarias
- Enfermedad de transmisión sexual
- Abuso doméstico
- Violencia familiar
- Alcoholismo
- Bajo índice de masa corporal pregestacional
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Traumatismos

Diagnóstico

Un diagnóstico adecuado y oportuno de amenaza de parto pretérmino es de suma importancia para iniciar las primeras medidas para prevenir las futuras complicaciones del neonato pretérmino.

El diagnóstico se basa en tres criterios fundamentales.

a. Edad Gestacional:

Entre las 20 y antes de las 37 Semanas de gestación.



b. Contracciones uterinas:

Se caracterizan por ser dolorosas (valorando el número, intensidad, duración, tono y frecuencia) detectables por palpación abdominal y tocografía externa.

c. Estado del cérvix:

Los principales signos a valorar son el borramiento o la dilatación (o inicio de la dilatación en el orificio cervical interno) y la posición del cuello uterino, así como el apoyo de la presentación sobre el mismo y el estado de las membranas ovulares. Determinación del índice de Bishop.

Sistema de puntuación de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatación (cm.)	0	1-2	3-4	>5
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Altura de la cabeza	-3	-2	-1, -0	+1, +2

Índice de Bishop menor o igual a 6 indica poca posibilidad de parto inminente

Índice de Bishop mayor a 6 alta posibilidad de parto

d. Datos complementarios que ayudan al diagnóstico:

Percepción de molestia dolorosa en pelvis (pesadez) o dolor que se irradia hacia región lumbar.

Altura de Fondo Uterino (AFU) menor 29 cm.

Pérdidas sanguinolentas por la vagina o expulsión del tapón mucoso.

e. Algunos antecedentes que orientan de forma importante en el diagnóstico:

Ruptura de las membranas.

Distensión uterina.

Partos previos pretérmino.

Trabajo o esfuerzo físico intenso de parte de la madre.



Hay que tener en cuenta las enfermedades maternas presentes en el embarazo (pre-eclampsia, infección urinaria, infección vaginal, incompetencia ístmico cervical, etc.)

Examen digital

Los hallazgos actuales sugieren que el examen digital no es efectivo como predictor de parto pretérmino en mujeres que no presentan factores de riesgo.

El examen digital rutinario en pacientes con alto riesgo es controvertido; sin embargo no parece aumentar el riesgo de rotura de membranas o ascenso de gérmenes.

No hay evidencia de beneficio con el tacto digital rutinario

Examen ultrasónico transvaginal

La medición de la longitud del cérvix a través de la ultrasonografía transvaginal es más apropiada que el examen digital para la evaluación del riesgo de nacimiento pretérmino en pacientes con trabajo de parto pretérmino y membranas intactas.

Se ha demostrado relación inversa entre longitud del cérvix y riesgo de parto pretérmino. El valor predictivo es menor en la población general y aumenta en población de riesgo.

Se encontró que una longitud cervical menor a 25 mm en el examen inicial estaba asociada con nacimiento pretérmino.

Fibronectina fetal

Durante la implantación del saco la fibronectina normalmente aparece en las secreciones cérvico vaginales. Su presencia es frecuente hasta la semana 20 y hasta el 10% en la semana 24. Luego su presencia puede indicar despegamiento de las membranas fetales desde la decidua.

Numerosos estudios sugieren que la fibronectina es un marcador bioquímico del parto y en este sentido, los últimos hallazgos demuestran que es el mejor predictor de parto pretérmino en los siguientes siete días.

El test para fibronectina posee alta especificidad y baja sensibilidad para un punto de corte de 50 ng/ml.

El uso de este test está justificado especialmente en términos de identificar aquellas pacientes que presentarán bajas posibilidades de parto pretérmino Su utilidad radica fundamentalmente en que evitaría tratamientos innecesarios.



La presencia de fibronectina (<50 ng/ml) en la secreción cérvicovaginal representa un riesgo incrementado para nacimiento pretérmino, mientras que su excelente valor predictivo negativo es tranquilizador.

La fibronectina fetal y la ultrasonografía endovaginal fueron modernamente exitosas para predecir parto pretérmino pero resultaron sumamente útiles para identificar a aquellas pacientes que no presentaron riesgo inmediato de parto pretérmino evitando así intervenciones innecesarias.

Estriol en saliva

El nivel de estriol en suero materno es un marcador específico de la actividad adrenal fetal. Estos niveles aumentan progresivamente a lo largo del embarazo, observándose un aumento importante que precede en 3 o 4 semanas al momento del nacimiento tanto en partos de término como en pretérminos. Los niveles de estriol en saliva se correlacionan directamente con los niveles de estriol séricos.

Un dosaje >2 ng/ml de estriol en saliva predice el riesgo de parto pretérmino y afirman que podría integrarse a la rutina del embarazo para identificar pacientes de riesgo y evitar intervenciones innecesarias.

La determinación de estriol en saliva es un test no invasivo, simple y ventajoso para la predicción de parto pretérmino.

Citoquinas cérvicovaginales

El trabajo de parto pretérmino ha sido asociado con concentraciones elevadas en líquido amniótico de interleukina-1(beta), interleukina-6, interleukina- 8 , interleukina-10 y factor de necrosis tumoral (FNT).

La concentración elevada de interleukina-6, en particular, parece ser un fuerte marcador de infección relacionado con nacimiento pretérmino. Sin embargo, el uso rutinario de amniocentesis en pacientes en alto riesgo para parto pretérmino es demasiado invasivo.



Los niveles de interleukina-6 cervical son más altos en las mujeres que tienen su parto dentro de las 4 semanas siguientes de efectuado el test

Los niveles de interleukina-6 cervical y en líquido amniótico son más altos en las mujeres que van a presentar parto pretérmino.

Monitoreo de las contracciones en el hogar

El monitoreo de la frecuencia de las contracciones uterinas fue propuesto como un método diagnóstico para reducir la incidencia de parto pretérmino.

Se postuló que en las pacientes que presentarán un parto pretérmino se observará aumento de las contracciones por lo menos 24 horas antes del mismo. Dado que el aumento de la frecuencia de las contracciones uterinas se ha considerado que puede conducir a un parto pretérmino, las estrategias para detectar y suprimir las contracciones en forma temprana han sido consideradas necesarias para reducir la incidencia del parto pretérmino.

Sin embargo, la evidencia de los ensayos clínicos aleatorizados indica que estas estrategias no reducen la tasa de prematuridad

La frecuencia de contracciones está significativamente relacionada con el parto pretérmino, pero esta medida tiene baja sensibilidad y valor predictivo positivo como para ser usada como prueba de tamizaje para el parto pretérmino inminente en las mujeres asintomáticas. Esto sucede aun en las mujeres con riesgo aumentado de parto pretérmino. La frecuencia de contracciones aumenta en la tarde y noche y a medida que aumenta la duración de la gestación; el incremento en la frecuencia de contracciones en cualquier mujer es más probable que refleje gestación avanzada o una variación diurna que un trabajo de parto pretérmino oculto.

El monitoreo ambulatorio de las contracciones uterinas no identifica a las mujeres destinadas a tener parto pretérmino.

Criterios de internación

Pacientes que cumplan los requisitos enunciados en la *definición* de amenaza de parto pretérmino o parto pretérmino.

Si el caso clínico no pareciera justificar la internación, se reevaluará la dinámica uterina y el estado cervical en un plazo de 120 minutos.



Ante el cese de la sintomatología que motivó la consulta y ausencia de modificaciones cervicales, la paciente podrá retornar a su domicilio, con la recomendación de limitar la actividad física y de consultar ante el reinicio de la sintomatología.

Se citará por escrito en 7 días para control ambulatorio. Si por el contrario el cuadro persiste, se procederá a su internación en el sector de Urgencias.

TRATAMIENTO

Manejo de la amenaza de parto pretérmino durante la internación

Realizar un completo interrogatorio de la paciente (antecedentes familiares, personales y obstétricos).

Examen genital completo: colocar espéculo para visualizar cuello y observar la presencia o no de líquido amniótico a fin de descartar rotura prematura de membranas (RPM).

Reposo en decúbito lateral en ambiente aislado y tranquilo.

Colocación de solución salina endovenosa a razón de 100 ml/hora.

La rápida expansión intravascular puede disminuir las contracciones en un útero irritable y ayudar a diferenciar esta condición de un verdadero parto pretérmino.

Uteroinhibición endovenosa

Si la paciente no tiene evaluación cardiológica previa, deberá realizarse la misma antes de la utilización de agentes betamiméticos.

Condiciones para la uteroinhibición del parto pretérmino

- Diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Edad gestacional entre 22 y 36 semanas.
- Ausencia de contraindicaciones médicas u obstétricas para uteroinhibir el trabajo de parto.
- Ausencia de contraindicaciones para el uso de los agentes tocolíticos.

Metas de la UTEROINHIBICIÓN endovenosa

Las metas de la úteroinhibición del parto pretérmino han cambiado con el advenimiento de los *glucocorticoides* antenatales, los avances en el *cuidado*



intensivo neonatal y el uso del *surfactante* para prevenir el síndrome de distress respiratorio.

Las principales metas a corto plazo de la terapia de inhibición del trabajo de parto pretérmino son:

- Retrasar el nacimiento 24-48 hs para administrar glucocorticoides (“maduración pulmonar”).
- Transferir a la embarazada a un centro de atención terciaria neonatológica de alta complejidad.

Luego de haber realizado el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, el adecuado conocimiento de los fármacos disponibles para su tratamiento, entre ellos: tocolíticos, corticosteroides, antibióticos, etc., representa una fortaleza para el equipo médico y así llevar a cabo el óptimo manejo de la amenaza de parto pretérmino.

El objetivo general del tratamiento de la amenaza de parto pretérmino es retrasar el parto en lo posible y provocar maduración pulmonar en el feto en riesgo.

Agentes tocolíticos

Los síntomas de amenaza de parto pretérmino no son específicos, por lo que las pacientes pueden reportar síntomas que pueden presentarse en un embarazo normal.

La dificultad en el diagnóstico certero de amenaza de parto prematuro, es la mayor limitación en la evaluación y comparación de la eficacia de los agentes tocolíticos. Sin embargo, la evaluación de su eficacia puede ser juzgada acertadamente en comparación con placebo.

La uteroinhibición endovenosa debe acompañarse de control estricto de la frecuencia cardíaca materna (no superar los 120 latidos/min).

Los agentes tocolíticos que existen para tratar la amenaza de parto pretérmino se clasifican en 5 principales grupos:

- Betamiméticos o Agonistas B-adrenérgicos
- Sulfato de Magnesio
- Bloqueadores de Calcio
- Inhibidores de la sintetasa de prostaglandinas
- Antagonistas de Oxitocina



- Otros : Progestágenos , Fenobarbital, Donantes de óxido nítrico, Alcohol etílico

Todos estos fármacos poseen sus indicaciones específicas y sus contraindicaciones particulares, sin embargo hay contraindicaciones particulares bajo las cuales no se debe prolongar un embarazo y situaciones en las cuales no usar los tocolíticos. A continuación se enumeran las contraindicaciones absolutas y relativas para prolongar la gestación:

Contraindicaciones absolutas

RPM con sospecha o evidencia de infección
Placenta previa con hemorragia importante
Abruptio placentae (Desprendimiento prematuro de placenta)
Diabetes no estabilizada de difícil manejo o vasculopatía grave
Nefropatía crónica en evolución
Malformaciones congénitas graves
Feto muerto
Dilatación mayor de 6 cm
Arritmia cardíaca o cardiopatía no compensada
Hipertermia sin causa aparente
Hipertiroidismo

Contraindicaciones relativas

Trabajo de parto con más de 4 cm de dilatación
HTA grave
Preeclampsia grave y eclampsia
Eritroblastosis fetal grave
Retardo del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal crónico

Betamiméticos o Agonistas B-adrenérgicos

Los betamiméticos tienen relación estructural con adrenalina y noradrenalina e incluyen ritodrina, terbutalina, fenoterol, metaproterenol y orciprenalina.

Mecanismo de acción

Se ligan a los receptores B-2 adrenérgicos en el músculo liso uterino inhibiendo así la contracción muscular.

Metabolismo

Se excretan sin alteraciones por la orina o después de haber sido conjugadas en el hígado hasta dar formas inactivas.



Eficacia

Puede disminuir casi hasta la mitad el riesgo de parto en 48 horas.

Indicaciones

La Ritodrina es el único fármaco aceptado por la FDA.

Fenoterol (Berotec) es muy usado en nuestro medio.

Puede retrasar el parto 2 días permitiendo la maduración pulmonar.

Efectos adversos

Maternos

- Los más comunes: taquicardia, flutter auricular, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias e isquemia.
- Alteraciones metabólicas: retención de sodio, intolerancia a la glucosa, hipokalemia.
- La principal complicación mortal es el edema pulmonar, en el 5%; mayor riesgo en pacientes con gestaciones múltiples, anemias, cardiopatías e infecciones. En estas últimas su incidencia puede llegar a ser del 20%.

Fetales

- Arritmias, isquemia de miocardio, hidropesía fetal, insuficiencia cardiaca congestiva, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, e hiperinsulinismo.
- Los más comunes son hipoglicemia e íleo adinámico, incremento en riesgo de hemorragia intraventricular con algunos tipos de betamiméticos.

El uso de estos fármacos necesita un control constante de signos vitales y estado general de la paciente por parte del equipo de médicos y enfermeras de la unidad de obstetricia.

Tocólisis

Ritodrina

La dosis recomendada es de 50 µg/min en solución de dextrosa al 5% incrementando cada 20 minutos (se suspende ante la aparición de efectos secundarios no aceptables) hasta que se obtiene la remisión de los síntomas, con una infusión máxima de 350 µg/min.

Una vez que las contracciones han sido inhibidas, la infusión es mantenida por 60 minutos y luego comienza la disminución a razón de 50 µg cada 30 minutos



hasta que se obtiene el nivel más bajo (50 µg/min). La infusión es mantenida por 12 hs repitiéndose el proceso si reaparecieran las contracciones.

Cerca de 30 min. Antes de finalizar la infusión IV de ritodrina deberá iniciarse tratamiento de mantenimiento por vía oral a dosis de 10 mg PO c/6 hs por un máximo de tres días. Dosis máxima de 120 mg/d.

FENOTEROL.

La dosis inicial de 1 mcg/min. Se aumenta a una frecuencia de 1 mcg/min, cada 15 min (la dosis máxima es de 4 mcg/min) hasta que cesen las contracciones uterinas (una contracción cada 30 min) o aparezcan los efectos adversos (sobre todo taquicardia mayor de 120 latidos por min).

Una vez que cesen las contracciones uterinas, se mantendrá la dosis efectiva durante 12 hs; aproximadamente 30 min. Antes que termine la solución se iniciará con fenoterol 5 mg VO c/6 hs por un máximo de tres días.

La infusión continua intravenosa del fenoterol debe prepararse añadiendo 2 ampollas (1 mg) de fenoterol en 500 cc de suero glucosado al 5%. La infusión debe administrarse según el esquema siguiente:

10 gotas = 30 microgotas = 1 microgramos

20 gotas = 60 microgotas = 2 microgramos

40 gotas = 120 microgotas = 4 microgramos

Sulfato de magnesio

El sulfato de magnesio se ha convertido en el tocolítico de primera línea en el tratamiento a corto plazo para frenar el parto prematuro idiopático. Los motivos para su aceptación incluyen la familiaridad con el fármaco, la facilidad de uso y la práctica ausencia de efectos secundarios maternos importantes. Sin embargo, La última revisión de la biblioteca Cochrane asoció el empleo del sulfato de magnesio con un aumento del riesgo de muerte del neonato.

Mecanismo de acción

Aún no se conoce con exactitud. Se ha visto que concentraciones elevadas de magnesio afectan la liberación de acetilcolina en la unión neuromuscular y disminuyen la sensibilidad a esta en la placa motora terminal. Además, se ha sugerido una competición antagonista con el calcio, disminuyendo las concentraciones intracelulares del calcio necesarias para la interacción actina-miosina.

Metabolismo

Excretado por el riñón.



Eficacia

Evita el parto durante 24 horas en 78%, 48 horas en 76%, 72 horas en 70%, y más de siete días en 51% de las mujeres con membranas íntegras, y se evidenció que es más eficaz en pacientes con menor dilatación 2, 8.

Indicaciones.

Es útil sobre todo cuando se emplea en la etapa inicial y cuando el orificio cervical interno tiene una dilatación menor de 2 cm.

Como alternativa tocolítica y en los casos en los que los b-miméticos están contraindicados.

Disminuyen la incidencia de parálisis cerebral y hemorragia intraventricular.

Se ha visto mayor supervivencia con su uso en RN menores de 1.000 g.

Efectos adversos

Hiperemia facial, sensación de calor, cefalea, visión borrosa, náuseas, nistagmus, letargia, hipotermia, retención urinaria, impactación fecal, edema pulmonar (0 - 2%), hipocalcemia que puede llevar a convulsiones.

Niveles terapéuticos: 5-8 mEq/L.

Disminución de reflejos osteotendinosos: 9-13 mEq/L.

Depresión respiratoria: 9-14 mEq/L.

En recién nacidos: hipotonía y somnolencia, depresión respiratoria y motora con concentraciones en cordón umbilical entre 4 y 11 mEq/L.

Después de 7 días de uso, desmineralización de huesos largos en 50% de los RN, que revierte en los primeros meses.

Contraindicaciones

Absoluta: miastenia gravis, bloqueo cardíaco.

Relativas: disminución de la función renal, antecedente de isquemia de miocardio, empleo concomitante de antagonistas del calcio. Hipocalcemia.

Efectos secundarios

Maternos

Rubor, letargo, cefalea, debilidad muscular, diplopía, sequedad de boca, náusea, eméesis, disnea y edema pulmonar.

Pérdida de reflejo rotuliano con cifras séricas de 8 a 12 mEq/L.

Dificultad respiratoria de 15 a 17 mEq/L.

Paro cardíaco de 30 a 35 mEq/L.

Fetales

Letargo e hipotonía.



Depresión respiratoria.

Desmineralización en 50% de lactantes cuyas madres se trataron con magnesio durante siete días.

Presentación

Ampollas de 2 g en 10 cc.

Tocólisis

Disolver 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% en 500 cm³ de dextrosa al 5% o en solución salina normal, conteniendo 2 g cada 100 cm³ de la solución. Se pasan 4 g como dosis inicial en 15 a 30 minutos y se continúa con una dosis de mantenimiento de 2 g/hora.

Se puede incrementar la dosis a razón de 1 g/hora cada 30 minutos, hasta abolir las contracciones.

La dosis máxima es de 4 a 5 g/hora. Una vez controlada la actividad uterina como mínimo durante una hora, se debe disminuir lentamente la dosis a razón de 1 g/hora cada 30 minutos, hasta llegar a la dosis eficaz mínima posible, manteniendo la aplicación durante 12 a 24 horas.

Control de ENFERMERÍA y el equipo medico

Control de líquidos administrados y eliminados. Infusión máxima 125 cc/h.

Monitorización de niveles de calcio

Valorar reflejos osteotendinosos profundos, el número de respiraciones por minuto durante su administración. Determinar niveles de magnesio si se usan dosis altas.

En caso de intoxicación debe utilizarse gluconato de calcio (1 g IV).

Bloqueadores de los canales de calcio (BCC)

NIFEDIPINO

Se absorbe rápida y completamente por vía oral, alcanzando niveles plasmáticos en 5 minutos. Por vía sublingual la absorción es mucho más rápida pero menos completa.

Mecanismo de acción

Inhiben el ingreso del ion a través de la membrana de la célula muscular y disminuye la resistencia vascular uterina. No se recomienda su uso concomitante con sulfato de magnesio.

Metabolismo

Hepático, excreción en un 70-80% renal. La vida media de la nifedipina es de 81 minutos y la duración de su acción es de alrededor de 6 horas.



Eficacia

Tiene una eficacia de 48 horas del 77.9% al 88.46% según varios estudios. Después de una semana el 62.1%

Indicaciones

Retarda el parto 2 días.

Efectos adversos

Maternos

Vasodilatación e hiperemia facial, cefalea o náuseas, hepatotoxicidad, bloqueo neuromuscular cuando se utiliza concomitantemente con sulfato de magnesio.

Hipotensión transitoria asociada a aumento de frecuencia cardiaca.

Neonatales

No grandes diferencias en el riego sanguíneo.

Contraindicaciones.

Enfermedad hepática materna
Insuficiencia Cardíaca Congestiva
Estenosis aórtica
Hipotensión

Presentación

Cápsulas por 10 y 30 mg.

Tocólisis

Nifedipino :30 mg V.O. inicial seguidos de 20 mg V.O. a los 90 minutos o 10 mg S.L. cada 20 minutos (4 dosis), seguidos por 10 a 20 mg cada 4 a 12 horas.

INHIBIDORES DE LA SINTETASA DE PROSTAGLANDINAS

Dentro de estos encontramos a la indometacina y al sulindac. Las prostaglandinas crean las condiciones favorables para la activación y estimulación del parto y son componentes clave en el proceso del parto, tanto a término como pretérmino.

Los fármacos antiprostaglandínicos pueden ser útiles en la prevención del parto prematuro ya que inhiben la sintetasa de las prostaglandinas y disminuyen la producción de estas sustancias.



Mecanismo de acción

Actúa como los demás antiinflamatorios no esteroideos (AINES), inhibiendo la enzima ciclooxigenasa, responsable de la formación de prostaglandinas (PG) a partir del ácido araquidónico.

Metabolismo

Hepático, 10% se excreta sin cambios en la orina.

Indicaciones

Antes de semana 32, para reducir la posibilidad de cierre prematuro del ductus arteriovenoso, y en casos de polihidramnios.

Eficacia

Los estudios han demostrado que es efectiva para reducir la incidencia del parto dentro de las primeras 48 hs y hasta los 10 días de iniciado el tratamiento.

También demostró su efectividad para prolongar el embarazo hacia las 37 semanas y en lograr menor prevalencia de recién nacidos con peso menor a 2500 g.

Efectos adversos

Maternos

- Náuseas leves y epigastralgia.
- Prolongación del tiempo de hemorragia con tratamientos por más de 48 horas.
- Alteración en la función renal.
- Edema pulmonar.
- Exacerbaciones de hipertensión en preeclampsia al parecer por inhibición de la prostaciclina.

Fetales

Puede inducir alteración en la función de neutrófilos y plaquetas, y alteración en la hemodinamia de arterias mesentéricas, cerebrales y renales, produciendo sepsis, hemorragia intracraneal, alteración renal y enterocolitis, se relaciona, además, con hiperbilirrubinemia neonatal.

Se relaciona con constricción ductal, en aproximadamente 50% de los casos después de semana 32 y en 5 a 10% antes de semana 32, después de 48 horas de tratamiento. Posterior al cierre prematuro del ductus, que se resuelve con la suspensión de la droga, se ha observado mayor incidencia de ductus arterioso persistente, por disminución de la capacidad del ductus para contraerse de manera activa en respuesta al oxígeno que respira el neonato.



Produce oligoamnios al aumentar la respiración y deglución fetal y por disminución en la producción de orina fetal, por estimulación de la ADH.

Contraindicaciones

Maternas

Asma inducida por ASA.
Enfermedad coronaria y HTA mal controlada.
Úlcera péptica
Disfunción hepatocelular
Alteraciones hematológicas (alteraciones de la coagulación).
Insuficiencia renal

Fetales:

Corioamnionitis, oligoamnios, cardiopatías dependientes del ductus y transfusión fetofetal. Sospecha de anomalía renal fetal.

Presentación

Indometacina. Cápsulas por 25 y 50 mg, Retard por 75 mg, supositorios por 100 mg e inyectable 25 mg /ml.

Sulindac Similar al anterior con una vida más larga y menor transferencia placentaria, viene en tabletas de 200 mg

Tocólisis

Indometacina

100 mg rectal c/24 hs ; ó 25 mg oral c/6 hs por tres días, ó 50 mg vía oral, que pueden repetirse en 1 hora si no hay disminución en la frecuencia de las contracciones.

Sulindac

Se ha utilizado 200 mg cada 12 horas.

Control

A las 48 horas de iniciado realizar ecografía para descartar oligoamnios; posteriormente control semanal.

Si se usa por más de 3 días debe hacerse ecocardiografía doppler para valoración ductal; posteriormente control semanal.

Si se encuentra constricción ductal u oligoamnios se interrumpirá o disminuirá la dosis del fármaco



Tratamiento de sostén

Además del tratamiento específico arriba descrito en toda paciente ingresada a un servicio de salud se deben tomar las siguientes medidas de sostén:

1. Reposo en cama.
2. Controles de TA y frecuencia cardíaca materna cada 6 hs.
3. dinámica uterina. Frecuencia cardíaca fetal y evaluación cervical digital c/2 horas y PRN
4. *Estudios complementarios:*
 - a. Laboratorio, recuento de blancos y proteína C reactiva en sangre materna, cultivo de orina y cérvico vaginales para la detección de Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia, Estreptococo beta hemolítico y gérmenes comunes. Bacteriurias aintomáticas, cervicitis gonocócicas y vaginosis bacterianas están asociadas con amenaza de parto pretérmino.
 - b. Ecografía obstétrica y de cérvix transvaginal o transperineal para la medición de la longitud cervical, dilatación del orificio interno y presencia del signo del embudo en gestaciones menores de 28 semanas.
 - c. Monitoreo fetal semanal en gestaciones mayores o iguales a 32 semanas sin otra patología que indique aumentar su frecuencia.
 - d. Detección de condiciones obstétricas o sistémicas que condicionen un tratamiento o manejos específicos.
 - e. Evaluación de estudios complementarios realizados al ingreso de la paciente.
 - f. Completar el esquema de maduración pulmonar fetal de ataque. Evaluación cardiológico, clínica y ECG (completar lo iniciado en la guardia).

Luego de realizada con éxito la útero inhibición, la terapia de mantenimiento con beta-agonista vía oral no está indicada ya que no disminuye el riesgo de parto pretérmino.

Antibioticoterapia

Las evidencias encontradas hasta el momento no mostraron beneficios con el uso de Antibioticoterapia para prevenir el parto pretérmino, ni reducción de la mortalidad o la morbilidad en pacientes con membranas intactas.



En una amplia revisión del tema, se evaluó la evidencia existente hasta la fecha con relación a la utilidad de los antibióticos en el tratamiento del parto pretérmino y encontró los siguientes resultados:

Los antibióticos no deben ser indicados en forma rutinaria en pacientes con amenaza de parto pretérmino sin evidencia clínica de infección.

No obstante se recomienda su administración en la profilaxis para estreptococo β hemolítico en aquellas pacientes cuyo resultado de cultivo es desconocido y presenta los siguientes factores de riesgo:

1. Trabajo de parto pretérmino.
2. Fiebre intra parto.
3. Rotura prematura de membranas igual o mayor a 18 horas.
4. Bacteriuria positiva para estreptococo en el embarazo en curso.
5. Paciente que ha dado a luz un recién nacido con enfermedad invasiva para estreptococo β hemolítico.

Las pacientes tratadas por amenaza de parto pretérmino deben ser evaluadas durante su internación (cultivo parianal y de introito) y si resultan portadoras deberán recibir tratamiento profiláctico durante el trabajo de parto.

Esquema de tratamiento

Para las pacientes sin alergia a penicilina, se recomienda: penicilina G 5.000.000 (IV) como dosis inicial y luego 2.500.000 (IV) cada 4 horas.

Régimen alternativo: ampicilina 2g IV como dosis inicial y luego 1 g cada 4 horas hasta el nacimiento.

Las mujeres con alto riesgo de anafilaxia, deben tratarse con clindamicina 900 mg IV cada 8 horas hasta el nacimiento o eritromicina 500 mg IV cada 6 horas hasta el nacimiento.

Si la susceptibilidad al germen no es conocida o es resistente a eritromicina o clindamicina, debe utilizarse vancomicina 1 g IV cada 12 horas hasta el nacimiento.

Cerclaje cervical

Existe controversia acerca de los beneficios y efectos adversos del cerclaje cervical en mujeres con riesgo de parto pretérmino causado por incompetencia ístmico-cervical. El cerclaje cervical ha mostrado sólo beneficios en aquellas mujeres con diagnóstico de incompetencia que presentaron antecedentes de *tres o más partos pretérmino*, pero se encontraron complicaciones asociadas con la cirugía y con el riesgo de estimulación de las contracciones uterinas.



El cerclaje cervical ha mostrado sólo beneficios en aquellas mujeres con diagnóstico de incompetencia que presentaron antecedentes de tres o más partos pretérmino.

Criterios para el alta hospitalaria

Se otorgará el alta sin otra patología asociada que indique su internación si la paciente al cabo de una semana a partir de la internación –previa deambulacion en sala durante 24-48 hs– no reinicia contractilidad uterina, no se constatan modificaciones cervicales respecto de evaluaciones anteriores y presenta una dilatación igual o menor a 3 cm.

Indicaciones al alta

1. Retorno paulatino a la actividad física.
2. Control por consulta externa.
3. Control prenatal semanal durante los 15 días posteriores al alta y luego cada dos semanas hasta las 36 semanas, y luego, igual a población general.
4. Medidas habituales del control prenatal (AU, PESO, TA, FCF, etc.).
5. Control de infecciones urinarias recidivantes (urocultivos cada 30 días) y tratamiento según antibiograma.
6. Con cultivos cérvico vaginales positivos: tratamiento según germen hallado y posterior repetición de la prueba.
7. Con contractilidad normal (Braxton Hicks): citación según corresponda a la edad gestacional.
8. Con contractilidad aumentada: evaluación de frecuencia e intensidad de la dinámica uterina y eventual re internación.
9. Con cérvix modificado: internación según criterios de internación.

Manejo de Pacientes con Rotura prematura de membranas.

En este grupo de pacientes al romperse la integridad del saco amniótico se produce riesgo de infección amniótica y/o fetal, el cual debe balancearse con el riesgo de prematurez.

Una vez que se ha comprobado el diagnóstico de rotura prematura de membranas, la paciente es hospitalizada y su manejo dependerá de la edad gestacional.

Rotura de membranas antes de las 24 semanas

La RPM previa a las 24 semanas de embarazo constituye una pequeña fracción de todas las pacientes que sufren este accidente, pero es la que se



asocia con la mayor incidencia de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal.

El período de latencia tiene una mediana de entre 7 y 21 días. Aproximadamente un 50% de las pacientes tiene su parto después de 1 semana de la RPM, 28% luego de 2 semanas, y 20% después de 1 mes, pero existen numerosos casos con intervalos mayores de 6-8 semanas al parto.

Complicaciones maternas.

Las complicaciones maternas son similares a aquellas que se presentan a otras edades gestacionales, pero tienen una incidencia mayor. Varios estudios reportan una frecuencia promedio de corioamnionitis clínica de 40%, pero ésta parece ser una sobre-estimación. La terapia antibiótica y la interrupción del embarazo se correlacionan con un excelente pronóstico materno.

Morbimortalidad perinatal y a largo plazo:

Mortalidad perinatal. La RPM de trimestre medio se asocia con una sobrevida neonatal promedio de 46%. Las tasas de sobrevida sobrepasan discretamente un 10% en casos con RPM antes de las 20 semanas y fluctúan alrededor de un 60-70% en pacientes con RPM entre las 23 y las 24 semanas. La mortalidad perinatal (54%) ocurre a expensas de muertes intrauterinas en un tercio, y de muertes neonatales precoces en dos tercios de los casos.

Morbilidad neonatal. El distrés respiratorio, la hemorragia intraventricular y la sepsis neonatal son las complicaciones más frecuentes entre los neonatos que sobreviven.

Manejo de la RPM del segundo trimestre

En este grupo de pacientes con RPM, el consejo médico amplio y honesto adquiere toda su importancia. La paciente debe ser informada apropiadamente acerca del pronóstico, complicaciones y alternativas terapéuticas existentes. Las medidas recomendadas son:

1. Hospitalizar.
2. No usar tocolíticos.
3. Profilaxis de enfermedad hialina con corticoides a partir de las 24 semanas.
4. Aunque la administración de antibióticos puede reducir el riesgo de que la madre desarrolle una infección clínica, no existe evidencia que sugiera un mejor pronóstico neonatal ni una modificación del intervalo al parto.
5. Buscar y tratar infecciones del tracto genitourinario.
6. Seguimiento hematológico y ecográfico semanal.



7. Dado que aún en presencia de una RPM de larga data, oligoamnios y parámetros ecográficos anormales existe chance de sobrevida para fetos que han alcanzado las 26 semanas, se recomienda la intervención en casos de emergencia fetal o materna.
8. A menos que existan contraindicaciones, puede privilegiarse la vía de parto vaginal en casos de presentación cefálica, independientemente del peso fetal.

Manejo de la paciente con RPM < 34-35 semanas

La paciente con RPM < 34-35 semanas tiene indicación de hospitalización para guardar reposo, identificar precozmente algunos signos asociados a morbilidad infecciosa, vigilar estrechamente la unidad fetoplacentaria y la aparición de complicaciones asociadas,

Y realizar la interrupción del embarazo en el momento oportuno.

Medidas generales:

1. Reposo en cama
2. Apósito genital
3. Control de signos vitales maternos cada 6-8 horas, especialmente pulso y temperatura
4. Control obstétrico cada 6-8 horas.
5. Evaluación periódica de signos de infección y de la unidad fetoplacentaria:
 - a. Enfatizar examen de la frecuencia cardíaca fetal, dinámica uterina, sensibilidad a la palpación del útero
 - b. Observación del apósito genital para observar color y olor del líquido amniótico.

El embarazo debe interrumpirse en caso de:

1. Muerte fetal
2. Edad gestacional segura \geq 35 semanas
3. Corioamnionitis clínica
4. Confirmación bioquímica de madurez pulmonar fetal con feto > 32 semanas y estimación de peso fetal > 2.000 gramos
5. Infección intra-amniótica asintomática demostrada, con feto > 31-32 semanas
6. Deterioro de la unidad feto-placentaria
7. Malformación fetal incompatible con la vida
8. Metrorragia que sugiera la presencia de un DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA
9. Enfermedad materna o fetal que se beneficie de la interrupción del embarazo



Manejo de las complicaciones de la RPM de pretérmino

Corioamnionitis clínica.

Presencia de fiebre ($> 38^{\circ}$ axilar) asociada a dos o más de los siguientes signos y síntomas: sensibilidad uterina, descarga turbia o de mal olor por el orificio cervical externo, taquicardia fetal, taquicardia materna, o leucocitosis materna (> 15.000 cel/mm³). Se presenta en alrededor de un 4-16% en pacientes con RPM de término, su incidencia aumenta progresivamente cuando la rotura de membranas ocurre en gestaciones más precoces. En general, la corioamnionitis clínica afecta a un 10-30% de las pacientes con RPM de pretérmino. El tratamiento de la corioamnionitis clínica consiste en la *interrupción del embarazo bajo cobertura antibiótica parenteral.*

Interrupción del embarazo.

A menos que existan contraindicaciones, debe preferirse la vía de parto vaginal, dentro de las 6- 12 horas siguientes al diagnóstico. En casos de parto cesárea, deben considerarse los siguientes principios:

1. la incidencia de infecciones es similar para la laparotomía media y la de Pfannenstiel.
2. el abordaje extraperitoneal no tiene ventajas en relación con el abordaje tradicional.
3. es aconsejable colocar compresas parauterinas para evitar el escurrimiento de líquido amniótico infectado hacia las correderas parietocólicas.
4. evitar el uso indiscriminado del electrobisturí.
5. irrigar abundantemente el tejido celular con solución fisiológica o mezclas con antibióticos.

Antibioticoterapia

La administración de antimicrobianos debe iniciarse al momento del diagnóstico. La postergación de esta medida terapéutica hasta el post-parto se asocia con un incremento en la morbilidad materna y neonatal. Esquemas usados:

- Penicilina sódica IV 4-5 millones U cada 6 horas + Quemicetina IV 1 gr cada 8 horas + Gentamicina IM 180 a 240 mg/día cada 8 horas o en dosis única.
- Ampicilina IV 1 gramo cada 6 horas + Gentamicina IM 180 a 240 mg/día cada 8 horas o en dosis única.
- Ampicilina-sulbactam IV 2 gr cada 8 horas + Clindamicina IV 600-900 mg cada 8 horas



- Ceftriaxona IV o IM 1-2 gr cada 12-24 hrs + Clindamicina IV 600-900 mg cada 8 horas
- En casos de alergia a la penicilina, puede administrarse Eritromicina 500 mg IV cada 6-8 horas. En aquellos esquemas que no incluyen cobertura para gérmenes anaerobios, puede agregarse metronidazol 500 IV mg cada 6 horas.

La terapia antibiótica puede suspenderse a las 24 horas después del parto si el curso clínico de la paciente es satisfactorio

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Un 5% de las pacientes con RPM de pretérmino sufre un desprendimiento de placenta normoinserta. El mecanismo etiopatogénico de esta asociación no está aclarado. El desprendimiento de placenta normoinserta grave está asociado a muerte fetal y coagulopatía materna, por lo que el embarazo debe interrumpirse por la vía más expedita.

Asfixia perinatal

Varias condiciones asociadas a la RPM de pretérmino pueden explicar el aumento en la incidencia de asfixia perinatal: infección fetal, prolapso de cordón, funisitis, desprendimiento placentario, presentaciones distócicas, y compresión funicular por oligoamnios. Esto explica la mayor incidencia (8-20%) de alteraciones del monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal (presencia de desaceleraciones variables) y del perfil biofísico fetal (especialmente disminución de movimientos fetales y respiratorios), lo que a su vez se traduce en una mayor incidencia de cesárea por sospecha de hipoxia fetal. La incidencia de muerte fetal *in útero* ocurre en alrededor del 2% de los casos, la mayoría de las cuales puede explicarse por la presencia de signos de infección en el feto o en la placenta.

Maduración pulmonar fetal

Inducción de la maduración pulmonar fetal

La terapia antenatal con corticoides para la inducción de la maduración pulmonar fetal disminuye la mortalidad, el síndrome de distress respiratorio y la hemorragia intraventricular en niños prematuros.

Estos beneficios se extienden a edades gestacionales comprendidas entre las 24 y 34 semanas.



Los estudios realizados en animales refieren cierto efecto neurotóxico de la dexametasona. Por otra parte, se observó un mayor efecto protector de la betametasona sobre la leucomalasia periventricular en los recién nacidos de muy bajo peso. Los efectos teóricamente negativos de la dexametasona deberían ser motivo suficiente para evitar su uso antenatal, de ser posible, hasta que esté disponible información definitiva

Por lo tanto:

La betametasona se empleará como droga de elección para la inducción de la maduración pulmonar fetal.

No existen pruebas que refuercen el criterio de aplicar dosis semanales. 78 Los estudios en humanos para evaluar los riesgos de dosis múltiples son contradictorios y todavía muchos no se han completado

Algunos sugieren efectos adversos. Estudios recientes han hallado que dosis semanales de corticoides antenatales no reducen la morbilidad neonatal comparado con una sola dosis.

Debido a que existen insuficientes datos científicos sobre la eficacia y la seguridad de la utilización de dosis repetidas de corticoides antenatales que estén sustentados en estudios clínicos aleatorizados, este esquema no debe administrarse en forma rutinaria.

Las dosis múltiples de corticosteroides antenatales deben ser reservadas para las pacientes enroladas en estudios randomizados. Si se prolongara el embarazo más allá de una semana desde la aplicación de la primera dosis, se evaluará la repetición del corticoide si la paciente presenta nuevamente riesgo de nacimiento pretérmino.

- Se recomienda detectar la presencia de infección urinaria en la primera visita a todas las embarazadas.

Las pacientes con pielonefritis aguda presentan numerosas complicaciones, entre ellas, parto pretérmino.

- Con glucemia normal, reiterar el dosaje en 12 hs. En pacientes diabéticas, cada 2 hs. 73 Ecografía obstétrica.

- Monitoreo fetal con amenorreas mayor o igual a 32 semanas.

- Control estricto del ingreso hídrico y fluidos endovenosos administrados. Prevenir sobrecargas.

Tratamiento de sostén en internación

Reposo en cama.

Controles de TA. Y frecuencia cardíaca materna cada 6 hs.; dinámica uterina.

Frecuencia cardíaca fetal y evaluación cervical digital según sintomatología de la paciente.



Estudios complementarios

Laboratorio, cultivo de orina y cérvico vaginales para la detección de Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia, Estreptococo beta hemolítico y gérmenes comunes. Bacteriurias sintomáticas, cervicitis gonocócicas y vaginosis bacterianas están asociadas con amenaza de parto pretérmino.

Ecografía obstétrica y de cérvix transvaginal o transperineal para la medición de la longitud cervical, dilatación del orificio interno y presencia del signo del embudo en gestaciones menores de 28 semanas.

Monitoreo fetal semanal en gestaciones mayores o iguales a 32 semanas sin otra patología que indique aumentar su frecuencia.

Detección de condiciones obstétricas o sistémicas que condicionen un tratamiento o manejos específicos.

Evaluación de estudios complementarios realizados al ingreso de la paciente.

Completar el esquema de maduración pulmonar fetal de ataque. Evaluación cardiológico, clínica y ECG (completar lo iniciado en la guardia).

Luego de realizada con éxito la útero inhibición, la terapia de mantenimiento con beta-agonista vía oral (ritodine o tertutaline) no está indicada ya que no disminuye el riesgo de parto pretérmino, parto recurrente o síndrome de distress respiratorio.

Ello tampoco aumenta el tiempo al parto o el peso del recién nacido.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El tratamiento que se debe realizar en el servicio de salud es:

1. Realizar una entrevista clara y específica sobre los antecedentes personales, familiares y gineco-obstetricos.
2. Realizar un exámen genital completo.
3. Reposo en cama.
4. Controles de TA y frecuencia cardíaca materna cada hora, luego valorando su estado de evolución.
5. Dinámica uterina. Frecuencia cardíaca fetal y evaluación cervical digital c/2 horas y PRN
6. Control estricto de eliminación de líquido amniótico.
7. Valoración del grado de dilatación y borramiento, mediante el tacto vaginal.
8. Realizar ducha vulvar por razones necesarias.
9. *Estudios complementarios:*
 - a. Laboratorio, recuento de blancos y proteína C reactiva en sangre materna, cultivo de orina y cérvico vaginales para la detección de Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia, Estreptococo beta



- hemolítico y gérmenes comunes. Bacteriurias aintomáticas, cervicitis gonocócicas y vaginosis bacterianas están asociadas con amenaza de parto pretérmino.
- b. Ecografía obstétrica y de cérvix transvaginal o transperineal para la medición de la longitud cervical, dilatación del orificio interno y presencia del signo del embudo en gestaciones menores de 28 semanas.
 - c. Monitoreo fetal en gestaciones mayores o iguales a 32 semanas sin otra patología que indique aumentar su frecuencia.
 - d. Detección de condiciones obstétricas o sistémicas que condicionen un tratamiento o manejos específicos.
 - e. Evaluación de estudios complementarios realizados al ingreso de la paciente.
 - f. Completar el esquema de maduración pulmonar fetal de ataque. Evaluación cardiológico, clínica y ECG (completar lo iniciado en la guardia).
10. Aunque la administración de antibióticos puede reducir el riesgo de que la madre desarrolle una infección clínica, no existe evidencia que sugiera un mejor pronóstico neonatal ni una modificación del intervalo al parto.
11. Buscar y tratar infecciones del tracto genitourinario.
12. Seguimiento hematológico y ecográfico.
13. Dado que aún en presencia de una RPM (Rotura Prematura de Membranas), oligoamnios y parámetros ecográficos anormales existe la posibilidad de sobrevida para fetos que han alcanzado las 26 semanas, se recomienda la intervención en casos de emergencia fetal o materna.
14. A menos que existan contraindicaciones, puede privilegiarse la vía de parto vaginal en casos de presentación cefálica, independientemente del peso fetal.
15. Al usar medicamentos utero-inhibidores se debe tener presente que:
- Los media cementos crean las condiciones favorables para la activación y estimulación del parto y son componentes clave en el proceso del parto, tanto a término como pretérmino
 - Reduce la incidencia del parto dentro de las primeras 48 hs y ha.
 - hasta los 10 días de iniciado el tratamiento.
 - Prolonga el embarazo hacia las 37 semanas y en lograr menor prevalencia de recién nacidos con peso menor a 2500 g.
 - Prolongación del tiempo de hemorragia con tratamientos por más de 48 horas.
 - Se presentan náuseas leves y epigastralgia.
 - Alteración en la función renal.
 - Edema pulmonar.



- Exacerbaciones de hipertensión en preeclampsia al parecer por inhibición de la prostaciclina.
- Puede inducir alteración en la función de neutrófilos y plaquetas, y alteración en la hemodinamia de arterias mesentéricas, cerebrales y renales, produciendo sepsis, hemorragia intracraneal, alteración renal y enterocolitis, se relaciona, además, con hiperbilirrubinemia neonatal.
- Si se encuentra constricción ductal u oligoamnios se interrumpirá o disminuirá la dosis del fármaco



CAPITULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el sistema de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional, en usuarias con amenaza de parto pretérmino del servicio de maternidad del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso” en los meses de Marzo a Mayo del 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre amenaza de parto pretérmino del servicio de maternidad.
2. Describir características como: edad, estado civil, procedencia, residencia, instrucción, ocupación, situación socioeconómica, antecedentes personales patológicos, antecedentes obstétricos, hábitos maternos, que pueden influir de manera positiva o negativa la amenaza de parto pretérmino.
3. Utilizar el sistema de enfermería de apoyo educacional, para capacitar a las madres que se encuentran en el servicio de maternidad.



CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

Es un estudio de intervención educativa sobre conocimientos de amenaza de parto pretérmino, factores de riesgo, signos y síntomas, tratamiento y atención de enfermería.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Todas las mujeres que se encuentran hospitalizadas por presentar amenaza de parto, en el área de maternidad del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” entre los meses de Marzo - Mayo del 2010.

Muestra: Se calculó, con la ayuda del programa Excel, en base a una probable mejoría en los conocimientos sobre amenaza de parto pretérmino, las personas que ingresaron al estudio fueron 40 mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y la firma de la hoja de consentimiento informado.

Unidad de observación y análisis, la constituye personas, mujeres durante el embarazo que cumple con los criterios de inclusión y exclusión.

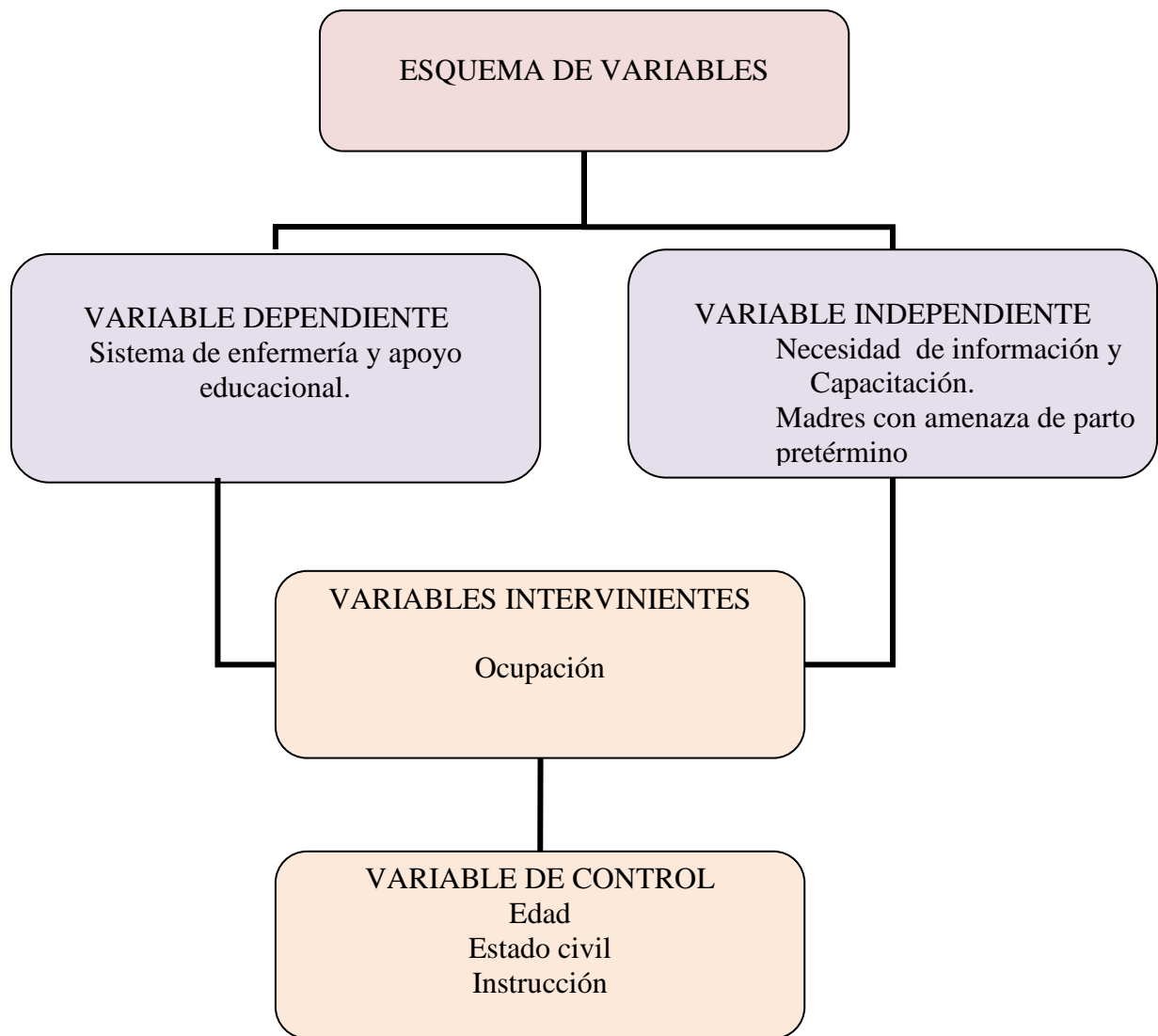
TÉCNICAS – INSTRUMENTOS

En la primera entrevista se valoró edad, estado civil, ocupación, escolaridad, hábitos, situación socioeconómica, antecedentes patológicos personales, antecedentes obstétricos. (Ver anexo 1).

Segunda entrevista, se aplicó para determinar los conocimientos sobre amenaza de parto pretérmino y las consecuencias futuras, conocimientos adquiridos en los controles prenatales. (Ver anexo 2).

La entrevista duró aproximadamente 15 minutos, posteriormente se procedió a cumplir con el programa educativo planificado durante 30 minutos mediante charlas explicativas y sobre amenaza de parto pretérmino. (Ver anexo 3).

Para reforzar el aprendizaje se entregó material educativo como trípticos y hojas volantes (ver anexo 4) para que analicen y reflexionen sobre los signos y síntomas que se presentan en amenaza de parto pretérmino.





OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>SISTEMA DE ENFERMERÍA Y APOYO EDUCACIONAL</p> <p>Teoría de enfermería planteada por Dorothea Orem, sobre la importancia de la educación que debe proporcionar el personal de Enfermería, para conseguir el auto cuidado de las personas.</p>	<p>Apoyo.</p> <p>Cuidado.</p> <p>Educación.</p>	<p>Programa educativo:</p> <p>Materiales</p> <p>Evaluaciones</p>	<p>Charlas educativas</p> <p>Plan de unidad didáctica</p> <p>Número de asistentes</p> <p>Carteleras</p> <p>Trípticos</p> <p>Hojas volantes</p> <p>Pre y post test</p>
<p>EDAD</p> <p>Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.</p>	<p>Nacer.</p> <p>Crecer.</p> <p>Desarrollarse</p> <p>Morir</p>	<p>Años</p>	<p>Numérica</p>
<p>ESTADO CIVIL</p> <p>Acto jurídico civil solemne y público mediante el cual dos personas de distinto sexo establecen una unión regulada por la ley y dotada de cierta estabilidad y permanencia.</p>	<p>Estado civil.</p> <p>Unión.</p>	<p>Relación de la pareja</p>	<p>Casada</p> <p>Soltera</p> <p>Unión libre</p> <p>Viuda</p> <p>Separada/ divorciada</p> <p>No contesta</p>



<p>INSTRUCCIÓN Medio fundamental para adquirir y transmitir conocimientos, contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad.</p>	<p>Nivel de alfabetización.</p>	<p>Nivel de instrucción</p>	<p>Primaria incompleta Primaria completa Secundaria completa Secundaria incompleta Academia completa Academia incompleta</p>
<p>OCUPACIÓN Actividad que cumple la persona en el sistema de producción.</p>	<p>Empleo. Desempleo.</p>	<p>Trabajo u ocupación en los últimos 6 meses. Número de horas Tipo de trabajo Salario mensual</p>	<p>Si No No contesta 1 a 4 horas 5 a 8 horas Más de 8 horas Empleada doméstica Lavandera Agricultora Profesional QQDD Si..... No.....</p>
<p>MADRES CON AMENAZA DE PARTO Condición materna calificada como de recuperación luego de haber presentado amenaza de parto pretérmino</p>	<p>Atención y control de salud.</p>	<p>Antecedentes personales patológicos: Diabetes Hipertensión Epilepsia</p>	<p>Si no Si no Si no</p>



		<p>Otros</p> <p>Historia obstétrica</p> <p>Hábitos</p> <p>Fuma</p> <p>Bebe alcohol</p> <p>Consume drogas</p> <p>Otros</p> <p>Controles prenatales</p>	<p>Cual.....</p> <p>Aborto</p> <p>Partos</p> <p>Cesáreas</p> <p>Gestación</p> <p>Hijos vivos</p> <p>Hijos muertos</p> <p>Si no</p> <p>Si no</p> <p>Si no</p> <p>Cual.....</p> <p>Ninguno</p> <p><5</p> <p>5 en adelante.</p>
<p>NECESIDADES DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN</p> <p>Educar tempranamente Sobre amenaza de parto pretérmino que influye en la decisión de practicar con la atención adecuada, lo que repercute en la relación con el paciente y los familiares en beneficio de la Salud.</p>	<p>Información.</p> <p>Capacitación.</p> <p>Educación.</p>	<p>Signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino</p>	<p>Contracciones uterinas regulares, con o sin dolor.</p> <p>Sensación de presión pelviana (siente que el niño empuja hacia abajo o se siente pesada).</p> <p>Dolor de espalda o en las caderas y vientre tipo menstruación.</p> <p>Cambios en la secreción vaginal.</p> <p>Cólicos abdominales</p>



		Factores que se asocian a amenaza de parto pretérmino	Condición socioeconómica Falta de asistencia prenatal. Trabajo profesional fatigante o de esfuerzos. Embarazo no deseado. Madre soltera. Edad de la madre (< de 20 y > de 30 años). Talla materna; talla menor de 1.50 m. Paridad: más frecuente en primigestas. Hábito alcohólico y tabaquismo. Partos prematuros repetidos
--	--	---	---

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se consideró a las mujeres con amenaza de parto pretérmino que se encuentra en el Área de Maternidad del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” que aprueban el consentimiento informado, a la fecha indicada anteriormente.
- En todas las edades.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Se consideró a las mujeres con amenaza de P.P. que se encuentran en el Área de Maternidad del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” que no manifiesten el consentimiento de participar en la investigación.



CAPITULO IV

MARCO REFERENCIAL



**Foto: Vista Frontal del Hospital “Vicente Corral Moscoso”
Fotografía tomada por: Las autoras**

El estudio se realizó en el servicio de Maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso, el cual está localizado en la Avenida 12 de Abril y Paraíso, en el cantón Cuenca provincia del Azuay. Es una institución pública. Su historia remota al año 1947 en el que se funda el primer hospital en la Ciudad de Cuenca a cargo de los Betlemitas, una orden religiosa procedente de Centroamérica.

Posteriormente, múltiples peripecias como la falta de apoyo social y político hicieron que se desarrollen con lentitud siendo en 1820 cuando el hospital mejora notablemente gracias al apoyo de las autoridades de esa época.

Durante el gobierno de García Moreno en el año de 1872 el Hospital de Cuenca fue la innovación más rescatable por la llegada de las hermanas de la Caridad, procedentes de Europa, las mismas que se ubicaron en todos Santos.

El Hospital comenzó con los servicios de hospitalización y consulta externa, así como con medios de diagnóstico sofisticado, existiendo dos tipos de servicio: pensionado y las salas generales para el acceso de los pacientes más pobres.

El cuerpo médico era muy distinguido, respetado y admirado, pues ayudaban aún en las labores primarias sin avergonzarse.

Desde los inicios de la década de los sesenta se advierte la necesidad de construir un nuevo hospital, pues la población del Azuay y Cuenca, había crecido notablemente dándose dos alternativas: la primera que se construyera en terrenos antiguos al Otorongo y la segunda que se edificara en el predio que



en el que actualmente funciona el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, dicha construcción duro más o menos once años ; en el año de 1974 se inaugura la consulta externa, el 3 de noviembre y el 12 de abril de 1977 se inaugura hospitalización, con 509 empleados en los que contaron médicos ilustres, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y personal administrativos y técnico calificado, conformando así un hospital moderno con docencia e investigación universitaria.

El nombre de “San Vicente de Paúl” fue suplantado por el nombre de “Vicente Corral Moscoso” en homenaje a uno de los médicos más notables de Cuenca, su vocación de servicio, sencillez y caridad, gran parte del personal provino del Hospital “San Vicente de Paúl” a mediados de la década de 1980, se formo los sindicatos.

El hospital “Vicente Corral Moscoso” es uno de los más representativos del país, su cuerpo médico es selecto y eminentemente preparado con maestrías y postgrados en las mejores universidades Europeas y de América Latina.

Misión: El “Hospital Vicente Corral Moscoso” tiene por misión:

Brindar atención de segundo y tercer nivel a todo aquel que lo quiera, con visión integral de los pacientes, y coordinada con la red sistema y salud.

Formar excelentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras, tecnólogos y otros), para la región y realizar investigación clínica y aplicada como aporte para mejorar la salud de la población del Ecuador.

Visión: La visión del “Hospital Vicente Corral Moscoso”

- ✓ Dar confianza a la comunidad (en la región del Austro) a sentir que pueda confiar en restablecer su salud.
- ✓ Motivar a su personal que tenga capacidad de decidir y autonomía de gestión.

Valores

- ✓ Trabajar para el paciente
- ✓ Respeto (entre los miembros del personal)
- ✓ Buen trato (al usuario)
- ✓ Solidaridad
- ✓ Compromiso
- ✓ Responsabilidad

Estructura física



De acuerdo a su estructura física el hospital cuenta con seis plantas distribuidas de la siguiente manera:

El servicio de Maternidad está ubicado en la primera planta del Hospital; brinda atención a la paciente materna; desarrolla actividades de atención y recuperación; cuenta con áreas como Centro Obstétrico y ginecología. Dispone de un equipo multidisciplinario (medico tratante, médico residente, internos de medicina, una enfermera jefe, enfermeras de planta, internas de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadora social, personal de limpieza), con capacidad para 36 pacientes distribuidos en la distintas áreas.

SERVICIO DE OBSTETRICIA



Fotografía tomada por: Las autoras

A este servicio ingresan pacientes de post parto: eutócico, distócico, post cesáreas, mujeres con eclampsia, pre eclampsia, infecciones de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino.

Planta física, el servicio cuenta con:

1.- Una estación de enfermería, en la que podemos encontrar un mesón grande con diferentes compartimentos, en los cuales se guarda material de oficina como: hojas para exámenes, recetarios, censos, partes operatorios, hojas de signos vitales, de diuresis horaria, pedidos de rayos X, etc.

Dos sillas, un basurero para material común, un fichero en donde están ubicadas las historias clínicas y un teléfono.

A la entrada se encuentra una cartelera, en la que están publicados avisos, horarios de los diferentes turnos del personal que labora en este centro.



La estación de enfermería cuenta con dos compartimentos donde podemos apreciar:



Fotografía tomada por: Las autoras

Dos vitrinas, en la primera se coloca la medicación parenteral, oral y diferentes soluciones y la otra contiene recipientes con: gasas, guantes, suturas, apósitos, baja lenguas, etc.

También dispone de un mesón con cajones en el que se puede encontrar, jeringuillas de insulina, de 3, 5, 10 y 20 cm., guantes de manejo, charol y jarras para la medicación, termómetros, equipo para venoclisis, frascos recolectores, sondas, equipos para cesáreas, etc. En la esquina del mesón encontramos un frasco para los desechos corto punzantes, existe además un lavabo, un dispensador con jabón líquido, y otro dispensador de toallas, un tarjetero en donde se colocan las tarjetas de la medicación de las pacientes, por último entramos tres tachos de basura, en los que se colocan desechos contaminados, no contaminados y especiales.

En el compartimiento de lado se encuentra el baño para uso exclusivo del personal, también hay un mesón grande con limpiadores, batas y gorras descartables para las pacientes, un humidificador, sondas de oxígeno, recipiente vacío para corto punzantes, un lavabo, dispensador de toallas y de jabón.

2.- Este servicio tiene seis salas, en la primera N° 87, cuenta con tres camas, en esta sala ingresan pacientes con Preeclampsia, eclampsia, amenaza de parto pretérmino, dispone de todos los muebles y de un baño privado, es una habitación que permite un ambiente tranquilo y privado para las pacientes. En sala 109 hay 4 camas, en la 108, 5 y en las salas 105, 103 y 101 hay 6 camas, con todos los muebles necesarios. Cada sala cuenta con su cuarto de baño y un cunero. Todas las habitaciones tienen una buena iluminación natural y artificial, además de un sistema de calefacción para las noches frías, el piso



es de marmolina, fácil de limpiar y desinfectar, las ventanas son amplias y cubiertas con persianas que permiten mantener la privacidad de las usuarias.

3.- Cuarto para el baño del bebé, el mismo que fue adecuado por la docente y las estudiantes del tercer año de la Escuela de Enfermería, en la que podemos observar un mesón en el cual se encuentra un lavabo pequeño, un charol, con torundas y alcohol, dispensador de toallas y jabón. También encontramos un lavabo grande el cual sirve para bañar al bebé, jarras, lavacara y una mesa con dos colchoncitos para cambiar al bebé. En los cajones inferiores se encuentran todos los materiales de plástico necesarios para realizar el baño del recién nacido.

4.- Al término del pasillo encontramos un cuarto destinado para utilería limpia, en la que se encuentra toda la lencería de cama, y también sirve para el descanso por las noches del personal de enfermería.

5.- También cuenta con un cuarto pequeño en donde se realiza el lavado de los bidets, es también utilizado por el personal de servicios generales quienes lavan los trapeadores y guarda el equipo necesario para la limpieza.

6.- Sala de tratamientos para preparación de cesáreas, en donde encontramos una balanza, una camilla, soluciones para bioseguridad, cloro al 0.5%, alcohol, equipos para cesáreas y curaciones estériles.

7.- el lactario, que cuenta con una refrigeradora en la que se guarda las aguas glucosadas, para preparar la leche de fórmula para el bebé, cuando la madre no tiene leche o se ha ido a realizar una Pomeroy; también existe una cocina de dos quemadores a gas y un microondas.

RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA

El servicio de Obstetricia cuenta con:

- Una enfermera Jefe. Lcda. Lupe Torres.
- 33 Auxiliares de Enfermería que rotan por C. obstétrico, Obstetricia y Ginecología; 10 licenciadas de enfermería, contando con la Enfermera Jefe, cuatro internas de enfermería.
- Veinte internos de medicina de Gineco – Obstetricia; Dieciséis internos de medicina de Pediatría.
- Nueve residentes de Gineco - Obstetricia y nueve de Pediatría.
- Cuatro personas de servicios generales.



CAPITULO VI

RESULTADOS

A continuación se detallan los datos obtenidos de los formularios aplicados en el HVCM en el periodo abril – mayo de 2010 y la tabulación de dichos datos.

TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

Se presentan a continuación el ingreso de los datos dentro de hojas de cálculo dinámicas y su posterior tabulación, como resultado tenemos tablas generales de resultados las que han sido analizadas y explicadas como variables individuales.

Se adjunta además los formularios utilizados para la recolección de datos.



TABLA # 1

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN ESTADO CIVIL. CUENCA 2010**

ESTADO CIVIL

E. CIVIL	NÚMERO	%
SOLTERA	2	5
CASADA	22	55
VIUDA	0	0
DIVORCIADA	0	0
UNION LIBRE	16	40
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras

Análisis.

En el caso específico de la soltería el alto grado de estrés materno, sumado a las dificultades económicas que conlleva llevar sola un embarazo, complica de manera significativa el correcto cuidado de la gestación y es necesario llevar a cabo programas de protección en pro de la inserción social y económica de las madres solteras en nuestro país.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de mujeres (55%), incluidas en el estudio están casadas; el 45% se encuentran en unión libre, esto implica que los 95% participantes en este estudio tienen una pareja estable quien colabora en el desarrollo y cuidado del embarazo. Solo un 5% declaró ser soltera y éstas constituyen el objetivo para realizar prevención primaria por medio de campañas de protección y sobre todo garantizar su acceso a los controles obstétricos que sean necesarios.



TABLA # 2

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN INSTRUCCIÓN. CUENCA 2010**

INSTRUCCIÓN

GRADO	NÚMERO	%
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA COMPLETA	7	17,5
PRIMARIA INCOMPLETA	3	7,5
SECUNDARIA COMPLETA	14	35
SECUNDARIA INCOMPLETA	10	25
SUPERIOR	6	15
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras

Análisis

Un factor materno que influye de manera importante en el correcto cuidado del embarazo es la instrucción que haya alcanzado la madre hasta el momento de la presentación de su embarazo; pues influye directamente en la esfera económica que le permitirá tener acceso a los diferentes sistemas de salud y al mismo tiempo en el ámbito social y de cuidado personal, una paciente con una educación secundaria completa o una instrucción superior sabrá cuidarse mejor que una paciente analfabeta y podrá identificar con mayor facilidad signos de alerta temprana de infecciones genitourinarias principal causa de prematurez según lo investigado.



TABLA # 3

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN OCUPACIÓN. CUENCA 2010**

TIPO DE TRABAJO		
OCUPACIÓN	NÚMERO	%
EMPLEADA DOMESTICA	4	10
AGRICULTORA	2	5
PROFESIONAL	6	15
QQ.DD	28	70
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras

Análisis.

La ocupación de la gestante influye de una u otra manera en el desarrollo del embarazo, en este caso debemos analizar esta variable con una visión global, es así que en nuestro estudio encontramos que un 5% de las encuestadas se dedica a la agricultura, al embarazo se suman los de los plaguicidas.³ Estas pacientes están expuestas necesariamente a pesticidas usados por décadas en nuestro país sin ningún tipo de protección y sin un adecuado control pues son de venta libre y son usados sin conocimiento de sus posibles efectos tóxicos por los agricultores de nuestro país.

- La exposición a solventes como los productos de limpieza y los pesticidas de uso doméstico pueden causar deformidades y otros problemas en el feto.
- La exposición a agentes farmacéuticos, como la quimioterapia, puede aumentar el índice de aborto espontáneo, bajo peso al nacer y malformaciones. Las trabajadoras de la salud podrían estar expuestas a ellas.
- La exposición al calor extremo en el trabajo al inicio del embarazo puede aumentar los defectos del tubo neural en el feto.
- La exigencia física en el trabajo, como estar de pie o caminar durante mucho tiempo, levantar objetos pesados, trabajar en turnos con horarios diferentes y el estrés provocado por el trabajo pueden afectar de manera adversa al embarazo.⁴



En el segundo punto debemos hacer hincapié en que los tóxicos están presentes en muchos productos de uso doméstico y diario, lo que debemos relacionar a que un 80% de las encuestadas trabajan dentro del hogar (70% como amas de casa y el 10% como empleadas domésticas).



TABLA # 4

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN CARGA HORARIA LABORAL. CUENCA 2010**

**CARGA HORARIA LABORAL EN LOS
ÚLTIMOS 6 MESES**

ESTADO	NÚMERO	%
NO TRABAJA	27	67,5
DE 1 A 5 HORAS	3	7,5
DE 6 A 8 HORAS	4	10
MAS DE 8	6	15
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

Análisis

El número de horas trabajadas por una gestante que además presenta factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino, puede influir en la presentación de esta patología, pues en muchos de los casos es necesario mantener un ritmo de trabajo que amerita esfuerzo físico importante y un desgaste funcional por parte de la gestante. En este punto hacemos notar que el 15%, un porcentaje nada despreciable, trabaja en jornadas laborales superiores a 8 horas diarias, esta situación está directamente relacionada con la patología que cursaron estas pacientes.

El 67.5% de encuestadas, que corresponde a la mayoría dentro de esta variable, declaro no tener al momento ningún trabajo, sin embargo el cumplir las labores cotidianas del hogar, resulta en muchos casos sumamente extenuante.



TABLA # 5

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN SUELDO BASICO. CUENCA 2010**

SUELDO BÁSICO

ESTADO	NÚMERO	%
SI (mayor de \$ 280)	8	20
No (menor de \$ 270)	32	80
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

Análisis.

En los resultados obtenidos en la tabulación de los datos de nuestro estudio, encontramos que el 80% de las encuestadas no reciben sueldo básico; es conocido que las condiciones socioeconómicas son consideradas un factor de riesgo importante dentro del desarrollo de la amenaza de parto pretérmino.

Como desarrollamos en el marco teórico sabemos que está demostrado que el nivel de pobreza influye en la presencia de un parto pretérmino, lo cual se refleja en algunos estudios, al observarse que existe diferencia en los lugares donde habitan ambos grupos (socioeconómicamente diferentes). El carecer de medios económicos impide que una persona pueda tener educación y control prenatal adecuados, que permitan detectar los riesgos antes de que estos puedan generar el daño correspondiente.

Las personas que viven en lugares considerados socioeconómicamente bajos presentan niños antes de las 37 semanas 2,5 veces más que aquellas que provienen de lugares considerados altos. De igual forma se pudo observar que las personas provenientes de las regiones consideradas geográficamente pobres son las que con mayor frecuencia presentan este tipo de problema.



TABLA # 6

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M. SEGÚN LA PATOLOGÍA .CUENCA 2010.**

PATOLOGÍA	NÚMERO	%
APENDICITIS	1	2,5
CAIDA	6	15
DISTRES EMOCIONAL	18	45
ESFUERZO FISICO	2	5
HTA	6	15
RPM	1	2,5
ITU	3	7,5
NINGUNA	2	5
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

Análisis

El 45% de pacientes encuestadas en nuestro estudio presentó distrés emocional, ya que es un problema de gran importancia en relación con la amenaza de parto pretérmino por diferentes causas que se presenten en la vida de cada materna, es así que los disgustos afecta la salud de la madre y feto emocionalmente en general llevando a un estado de depresión por lo que debe brindar ayuda inmediata evitando así complicaciones graves. La hipertensión (esencial o inducida por el embarazo) podría desencadenar una amenaza de parto pretérmino, sin embargo, los nacimientos de pretérmino en estos casos, se debieron a interrupciones programadas por complicaciones maternas más que a partos de pretérmino espontáneos⁵. Aquellas patologías agrupadas en la variable entre las que se incluyen ITU, R.P.M que provoca un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad.⁶



TABLA # 7

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN HÁBITO. CUENCA 2010**

HÁBITO	NÚMERO	%
FUMA	0	0
ALCOHOL	0	0
DROGA	0	0
NINGUNO	40	100
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

Análisis

En nuestro estudio el 100% de las pacientes encuestadas declaró no tener ningún hábito que pudo afectar el desarrollo de su actual embarazo al momento del estudio, sin embargo no es posible descartar que las encuestadas no fueron sinceras con respecto a esta pregunta debido a la idiosincrasia de nuestro país.

Cabe recalcar que los hábitos tóxicos maternos también aumentan los riesgos, como el tabaquismo, alcoholismo y el uso de drogas que se asocian a prematuridad y también al retraso en el crecimiento intrauterino.

El hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retardo del crecimiento intrauterino que en el parto pretérmino y esto se debe a que se produce una hipoxia fetal y reducción del flujo útero placentario agudo.

Un “simple” cigarrillo causa una reducción aguda del flujo intervilloso placentario durante unos 15 minutos (Morrow et al. 1998) ⁶.

Sin embargo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de tener un parto de pretérmino.⁷

Beber alcohol durante el embarazo puede hacer que su bebé nazca con defectos de nacimiento físicos y mentales llamados síndrome alcohólico fetal (FAS). El síndrome alcohólico fetal es la principal causa de retraso mental y una de los factores maternos de amenaza de parto pretérmino



TABLA # 8

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN ABORTOS ANTERIORES .CUENCA 2010**

ABORTOS ANTERIORES

ABORTOS	NÚMERO	%
SI	2	5
NO	38	95
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

Análisis

Entre una de las causas maternas se encuentra los antecedentes de aborto previo del 100% de las usuarias encuestadas solo el 5% refiere haber presentado un aborto mientras que el 95% no lo refiere.

Alrededor de un 10 % de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un quinto (2 %) tienen la consideración de riesgo mortal.

Una complicación del aborto es el síndrome de Asherman, este síndrome se reconoce por la aparición de adherencias de tejido dentro del útero, que producen síntomas clínicos tales como anormalidades menstruales, infertilidad, abortos espontáneos frecuentes y amenaza de parto pretérmino ⁸.



TABLA # 9

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN HIJOS MUERTOS .CUENCA 2010**

HIJOS MUERTOS

RANGO	NÚMERO	%
SI	1	2,5
NO	39	97,5
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

Análisis

Observamos los datos de esta tabla y decimos que el porcentaje analizado es pequeño ya que el 2% de las madres tienen un hijo muerto, con la misma que se hace relación a los riesgos que se presento durante su gestación causando la muerte del niño. También la causa de la muerte de un debe la mayoría de los casos se da por una atención inadecuada y no ha tiempo.



TABLA # 10

DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL H.V.C.M, SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES. CUENCA 2010

CONTROLES PRENATALES		
RANGO	NÚMERO	%
NINGUNO	0	0
MENOS DE CINCO	11	27,5
MAS DE CINCO	29	72,5
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

Análisis

El mayor componente de la prevención del nacimiento de un niño pretérmino incluye el seguimiento de acuerdo al riesgo, intervención educacional basada en el manejo del caso, incremento del aporte nutricional.

Es por eso que la detección de factores de riesgo, lo más pronto posible, permite un manejo adecuado, impidiendo que estos se traduzcan en el daño correspondiente.

Este es el fundamento del control prenatal; el no tenerlo, es un elevado factor de riesgo para el nacimiento de un pretérmino; pero no se trata solamente de tener unas cuantas visitas al médico (el número debe ser de cinco o más veces), ya que el riesgo es semejante a no tener control prenatal.

Es importante mencionar, que, a mayor número de controles, una gestante se ve más protegida; por ejemplo, al tener entre cinco y diez controles, esta tiene 7,7 veces la posibilidad de que nazca un bebe antes de las 37 semanas, si es comparada con aquella paciente que ha tenido diez o más controles².

En nuestro estudio se demuestra que el 72.5% tuvo más de cinco controles obstétricos y que un 27.5% menos de cinco controles.



TABLA # 11

**DISTRIBUCIÓN DE 40 USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO QUE CONCURREAN AL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
H.V.C.M, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS. CUENCA 2010.**

NÚMERO DE HIJOS		
CANTIDAD	NÚMERO	%
NINGUNO	2	5
UNO	10	25
DOS	13	32,5
TRES	11	27,5
CUATRO	2	5
CINCO	1	2,5
SEIS	1	2,5
TOTAL	40	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

Análisis

La multiparidad es otro problema que se asocia a la amenaza de parto pretérmino ya que el intervalo determinado de tiempo varía entre dos años y más de esta forma ayudaría a mejorar la salud de la madre y el feto disminuyendo un gran porcentaje de riesgos y complicaciones que se pueden presentar en el periodo de gestación así como en el parto.



CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Objetivos	Conclusiones
<ul style="list-style-type: none">• Determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto Pretérmino en las madres que se encuentran en el servicio de maternidad del Hospital "V.C.M"• Determinar la frecuencia de madres que presentan amenaza de parto Pretérmino.• Establecer un plan de atención de Enfermería para mujeres que presenten A.P.P.	<ul style="list-style-type: none">• En nuestro estudio se demuestra que el 72.5% tuvo más de cinco controles obstétricos y que un 27.5% menos de cinco controles.• El 15%, de madres trabajan en jornadas laborales superiores a 8 horas diarias, situación relacionada directamente con la patología.• El 45% de pacientes encuestadas presentó distress emocional, ya que es un problema de gran importancia en relación con la amenaza de parto Pretérmino por diferentes causas que se presenten en la vida de cada materna.• Alrededor de un 10 % de mujeres que se someten a un aborto provocado sufrirán complicaciones inmediatas, de las cuales aproximadamente un quinto (2 %) tienen la consideración de riesgo mortal.



RECOMENDACIONES

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

- La amenaza de parto Pretérmino es un riesgo elevado, siendo necesario la ejecución de políticas de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, encaminadas a reducir las tasas de morbi mortalidad materno infantil, como también identificando factores de riesgo que causan gran impacto dentro de la salud humana.
- El Estado debe implementar áreas de consejería al servicio de la población, fomentando su participación en temas importantes como: sexualidad, salud sexual y reproductiva, incluyendo derechos sexuales y reproductivos con claridad y precisión, especialmente a nivel de escuelas y colegios.
- Las Instituciones de Salud deben enfatizar el cuidado de la mujer en la etapa del embarazo, parto y puerperio; el mismo que debe ser de calidad y calidez con el apoyo de un equipo multiprofesional de esta forma lograr disminuir un porcentaje de muertes que día a día se dan por una mala información.
- Al Hospital, Centros de Salud, Subcentros de Salud, y otras instituciones proveedoras de servicios en salud de la Ciudad de Cuenca y sus distintas parroquias sugerimos capacitarse en forma continua sobre temas importantes como; salud sexual y reproductiva, sexualidad, amenaza de aborto y parto pretérmino, embarazo en adolescentes y trabajar en equipo y conjuntamente coordinar con el Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de reducir los porcentajes que día a día aumentan.
- El personal de salud de cada área garantice los servicios en cuidados obstétricos, la atención del parto oportuno con personal capacitado; ya que toda mujer tiene derecho a la salud gratuita, atención de calidad y libre acceso a programas durante su embarazo.
- Crear una cultura participativa de los / las adolescentes y posibilitar su inserción en organizaciones que promuevan las iniciativas del sujeto joven hombre o mujer, como un sujeto de derecho en su dimensión integral; potenciando las organizaciones juveniles que influirá en forma positiva en su propio desarrollo creando nuevos estilos de vida.



- La amenaza de parto pretérmino debe ser priorizado como una situación problemática que se enmarca dentro de normas socio-culturales, por lo que es necesario impartir información e implantar en todos los sistemas educativos programas en; sexualidad que posibiliten a los / las adolescentes, a tomar decisiones responsables de su vida sexual, prevención del embarazo, y el acceso a métodos de anticoncepción de calidad.



CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. F. Miller. ENFERMERÍA GINECOLÓGICA. Editorial Interamericana, 5ta. Edición, México 1966.
2. D. Nelson, CONSULTOR DE ENFERMERÍA OBSTETRICIA, Edición Española, volumen 2. Barcelona España.
3. Bleier, A. Borroughs, Arlene. ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL. Editorial Interamericana S.A de CV. Quinta Edición. Venezuela.
4. M. Millar, L. Bowan. ENFERMERÍA OBSTETRICA. Editorial Interamericana S.A 1968. Quinta Edición. México D.F.
5. G. Anderson. OBSTETRICIA PARA LA ENFERMERA Editorial Truquel, S.A. tomo 2. Buenos Aires 1970. México / Buenos Aires.
6. Bostos JC, Vera E, Pérez A, Donoso E .EL EMBARAZO EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA. Rev Chile Obstet 2004; Pag: 402.
7. CARRILLO Francisco “COMO HACER LA TESIS Y EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN”. Edición Biblioteca Universidad de Lima, 1969.
8. León K, Gallegos Machado B, Estévez Rodríguez E, Rodríguez García S. MORTALIDAD INFANTIL. Análisis de un decenio. Rev Cubana 2000; 13: 293-306.
9. D de Gordon, J de Milberg, Daling J. Promueve la edad maternal como el factor de riesgo para la entrega de cesareas. Obstet Gynecol 2004; Pag: 493.
10. Policlínico comunitario docente “Previsora” de Camagüey 2004 - 2005.
11. Evaluación de los factores de riesgo relacionados con parto prematuro; Autor: Farache, Ysaac; Sosa, Alberto; La Riva, Antonio; Letelier, Claudio; Limas, Rubén; Lopéz, Ricardo; Pfeiffer, Petra. Disponible en :
12. [Http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isisscript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextaction=lnk&exprsearch=180749&indexsearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isisscript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextaction=lnk&exprsearch=180749&indexsearch=ID)



13. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. Wilfredo Villamonte, Nelly Lam, Eliana Ojeda. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesg_parto.htm
14. Malformaciones congénitas y exposición a pesticidas, Alejandra Rojas R, María Elena Ojeda B y Ximena Barraza O. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?Pid=S0034-98872000000400006&script=sci_arttext
15. Trabajo y embarazo. Disponible en http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/ctrlverart?Sec=Gaceta&t=trabajo_y_embarazo&clvart=9358&clvmenu=115
16. Control prenatal; Pontificia Universidad de Chile; disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html
17. Manejo del parto pretérmino. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1020-37. Disponible en: <http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm>
18. Tabaquismo y Embarazo. Guillermo Acosta Osio MD, MDU. Disponible en: www.obgyn.net/english/pubs/features/.../Cigarrillo-embarazo.ppt
19. Centro de Enseñanza del Embarazo. Disponible en: http://www.nacersano.org/centro/9246_9633.asp
20. Materno Fetal. Disponible en: <http://www.maternofetal.net/4prematuro.html>
21. <http://www.maternofetal.net/4prematuro.html>



BIBLIOGRAFIA

- ✿ <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkpkukkuVVOeanYFTF.php>
- ✿ <http://shamandala.blogspot.com/2007/09/inducciones-e-ndice-de-bishop.html>
- ✿ http://www.sogba.org.ar/comites_guias_amenaza.html
- ✿ GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS. AMENAZA DE PARTO PREMATURO. Dras. Cristina Laterra, Elsa Andina e Ingrid Di Marco. División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.
- ✿ MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro* 1st Ed. Santiago: Minsal,2005.
- ✿ ANDINO Patricio. "INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN" Primera Edición.
- ✿ ANDER Ezequiel. "TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL". Editorial Humanistas. Buenos Aires. 1974. Cuarta Edición.
- ✿ AGUILAR Manuel. "NOCIONES BÁSICAS DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA". Edición Ministerio de Educación Quito 1976.
- ✿ Arisley L. EMBARAZOS EN EDADES EXTREMAS. Rev esp .Obstet y Ginec 1999; 47: 149-58
- ✿ Bendezú, G. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, 47:(3), Julio 2001, pag 47.
- ✿ Bostos JC, Vera E, Pérez A, Donoso E .EL EMBARAZO EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA. Rev Chile Obstet 2004; Pag: 402.
- ✿ CARRILLO Francisco "COMO HACER LA TESIS Y EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN". Edición Biblioteca Universidad de Lima, 1969.
- ✿ G. Anderson. OBSTETRICIA PARA LA ENFERMERA Editorial Truquel, S.A. tomo 2. Buenos Aires 1970. México / Buenos Aires.



- ✿ León K, Gallegos Machado B, Estévez Rodríguez E, Rodríguez García S. MORTALIDAD INFANTIL. Análisis de un decenio. Rev Cubana 2000; 13: 293-306.
- ✿ M. Granada. LA MUJER Y EL PROCESO REPRODUCTIVO. 1ª Edición. Organización Panamericana de la Salud 1990.555pag., Washington .DC. E.U.A
- ✿ M. Millar, L. Bowan. ENFERMERÍA OBSTETRICA. Editorial Interamericana S.A 1968. Quinta Edición. México D.F.
- ✿ Schwarcz, R., Fecina, R., Duverges, C. Obstetricia. El Ateneo, Quinta Edición, 1996 (reimpresión)
- ✿ Schwarcz, R., Fecina, R., Duverges, C. OBSTETRICA. EL ATENEO, Quinta Edición, 1996 (reimpresión)
- ✿ VELASCO GARCÉS. María de Lourdes. Planificación Estratégica. Loja Edit. UPTL. (2002).



ANEXOS

A continuación damos a conocer el consentimiento informado el mismo que nos sirvió para realizar la presente investigación.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA PARCIALMENTE COMPENSATORIO Y DE APOYO EDUCACIONAL, EN USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN LOS MESES DE MARZO A MAYO DEL 2010”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras, Fanny Gualpa y Margarita Romero, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, nos encontramos realizando una investigación sobre el sistema de Enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional en usuarias con amenaza de parto pretérmino, para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería, por lo que solicitamos de manera comedida a formar parte de esta investigación, la misma que se llevará a cabo en el servicio de maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso” Marzo a Mayo 2010.

Para el efecto se ha programado lo siguiente:

- ❖ Entrevista a las madres, seguido de un cuestionario para la evaluación de conocimientos antes de la charla (pre-test) con una duración de 15 min.
- ❖ Ejecución de la charla educativa y participativa con una duración de 15 min.
- ❖ Cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos después de la charla, a su vez se entregara trípticos con información sobre el tema con una duración de 15 min.

La información que se recolecte será confidencial y los datos servirán únicamente a las investigadoras, siendo el objetivo principal, aplicar el sistema de Enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional para las madres con amenaza de parto pretérmino en el servicio de maternidad.



Las respuestas a las preguntas de la entrevista, antes (pre-test) y después de la charla, serán llenadas a mano por las investigadoras y redactadas tal como Ud. Expresa.

Si usted está de acuerdo dígnese poner su firma o huella como aceptación teniendo en cuenta que puede retirarse en cualquier momento.

Por la favorable acogida anticipamos nuestros agradecimientos.

.....

FIRMA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE ENFERMERIA PARCIALMENTE COMPENSATORIO Y DE APOYO EDUCACIONAL, EN USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN LOS MESES DE MARZO A MAYO DEL 2010”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD.

Nosotras, Fanny Gualpa y Margarita Romero, estudiantes de la Facultad de Ciencias Medicas, Escuela de Enfermería, nos encontramos realizando una investigación sobre el sistema de Enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional en usuarias con amenaza de parto pretérmino, para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería, luego que se obtuvo la autorización de su representante solicitamos de manera comedida formar parte de esta investigación, la misma que se llevará a cabo en el servicio de maternidad del Hospital “ Vicente Corral Moscoso” .Marzo -Mayo 2010.

Para el efecto se ha programado lo siguiente:

- ❖ Entrevista a las madres, seguido de un cuestionario para la evaluación de conocimientos antes de la charla (pre-test) con una duración de 15 min.
- ❖ Ejecución de la charla educativa y participativa con una duración de 15 min.
- ❖ Cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos después de la charla, a su vez se entregara trípticos con información sobre el tema con una duración de 15 min.

La información que se recolecte será confidencial y los datos servirán únicamente a las investigadoras, siendo el objetivo principal, aplicar el sistema de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional para las madres con amenaza de parto pretérmino en el servicio de maternidad.

Las respuestas a las preguntas de la entrevista, antes (pre-test) y después de la charla, serán llenadas a mano por las investigadoras y redactadas tal como Ud. Expresa.



Si usted está de acuerdo dígnese poner su firma o huella como aceptación teniendo en cuenta que puede retirarse en cualquier momento.
Por la favorable acogida anticipamos nuestros agradecimientos.

.....
FIRMA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

APLICACIÓN DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA PARCIALMENTE COMPENSATORIO Y DE APOYO EDUCACIONAL, EN USUARIAS CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO, EN LOS MESES DE MARZO A MAYO DEL 2010”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE LAS MENORES DE EDAD.

Nosotras, Fanny Gualpa y Margarita Romero, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, nos encontramos realizando una investigación sobre el sistema de Enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional en usuarias con amenaza de parto pretérmino, para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería, por lo que solicitamos de manera comedida a Ud. Sr (a)----- de manera comedida autorice a su representada formar parte de esta investigación, la misma que se llevará a cabo en el servicio de maternidad del Hospital “ Vicente Corral Moscoso” .Marzo - Mayo 2010.

Para el efecto se ha programado lo siguiente:

- ❖ Entrevista a las madres, seguido de un cuestionario para la evaluación de conocimientos antes de la charla (pre-test) con una duración de 15 min.
- ❖ Ejecución de la charla educativa y participativa con una duración de 15 min.
- ❖ Cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos después de la charla, a su vez se entregara trípticos con información sobre el tema con una duración de 15 min.

La información que se recolecte será confidencial y los datos servirán únicamente a las investigadoras, siendo el objetivo principal, aplicar el sistema de enfermería parcialmente compensatorio y de apoyo educacional para las madres con amenaza de parto pretérmino en el servicio de maternidad.

Las respuestas a las preguntas de la entrevista, antes (pre-test) y después de la charla, serán llenadas a mano por las investigadoras y redactadas tal como Ud. expresa.



Si usted está de acuerdo dígnese poner su firma o huella como aceptación teniendo en cuenta que puede retirarse en cualquier momento.
Por la favorable acogida anticipamos nuestros agradecimientos.

.....

FIRMA



PLAN DE CLASE.

INSTITUCIÓN: SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”

PROGRAMA: Educación a las madres en el servicio de Maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso.”

GRUPO: Madres que se encuentran hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino en el Hospital “Vicente Corral Moscoso.”

TEMA: Amenaza de Parto Pretérmino.

LUGAR: Departamento de maternidad.

DURACIÓN: 15 Minutos

FECHA: 19-03 – 2010.

HORA: 10:00 am.

RESPONSABLES: Margarita Romero y Fanny Gualpa.

- **OBJETIVOS.**

Al finalizar la clase la madre será capaz de:

- 1.-Indicar con sus propias palabras que es una amenaza de parto pretérmino.
- 2.- Enumerar los signos y síntomas de una amenaza de parto pretérmino.
- 3.-Indicar los cuidados especiales que debe tener cuando se presente una amenaza de parto pretérmino.

METODOLOGIAS.

- Clase expositiva y discutida sobre amenaza de parto pretérmino.
- Lluvia de ideas

AUXILIARES DE LA ENSEÑANZA.



- Rota folio.
- Tríptico sobre amenaza de parto pretérmino.

EVALUACIÓN:

- Me puede explicar con sus propias palabras la importancia de conocer sobre la amenaza de parto pretérmino.
- Enumere 5 de los 10 factores que se asocian para que se presente una amenaza de parto pretérmino.
- Puede usted indicar que cuidados que debe tener cuando se presente una A.P.P.



DESARROLLO DEL TEMA.

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO



El parto pretérmino es una patología que representa una frecuencia, alrededor del 10 % de los embarazos y es la causante de la mayor mortalidad perinatal, situándose entre el 68 al 80% de fetos sin anomalías. Continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye un reto y punto de atención continua para el equipó médico.

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



Partiendo de estas definiciones recalcamos que todo esfuerzo para prevenir el parto pretérmino representa la medida más importante para reducir la mortalidad perinatal, ya que el 75% de ella, es debida a la prematuridad.

Debido a que el riesgo de morbilidad en los nacimientos cercanos al término es bajo, la mayor atención se orienta en el parto pretérmino temprano (menor de 32 semanas); si bien los nacimientos de este grupo representan el 1 al 2 % de todos los partos, ellos son responsables del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60% de la mortalidad neonatal. De ahí, que el



gran desafío para aumentar el número de sobrevivientes sanos, es la prevención y el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino.

Conceptos

Parto pretérmino.

Nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación.

Trabajo de parto pretérmino

Contracciones uterinas de por lo menos 3 en 30 minutos, acompañada de cambios cervicales: borramiento 50% o dilatación igual o mayor a 3 cm. Antes de las 37 semanas de gestación.

Amenaza de parto pretérmino.

Contracciones uterinas de por lo menos 3 en 30 minutos sin cambios cervicales mayores con una dilatación menor de 3 cm.

CLASIFICACIÓN

- Con membranas íntegras
- Con ruptura de membranas
- Con complicaciones propias del embarazo/iatrogénicas

ETIOLOGÍA

Factores predictivos

- Indicadores Clínicos



Factores de riesgo mayores:

- Gestación múltiple
- Antecedente de parto pretérmino
- Antecedente de amenaza de parto pretérmino
- Polihidramnios
- Anomalías uterinas
- Cirugía abdominal durante el embarazo



- Antecedente de conización
- Dilatación mayor a 1 cm. A las 32 semanas de gestación
- Cuello menor a 1 cm de longitud a las 32 semanas de gestación
- Dos o más abortos en el segundo trimestre
- Consumo de cocaína

Factores de riesgo menores:

- Enfermedad febril durante el embarazo
- Pielonefritis
- Consumo de más de 10 cigarrillos al día
- Metrorragia después de las 12 semanas de gestación
- Un aborto en el segundo trimestre
- Dos o más abortos en el primer trimestre

La presencia de 1 o más factores de riesgo mayores y/o dos o más factores de riesgo menores establecen el riesgo de parto pretérmino.

Otros factores:

- Bajo nivel socioeconómico.
- Edad materna menor a 18 años o más de 40 años
- Estrés
- Infecciones vaginales
- Infecciones urinarias
- Enfermedad de transmisión sexual
- Abuso doméstico
- Violencia familiar
- Alcoholismo
- Bajo índice de masa corporal pregestacional
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Traumatismos





DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico adecuado y oportuno de amenaza de parto pretérmino es de suma importancia para iniciar las primeras medidas para prevenir las futuras complicaciones del neonato pretérmino.

El diagnóstico se basa en tres criterios fundamentales.

a. Edad Gestacional:

Entre las 20 y antes de las 37 Semanas de gestación.

b. Contracciones uterinas:

Se caracterizan por ser dolorosas (valorando el número, intensidad, duración, tono y frecuencia) detectables por palpación abdominal y tocografía externa.



PLAN DE CLASE

INSTITUCIÓN: SERVICIO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”

PROGRAMA: Educación a las madres en el servicio de Maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso.”

GRUPO: Madres que se encuentran hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino en el Hospital “Vicente Corral Moscoso.”

TEMA: Hipertensión Arterial.

LUGAR: Departamento de maternidad.

DURACIÓN: 15 Minutos

FECHA: 02- 04 – 2010.

HORA: 10:00 am.

RESPONSABLES: Margarita Romero y Fanny Guallpa.

- **OBJETIVOS.**

Al finalizar la clase la madre será capaz de:

- 1.-Indicar con sus propias palabras que es la hipertensión arterial.
- 2.- Enumerar los factores que predisponen a una presión alta.
- 3.-Dar a conocer que cuidados que debe tener cuando la presión este alta durante el periodo de gestación.

METODOLOGIAS.

- Clase expositiva y discutida sobre presión arterial normal e hipertensión arterial.
- Lluvia de ideas
- Demostración de la toma de presión arterial.

AUXILIARES DE LA ENSEÑANZA.



- Rota folio.
- Tríptico sobre la hipertensión arterial.
- Tensiómetro.
- Estetoscopio.

EVALUACIÓN:

- Me puede explicar con sus propias palabras que es una hipertensión arterial.
- Enumere 4 de los 7 factores que se asocian a una hipertensión arterial.
- Indique que cuidados que debe tener con la alimentación cuando la presión esta alta.



ACTIVIDAD FISICA

Es importante por que ayuda a controlar la cantidad de azúcar en la sangre a perder peso y controlar la presión sanguínea alta.

"Las personas diabéticas que hacen ejercicio tienen menos probabilidades de experimentar un ataque cardiaco o un accidente cerebro muscular."

CUIDADO DE LOS PIES

Es necesario:

- Revisar los pies cada día e informar a de cualquier ulcera o infección.
- Lavarse todos los días y secarlos muy bien.
- Suavizar la piel seca con loción o vaselina

- Dejar de fumar por que el tabaco empeora el flujo de la sangre en los pies.

- Ejercitarse a diario para promover una buena circulación.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

TEMA:

LA DIABETES

RESPONSABLES:

FANNY GUALLPA
MARGARITA ROMERO

DOCENTE:

LCDA: ADRIANA VERDUGO



DIABETES

Es una enfermedad caracterizada por niveles de azúcar altos en la sangre. Puede ser causado por muy poca producción de insulina.

TIPOS DE DIABETES

DIABETES TIPO 1.- Se diagnostica en la infancia. El cuerpo no produce insulina y se necesitan inyecciones diarias para sobrevivir.



DIABETES DE TIPO 2, Se presenta en la edad adulta. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa en la sangre.

DIABETES GESTACIONAL

Consiste en la presencia de altos niveles de glucosa en la sangre que se desarrolla en cualquier momento durante el embarazo en una persona que no tiene diabetes.

SINTOMAS

DIABETES TIPO 1:

- Aumento de la sangre
- Aumento de la micción
- Pérdida del peso
- Fatiga
- Náuseas y vómito

DIABETES TIPO 2:

- Aumento de la micción
- Pérdida del peso
- Fatiga
- Visión borrosa
- Aumento del apetito

TRATAMIENTO:

El objeto del tratamiento es estabilizar la azúcar en la sangre y eliminar los síntomas producidos por el alto nivel de azúcar en la sangre.



El objetivo a largo plazo es prolongar la vida aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones

DIETA



Es necesario:

- Hortalizas
- Frutas
- Alimentos con poca azúcar y sal.
- Dieta balanceada baja en grasas.



Alimentos que debe evitar

Evite aquellos alimentos que producen intoxicación alimentaria o que contienen sustancias químicas perjudiciales.

- Pescados crudos, en particular los mariscos
- Huevos revueltos no bien cocidos y alimentos elaborados con huevos crudos o ligeramente cocidos
- Jugos no pasteurizados
- Leche no pasteurizada y comidas elaboradas con ésta
- Carne, aves, mariscos, y perros calientes crudos o apenas cocidos.

EJERCICIO

El ejercicio puede ayudar a las mujeres a sentirse mejor. Y, las calorías que se queman pueden ayudar a prevenir el aumento de peso excesivo.



El ejercicio puede ayudar a las mujeres embarazadas a evitar la diabetes gestacional, un tipo de diabetes que a veces se desarrolla durante el embarazo.

El ejercicio puede ayudar a desarrollar la resistencia necesaria para el parto y el alumbramiento. El ejercicio puede realzar el bienestar y promover la recuperación temprana y rápida luego del parto y el nacimiento del bebé.

Qué puede hacer:

Considere los siguientes tipos de ejercicio:

- Caminar
- Bailar
- Nadar
- Montar en una bicicleta fija
- Aeróbicos
- Yoga

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

TEMA:

CONTROL PRENATAL

RESPONSABLES:

FANNY GUALLPA
MARGARITA ROMERO

DOCENTE:

LCDA: ADRIANA VERDUGO



CONTROL PRENATAL

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

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

DIAGNOSTICO DE LA CONDICION FETAL

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- Latidos cardíacos fetales
- Movimientos fetales

- **Latidos cardíacos fetales.** La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal.



Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal,

EXAMENES DE LABORATORIO

- Grupo sanguíneo
- ~~Urocultivo~~
- VDRL
- HIV
- Hematocrito
- Glicemia
- Albuminuria
- Papanicolaou

PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.



Los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), hasta el término de la gestación.

El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías como son:



- Retardo del crecimiento fetal.
- Diabetes gestacional.
- Síndrome hipertensivo del embarazo.
- Amenaza de parto prematuro.
- Malformaciones congénitas.

DIETA



El queso, yogur, las frutas y los vegetales son bocadillos buenos y sanos. La mantequilla de cacahuete (maní) y las nueces también son sanas si no le producen alergia.

Beba por lo menos de seis a ocho vasos de agua, jugo o leche por día.

Tome una multivitamina o vitamina prenatal todos los días.