

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Factores asociados al parto pretérmino en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de enero a julio 2016.

Para optar el título de segunda especialidad profesional de:

Emergencias Obstétricas

Autor:

Obstetra: Isabel GUILLÉN RAMÍREZ

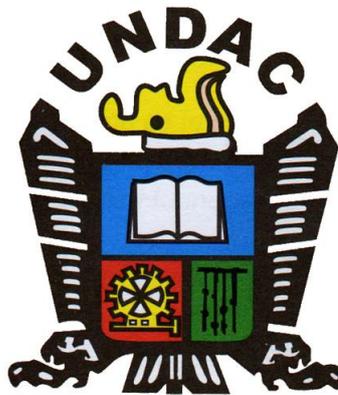
Asesor:

Mg. Lola Máxima CHIRRE INOCENTE

Lima - Perú – 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POSGRADO



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Factores asociados al parto pretérmino en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de enero a julio 2016.

Sustentado y Aprobado ante los miembros del jurado:

Mg. Lola Máxima CHIRRE INOCENTE
PRESIDENTE

Obst. Yolanda COLQUI CABELLO
MIEMBRO

Obst. Nelly Adela HILARIO PORRAS
MIEMBRO

DEDICATORIA

El presente trabajo dedico
a mi familia que son el soporte
del desarrollo de mi formación
como Especialista

AGRADECIMIENTO

A los docentes por las enseñanzas facilitadas al
Grupo de estudiantes de Emergencias Obstétricas.

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores asociados al parto pre término en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016. Metodología: trabajo de investigación descriptiva, correlacional, porque se trata de estudiar dos variables los factores asociados al parto pretérmino y la implementación del servicio de emergencia. En una muestra de 48 mujeres que presentaron parto pre término de enero a julio del 2016. Utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos y la lista de cotejo. Los datos serán procesados mediante el programa Excel. Para la contrastación de la hipótesis se utilizará la Ji cuadrado.

Palabras clave:

Factores asociados, parto pretérmino, implementación del servicio de emergencia.

SUMMARY

With the objective of determining the factors associated with preterm birth in relation to the implementation of the Emergency Service in the National Hospital "Dos de Mayo" Lima - Peru from January to July 2016. Methodology: descriptive, correlational research work, because it tries to study two variables the factors associated with preterm delivery and the implementation of the emergency service. In a sample of 48 women who presented preterm delivery from January to July 2016. Using the data collection form and the checklist as an instrument. The data will be processed through the Excel program. For the test of the hypothesis, the square Chi will be used.

Keywords: Associated factors, prepartum term, implementation of the emergency service.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Pág.

I: DATOS GENERALES	11
1.1 Titulo	11
1.2 Tesista.....	11
1.3 Duración	11
II: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
2.1 Identificación y planteamiento del problema.....	12
2.2 Delimitación de la investigación	13
2.3 Formulación del problema	14
2.3.1 Problema principal.....	14
2.3.2 Problemas específicos	14
2.4 Formulación de Objetivos	14
2.4.1 Objetivo genera.....	14
2.4.2 Objetivos específicos.....	15
2.5 Justificación de la investigación	15
2.6 Limitaciones de la investigación.....	17
III: MARCO TEÓRICO	18
3.1 Antecedentes de estudio	18
3.2 Bases teórico científicas	23
3.3 Definición de términos básicos	35
3.4 Formulación de hipótesis.....	37

Hipótesis general.....	37
Hipótesis específicas	37
3.5 Identificación de variables	37
3.6 Definición operacional de variables e indicadores	38
IV: METODOLOGÍA	43
4.1 Tipo de investigación	43
4.2 Métodos de investigación	43
4.3 Diseño de investigación	43
4.4 Población y muestra.....	44
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	45
4.7 Tratamiento estadístico	45
V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	47
5.1 Presupuesto	47
5.2 Cronograma de actividades	48
VI. BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	
Matriz de consistencia	
Ficha de recolección de datos	
Lista de cotejo	

INTRODUCCIÓN

Comprendemos que el nacimiento prematuro es el parto que ocurre antes de 37 semanas de gestación. Y ocurre entre el 6 – 12 % de los nacimientos en la mayoría de los países. Mientras más corto es el periodo del embarazo más alto es el riesgo de las complicaciones. Los bebés que nacen en forma prematura tienen un alto riesgo en sus primeros años de vida. También existe un alto riesgo de desarrollar serios problemas de salud como: parálisis cerebral, enfermedades crónicas a los pulmones, problemas gastrointestinales, retraso mental, pérdida de la visión y el oído.

Existen muchos factores que ocasionan el parto pre término, y no hay uno que predomine, pueden ser de origen materno, ovular, etc. de conocer oportunamente la causa se podría, tratarse para dar la posibilidad de sobrevivencia al producto de la concepción.

El presente proyecto de investigación está planteado según el esquema que se presenta en el Reglamento de la Escuela de Post Grado de la UNDAC, distribuido de la siguiente manera:

Datos Generales que consisten en presentar el Título del proyecto, Apellidos y nombres del tesista, Duración del proyecto. Segundo punto denominado Problema de investigación y consta de; Identificación y planteamiento del problema, Delimitación de la investigación, Formulación del problema, Formulación de Objetivos, Justificación de la investigación, Limitaciones de la investigación. El tercer punto consiste en; Marco Teórico que incluye, Antecedentes de estudio, Bases teóricas - científicas, Definición términos básicos, Formulación de hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de variables e indicadores. El cuarto punto denominado Metodología y Técnicas de Investigación consiste en describir; Tipo de investigación, Método de investigación, Diseño de investigación, Población y muestra, Técnica e Instrumento de recolección de datos, Técnicas de procesamiento y análisis de datos, Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de datos, Tratamiento estadístico. Quinto punto consta de; Presupuesto, cronograma, Bibliografía y Anexos.

LA AUTORA

I. DATOS GENERALES

1.1 Título

“FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN RELACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” LIMA – PERÚ DE ENERO A JULIO 2016”

1.2 Tesista

Isabel Guillén Ramírez.

1.3 Duración

Enero a Julio 2016.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Identificación y planteamiento del problema

El parto pretérmino es un problema de salud pública en países en desarrollo; el Parto Pretérmino no es diferente, sin embargo su impacto no es tan evidente, ya que tenemos otros problemas de salud de mayor gravedad, y sobre todo de impacto agudo y de urgente atención; diferentes a la prematurez, cuyos efectos mórbidos se verán durante la infancia y época escolar principalmente (1). En las últimas décadas, el problema de prematuridad lejos de disminuir su incidencia, se está incrementado; sin todavía tenerse claro los mecanismos que desencadenan el trabajo de parto pretérmino que es la principal causa de prematuridad; sabemos bastante de los factores de riesgo, sin embargo, siguen inciertos los

mecanismos que lo inician. Desde el lado de la neonatología, los avances han sido grandes e importantes en la reducción de la mortalidad neonatal, sobre todo gracias al uso de los ventiladores neonatales y a la incorporación del surfactante en el equipamiento terapéutico; y por el lado de la Obstetricia, los avances no han sido muchos, pero el descubrimiento de la utilidad de los corticoides en el trabajo de parto pretérmino, a finales de los 60 y principios de los 70, ha mejorado notoriamente el pronóstico de los recién nacido pretérminos(2). Son muchos los trabajos, que informan el comportamiento clínico, epidemiológico y aun bioquímico del parto pretérmino; sin embargo los trabajos en el Perú respecto al tema son mínimos, y poco relevantes; con respecto a la implementación del Servicio de Emergencia es necesario pero que aún no se observan las condiciones óptimas para brindar un servicio oportuno a la madre y al niño en nuestro establecimiento con el nivel que corresponde; por estos motivos deseo investigar estas variables.

2.2 Delimitación de la investigación

El presente trabajo se realizará en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” que es un Hospital nivel III de referencia a nivel nacional. En el servicio de emergencia de gineco – obstetricia, que cuenta con un centro quirúrgico.

2.3 Formulación del problema

2.3.1 Problema principal

¿Cuáles son los factores asociados al parto pretérmino en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016?

2.3.2 Problemas específicos

¿Cuáles son los factores asociados al parto pretérmino en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016?

¿Cómo es la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016?

2.4 Formulación de Objetivos

2.4.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al parto pretérmino en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016.

2.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores asociados al parto pretérmino en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016.
- Identificar la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016.

2.5 Justificación de la investigación

En América Latina el bajo peso al nacer, representa aproximadamente el 10 – 15 % de todos los nacimientos; y en promedio, el 55 % corresponde a gestaciones pretérmino. La prematurez se asocia con síndrome de membrana Hialina, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrozante. A pesar de la prevención y los tratamientos modernos su incidencia no ha cambiado en las últimas décadas. El parto pretérmino es responsable del 75 % al 83 % de la mortalidad neonatal en recién nacidos, sin malformaciones congénitas; y del 50 % de los niños, con secuelas neurológicas.

En virtud del incremento de las tasas de Parto Pretérmino, en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” y a nivel mundial; el gran impacto desfavorable en la salud de recién

nacido prematuro; la persistente controversia, en cuanto al manejo del parto pretérmino y particular la vía de culminación de la gestación; los altos costos económicos, sociales y emocionales; la falta de descripción de los hallazgos histopatológicos de las placentas y membranas corioamnióticas de los partos pretérminos y su asociación con los resultados neonatales; la falta de más trabajos de investigación en nuestro medio sobre el trabajo de parto pretérmino y su relación con la infección del tracto genitourinario; la existencia de un gran vacío en la investigación clínica - patológica de Parto Pretérmino, y las necesidades de conocer el perfil clínico patológico del Parto Pretérmino, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, le dan los suficientes argumentos para iniciar el esfuerzo conjunto de describir los probables factores asociados al parto pretérmino en nuestra Institución. Por lo mencionado, es fácil comprender que todos los esfuerzos que se haga para prevenir el parto pretérmino, se verán reflejados en la mejoría de los índices de morbimortalidad perinatal. Los avances en las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales han mejorado el resultado de los neonatos pretérmino, pero la incidencia de partos pretérmino no ha disminuido. Antes de la semana 29 el mejor

predicador de sobrevida es la edad gestacional. Y después de la semana 29, el principal predicador de sobrevida es el peso fetal.

2.6 Limitaciones de la investigación

Existen limitaciones en los escasos antecedentes a nivel nacional y local para la realización del presente trabajo de investigación.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de estudio

A.- El año 2000, Vásquez, publicó en la revista Gynaecia, un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo, analítico de los casos de parto pretérmino, en el cual se compararon los factores de riesgo presentes en la población de gestantes con parto antes del término según examen del recién nacido versus la población de gestantes que resultaron en partos con niños a término. La incidencia de partos pretérmino fue del 8.8%, siendo actualmente 9.5%. Además se encontró que las gestantes mayores de 34 años tenían una frecuencia de 15.9% de parto pretérmino en comparación con 10.1% de partos a término. Las gestantes que tuvieron finalmente el parto pretérmino tenían significativamente ausencia de CPN, y también una mayor tasa de cesáreas. (1)

En esa oportunidad se encontró que las patologías maternas asociadas al parto pretérmino y con valor significativo son

preeclampsia (26%), 2 veces más frecuente; embarazo múltiple (15.4%) 17 veces más frecuente y restricción de crecimiento intrauterino (7.7%) 3.8 veces más frecuente en partos pretérmino que en gestaciones a término. La valoración del Apgar a los 5 minutos con depresión moderada y severa fue mayor en parto pretérmino en comparación al parto a término, sin lograr tener valor estadístico significativo. La tasa de Mortalidad Perinatal I fue de 94.1/1000 n.v. (1).

B.- Calderón y col. Realizaron un estudio de casos y controles en un Hospital de México, en el que la incidencia de partos pretérmino fue de 6.73%; no encontraron diferencias significativas en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia (2).

C.- Laffita A., Cuba estudió los factores que influyen en el Apgar Bajo al Nacer, encontrando que un Apgar < 7 se relaciona a Prematurez, postmadurez y patologías maternas que alteran el intercambio gaseoso materno-fetal (HTA crónica, Asma bronquial, Infección urinaria). (3)

D.- Smith y col en un estudio realizado en Escocia, evaluaron

el periodo intergenésico y riesgo de parto prematuro, encontraron que las mujeres con intervalo intergenésico corto tenían más posibilidades de tener un parto pretérmino extremo, un parto pretérmino moderado o muerte neonatal. Estas asociaciones se atenuaron al ajustarlas según edad materna, estado civil, altura, nivel socioeconómico, tabaquismo, peso del parto previo y cesárea previa, pero las asociaciones permanecieron significativas en los análisis de variables múltiples. Las fracciones ajustadas para estas asociaciones fueron de 6.1% (95% IC 1.9% a 10.2%) para partos pretérmino extremos, 3.9% (1.3% a 4.2%) para partos pretérmino moderados y 13.8% (0.2% a 25.6%) para muertes neonatales no relacionadas con anomalías fetales. Un intervalo intergenésico menor a 6 meses se asoció con un aumento del riesgo (en comparación con intervalos de 18 a 23 meses) de parto espontáneo pretérmino, entre 24-32 semanas (*odds ratio* 2.2, 95% intervalo de confianza 1.2 a 4.1) y entre 33 a 36 semanas (1.6, 1.2 a 2.2) (4).

E.- Samartino y Col. investigaron los Factores y marcadores de parto prematuro en un hospital de Argentina, encontrando una prevalencia del parto prematuro de 6 %. Evidenciaron que la anemia materna y el control prenatal inadecuado representan el 50% del total de los factores de riesgo para

parto prematuro. Dentro de los marcadores de riesgo: RPM, antecedentes de RN<2.500g y Periodo intergenésico <1 año constituyen el 76.5% (5).

F.- Robinson y Col, investigó la Epidemiología del Parto pretérmino, encontrando que el parto pretérmino está asociado a factores como: parto pretérmino previo, cirugía cervical, abortos inducidos, infecciones cervicovaginales, gestación múltiple, edad materna, periodo intergenésico corto o prolongado, consumo de tabaco y sustancias tóxicas, raza y estado socioeconómico (6).

G.- Iams y col, evaluaron la frecuencia de contracciones uterinas y riesgo de parto pretérmino espontáneo, y concluyeron que aunque la probabilidad de parto pretérmino aumenta con una mayor frecuencia de contracciones uterinas, la medición de esta frecuencia no es clínicamente efectiva para predecir el parto pretérmino (7).

H.- La progesterona es una hormona que le impide al útero contraerse y participa en el mantenimiento del embarazo. Dodd JM., y col, evaluaron 7 estudios relacionados a la administración de progesterona y reducción del parto pretérmino, La revisión de los ensayos halló que cuando se administró progesterona (por inyección en el músculo en algunos estudios y como pesario en la vagina en otro estudio),

los efectos fueron beneficiosos, e incluyeron la prolongación del embarazo, pero la información sobre los perjuicios potenciales resulta insuficiente. No se hallaron diferencias en cuanto a muerte perinatal entre pacientes que recibieron progesterona y placebo. (8)

I.- Erny, et al. Llevaron a cabo un estudio en la década de los ochenta cuyo objetivo era determinar la importancia de la progesterona en el tratamiento de la amenaza del parto pretérmino. Relacionaron los niveles plasmáticos de progesterona con la presencia de dinámica uterina y establecieron la siguiente hipótesis: Las variaciones hormonales a nivel plasmático no terminan el mecanismo tocolítico y es más probable que la relación estradiol/progesterona a nivel de miometrio y membranas fetales sean un elemento más preciso en la respuesta clínica (9).

J.- Mazor, et al. Compararon los niveles plasmáticos de progesterona y los niveles en líquido amniótico en gestantes con síntomas de amenaza de parto pretérmino, sus resultados concluyeron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre aquellas gestantes que presentaron parto pretérmino y aquellas que parieron a término en cuanto a niveles de progesterona en plasma ni en líquido amniótico.

Sin embargo, las concentraciones de 17beta estradiol tanto en plasma como en líquido amniótico fueron significativamente superiores en mujeres con parto pretérmino respecto a mujeres con parto a término (8 ng/ml vs. 3.5 ng/ml y 0.85 ng/ml vs 0.6 ng/ml respectivamente). (10)

La Infección intrauterina es una de las principales causas de parto pretérmino. Algunos estudios han demostrado que la infección se asocia con la prematurez en más del 50% de los casos. Hillier y su grupo, realizaron un estudio prospectivo, en el que se demuestra en forma contundente una estrecha relación entre corioamnionitis histopatológica y paro pretérmino, lo que sugiere una infección oculta anteparto, que la mayoría de la mujeres en estudio no tenían manifestaciones clínicas. La corioamnionitis histológica ha sido identificada en un 20 a 33% en mujeres con parto pretérmino y de 5 a 10 % en mujeres con parto a término. (11)

3.2 Bases teórico científicas

3.2.1.- Parto pretérmino

A.- Definición: Es el parto ocurrido antes de las 37 semanas, en oposición a la mayoría de embarazos que duran más de 37 semanas.

Mientras más corto es el periodo del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones.

Los bebés que nacen en forma prematura tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida. Existe también un alto riesgo de desarrollar serios problemas de salud como parálisis cerebral, enfermedades crónicas a los pulmones, problemas gastrointestinales, retraso mental, pérdida de la visión y del oído.

A pesar que existen varios factores conocidos que llevan al nacimiento prematuro en casi la mitad de todos los nacimientos de este tipo se desconoce la causa.

Diagnosticar y controlar oportunamente el trabajo de parto pretérmino y orientar el tratamiento adecuado para reducir el riesgo de complicaciones y morbilidad materno fetal; ofrecer educación individual; y remitir a la gestante de manera oportuna, al nivel de mayor complejidad cuando se requiera para un manejo integral.

B.- Índices clínicos del trabajo de parto pretérmino:

B.1.- Modificaciones cervicales

B.1.1.- Evaluaciones del tacto vaginal

Se han observado cambios cervicales seis semanas antes del parto, sea este pretérmino, a término o postérmino. Stubbs y Cols describieron una sensibilidad de 0 a 50 %; y una especificidad de 78 a 91 % para predecir parto pretérmino a las 34 semanas o posterior. Leveno y Cols observaron cambios similares y enseñaron que una dilatación de 2 cm. tenía una sensibilidad de 57 % y una especificidad de 94 %. Estos datos se han encontrado por lo general en pacientes con dilataciones menores de 3 cm.; la principal desventaja de este tipo de valoración es la inconstancia relativa, inherente al tacto del cuello uterino, además que el borramiento normal del cuello ocurre con acortamiento desde el orificio interno hacia el externo.

B.1.2.- Evaluación Ultrasonográfica del cuello uterino (cervicometria)

El riesgo de parto pretérmino está inversamente relacionado con la longitud del cérvix, entre más corta la longitud cervical más alto el riesgo de

parto pretérmino. Para simplificar el uso de la longitud cervical en la práctica clínica la mayoría de estudios han usado puntos de corte menores de 25 mm. (percentil 10) o menor de 15 mm (percentil 2) para evaluar intervenciones. La edad gestacional durante la cual se detecta un cérvix corto, impacta sobre la probabilidad del parto pretérmino. Una longitud cervical de 20 mm detectada a las 16 semanas está asociada con mayor incidencia de parto pretérmino que esa misma longitud (20 mm) detectada entre la semana 20 a la 24. Existe evidencia de que al acortamiento cervical en el punto de corte mencionado es un parámetro predictor de parto antes de la semana 35 en pacientes asintomáticas con alto riesgo de parto pretérmino.

B.2.- Contracciones uterinas:

Las gestantes solo identifican el 15 % de las contracciones detectables con tocodinamometría. Se observa un incremento progresivo de las contracciones cinco semanas antes del parto, esto predice parto pretérmino con una

sensibilidad de 57 a 86 %. En un 27 % de los casos las pacientes refieren sintomatología que no corresponde a actividad uterina. Por lo tanto no se recomienda el uso de actividad uterina referida por la paciente como único parámetro para el diagnóstico de parto pretérmino.

B.3.- Fibronectina Fetal (FNF); Es una glicoproteína encontrada en altas concentraciones en la secreciones cervicovaginales antes del término, probablemente como resultado de la separación de las membranas fetales de la decidua. En el parto pretérmino su aparición se puede presentar por un proceso patológico que resulta de la disrupción de la unión coriódécidual liberando mediadores de productos inflamatorios. En mujeres asintomáticas la FNF, en pacientes de alto riesgo para parto pretérmino (PPT) basado en los antecedentes y cambios cervicales, es un buen predictor de parto antes de la semana 30.

C.- Factores de riesgo del trabajo de parto pre término:

C.1.- Factor Materno: Bajo nivel socioeconómico, edad menor de 17 años o mayor de 35 años, peso materno menor a 40 kilos ó IMC pregravídico menor de 18, analfabetismo, hábito de fumar, fármaco dependencia, anomalías útero cervicales, infecciones cervicovaginales, infección urinaria, diabetes, hipertensión arterial crónica, antecedentes de aborto, partos prematuros, ausencia y/o inadecuado control prenatal.

C.2.- Factores Fetales: Malformaciones congénitas, restricciones del crecimiento uterino, antecedentes de pérdida fetal.

C.3.- Factores Ovulares.- Embarazo múltiple, polihidramnios, Corioamnionitis, defectos de implantación (placenta previa), abruotio de placenta; morfológicos (Placenta circunvalada), hemangiomas, inserción marginal del cordón umbilical.

C.- Etiología:

En la actualidad se acepta que el parto prematuro es multifactorial, ocurre porque se reúnen una serie de factores desencadenantes.

En el 30 % de los partos pretérmino no se encuentra la causa. En el 20 a 30 % se encuentran factores asociados a infección intrauterina. Dentro de las causas maternas están: La preeclampsia, las complicaciones abdominales no obstétricas como apendicitis y colecistitis, las enfermedades sistémicas, los traumatismos y la drogadicción.

Son causas de etiología uterina la incompetencia cervical, la miomatosis y las malformaciones congénitas. La infección cervicovaginal y la corioamnionitis son uno de los principales factores desencadenantes de PPT. Los organismos más frecuentes asociados son: Ureaplasma Urealyticum, Micoplasma Hominis, Gardenella vaginalis, Peptoestreptococcus, Bacteroides Species, Chlaydia Trachomatis y Estreptococo del grupo B.

Las infecciones extrauterinas maternas están presentes en el 5 a 10 % de los PPT, especialmente infección de las vías urinarias (IVU) y la enfermedad periodontal.

D.- Los tres mejores predictos de PPT son:
cervicometría menor de 25 mm (RR 6,5),
Fibronectina fetal (RR 6,7) y antecedente de PPT
(RR 6,4).

E.- Manejo:

- Hospitalizar, hidratación y reposo en cama. Solicitar ecografía, monitoría fetal si no se ha realizado, cuadro hemático, Proteína C Reactiva (PCR), parcial de orina, urocultivo y frotis de flujo vaginal; verificar exámenes de control prenatal y complementar los necesarios.
- Inducir la madurez pulmonar fetal a partir de la semana 26 de gestación hasta la semana 34, administrar 12 mg de Betametasona I.M y repetir a las 24 hrs. Se recomienda maduración pulmonar entre semana 26 y 34.
- Iniciar útero inhibición en caso de que no exista contraindicación como: Corioamnionitis, insuficiencia placentaria, muerte fetal, cardiopatía materna, trastornos hipertensivos en el embarazo, ruptura prematura de membranas, hipertiroidismo, diabetes mal controlada, malformaciones fetales incompatibles con la vida, abrupcio de placenta previa sangrante, madurez fetal, sufrimiento fetal agudo, inestabilidad hemodinámica, trabajo de parto avanzado.

E.1.- Utero Inhibición:

Los medicamentos de elección para iniciar útero inbición son:

E.1.1.- Bloqueadores de los canales del calcio (Primera elección)

- MECANISMOS DE ACCIÓN

Inhiben el ingreso del ión calcio a través de la membrana de la célula muscular y disminuye la resistencia vascular uterina. El calcio intracelular disminuido también causa decremento de la actividad miometrial.

En una versión de 12 ensayos controlados involucrados a 1029 mujeres con inicio de trabajo de parto entre semana 34 de gestación (RR 0.83; 95 % CI 0.60 – 0.97) y los ocurridos antes de la semana 34 de gestación (RR 0.83; 95 % CI 0.69 – 0.99). De estos agentes al más usado y estudiado ampliamente es el nifedipino (1a, A)

- METABOLÍSMO:

MATERNOS: vaso dilatación e hiperemia facial, cefalea o náuseas, hepatotoxicidad. Hipotensión transitoria asociada a aumento de frecuencia cardíaca.

NEONATALES: no hay grandes diferencias en el riego sanguíneo.

Presentación de Nifedipino

Cápsulas por 10 mg.

Dosis

20 mg V.O. inicial seguidos de 10 mg cada 20 minutos hasta 40 mg, seguidos por 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas.

Dosis máxima 120 mg acumulada en 24 horas.

E.1.2.- Anti inflamatorios no esteroideos (segunda elección antes de la semana 32)

- INDOMETACINA

Es el más estudiado de estos agentes, en ausencia de contraindicaciones, estudios han demostrado que tienen eficacia en retrasar el 'parto en las siguientes 48 horas al inicio, recomendando su uso no mayor a 48 horas. Se ha empleado en pacientes con reproductividad a otros tratamientos, cuya ecografía actualizada haya demostrado un volumen normal de líquido amniótico (NE 1b, A).

MECANISMOS DE ACCIÓN

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

METABOLISMO:

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

INDICACIONES

Antes de 32 semanas, para reducir la posibilidad de cierre prematuro del Ductus Arterioso, y en caso de polihidramnios.

EFFECTOS ADVERSOS

MATERNOS: Náuseas leves y epigástricas. Prolongación del tiempo de hemorragia con tratamiento por más de 4 horas. Alteración en la función más de 48 horas. Alteración en la función renal. Edema Pulmonar. Exacerbaciones de hipertensión en pre eclampsia al parecer por inhibición de la prostacilina.

3.2.2.- Implementación del servicio de emergencia

Es la dotación de infraestructura, equipamiento, materiales – insumos y recursos humanos para estar operativo y acudir los casos que requiera.

A.- Requerimiento de infraestructura

- Servicio de emergencia
- Servicio de laboratorio
- Servicio de imágenes
- Servicio Farmacia
- Centro quirúrgico
- Servicio de gineco obstetricia hospitalización.

B.- Requerimiento de equipamiento

- Desfibrilador convencional
- Electrocardiograma
- Balón de oxígeno con manómetro (adulto)
- Bomba de infusión
- Soportes
- Ventilador mecánico
- Pulsoxímetro
- Camilla
- Aspirador

C.- Requerimiento de materiales

- Tensiómetro y estetoscopio
- Riñoneras
- Cubetas
- Equipo de curaciones
- Gasas
- Torundas de algodón
- Catéter N° 20
- Tubo endotraqueal
- Fármacos como amiodarona, lactato ringer, cloruro cálcico, Gluconato cálcico, Dobutamina, Dopamina, Atropina, adrenalina. Glucosa, Cloruro de sodio al

9°/oo.Lidocaína, Sulfato de magnesio, bicarbonato sódico,

- Sonda Foley N° 12
- Sonda nasogástrica N° 10, 12, 14
- Bolsa colectora
- Equipo de venoclisis (22)

3.3 Definición de términos básicos

Factores maternos asociados al parto pretérmino.- :

Bajo nivel socioeconómico, edad menor de 17 años o mayor de 35 años, peso materno menor a 40 kilos ó IMC pregravídico menor de 18, analfabetismo, hábito de fumar, fármaco dependencia, anomalías útero cervicales, infecciones cervicovaginales, infección urinaria, diabetes, hipertensión arterial crónica, antecedentes de aborto, partos prematuros, ausencia y/o inadecuado control prenatal.

Factores Fetales: Malformaciones congénitas, restricciones del crecimiento uterino, antecedentes de pérdida fetal.

Factores Ovulares.- Embarazo múltiple, polihidramnios, Corioamnionitis, defectos de implantación (placenta previa), abruotio de placenta; morfológicos (Placenta

circunvalada), hemangiomas, inserción marginal del cordón umbilical.

Parto pretérmino: El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales. Se ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

Edad gestacional: Duración de la gestación desde la fecha del inicio del último período menstrual hasta el día de la pérdida gestacional, expresada en semanas.

Implementación del servicio de emergencia.- Es la dotación de infraestructura, equipamiento, materiales – insumos y recursos humanos para estar operativo y acudir los casos que requiera.

3.4 Formulación de hipótesis

3.4.1.- Hipótesis General:

Los factores asociados al parto pretérmino son de índole materno predominantemente en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016.

3.4.2.- Hipótesis Específicas:

Los factores asociados al parto pretérmino son de origen materno, de origen del feto en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016.

La implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú es el adecuado de Enero a Julio 2016.

3.5 Identificación de variables

Variable independiente

Factores asociados al Parto pretérmino

Variable Dependiente

Implementación del servicio de emergencia

3.6.- Operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
<p>Variable independiente</p> <p>Factores asociados al Parto pretérmino</p>	<p>El trabajo de parto pretérmino es la instauración del trabajo de parto, entendido como la actividad uterina dolorosa, repetida, regular y persistente, que origina cambios progresivos en el cuello uterino entre las semanas 22 y 37 de gestación.</p>	<p>Factores Maternos</p>	<p>Bajo nivel socio económico.</p> <p>Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.</p> <p>Peso materno menor a 40 kg.</p> <p>Índice de masa corporal pre gravídico menor de 18.</p> <p>Hábito de fumar.</p> <p>Fármaco dependencia.</p> <p>Anomalias útero cervicales.</p> <p>Infección urinaria.</p> <p>Diabetes.</p> <p>Hipertensión arterial</p>

		<p>crónica.</p> <p>Antecedentes de aborto.</p> <p>Partos prematuros.</p> <p>Inadecuado control prenatal.</p> <p>Malformaciones congénitas.</p> <p>Restricciones del crecimiento uterino.</p> <p>Antecedentes de pérdida final.</p>
		<p>Factores fetales</p> <p>Factores ovulares</p> <p>Embarazo múltiple.</p> <p>Polihidramnios.</p> <p>Corioamnionitis</p>

			<p>Defectos de implantación (placenta previa).</p> <p>Abruptio de placenta</p> <p>Morfológicos (placenta circunvalada)</p> <p>Hemangiomas</p> <p>Inserción marginal del cordón umbilical.</p>
<p>Variable Dependiente</p> <p>Implementación del servicio de emergencia</p>	<p>Es la dotación de infraestructura, equipamiento, materiales – insumos y recursos humanos para estar operativo y acudir los casos que requiera.</p>	<p>Requerimiento de infraestructura.</p> <p>Requerimiento de equipamiento.</p>	<p>Servicio de emergencia</p> <p>Servicio de laboratorio</p> <p>Servicio de imágenes</p> <p>Servicio de farmacia</p> <p>Centro quirúrgico</p> <p>Servicio de gineco obstetricia</p> <p>hospitalización.</p> <p>Desfibrilador convencional.</p>

		<p>Requerimiento de materiales</p>	<p>Electrocardiograma Balón de oxígeno con manómetro. Bomba de infusión Soportes Ventilador mecánico Pulsoxímetro Camilla Aspirador</p> <p>Tensiómetro y estetoscopio.</p> <p>Riñoneras</p> <p>Cubetas</p> <p>Equipos de curación</p> <p>Gasas</p> <p>Torundas de algodón</p> <p>Catéter N° 20</p> <p>Tubo endotraqueal</p> <p>Fármacos.</p>
--	--	------------------------------------	---

			Sonda Foley N° 12 Sonda nasogástrica N° 10, 12, 14. Bolsa colectora. Equipo de venoclisis.
--	--	--	--

IV.- METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

Corresponde a una investigación aplicada porque existe marco teórico científico que orienta el estudio, tanto para la variable factores asociados al parto pretérmino como para la implementación del servicio de emergencia.

4.2 Métodos de investigación

El método de investigación es descriptivo, correlacional, porque se trata de estudiar dos variables: los factores asociados al parto pretérmino y la implementación del servicio de emergencia.

4.3 Diseño de investigación

Para la investigación se empleará el siguiente diseño:

Donde:

X = Factores asociados al parto pretérmino

Y = Implementación del servicio de emergencia

↕ = Correlación

4.4 Población y muestra

Población muestral:

Estará constituido por 48 mujeres que presentaron parto pretérmino de enero a julio del 2016. Por constituir un número reducido.

Criterios de inclusión.

Todas las gestantes hospitalizada con el diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino (APP), en el Dpto. de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo entre Enero a julio 2016.

Historia clínica completa.

Criterios de exclusión.

Historia clínica incompleta o pérdida de la misma.

Pacientes referidas de otros centros, con manejo tocolítico ya iniciado.

Pacientes con antecedente de Conización

Cirugía abdominal realizada durante los últimos 6 meses antes del parto.

Anomalías congénitas no compatibles con la vida.

Partos con Óbito Fetal.

4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

TÉCNICAS:

OBSERVACIÓN DOCUMENTAL: Se realizará en la observación y análisis de las historias clínicas de mujeres que presentaron parto pretérmino durante enero a julio del 2016. Así mismo en el proceso de cotejar la implementación del servicio de emergencia del Hospital Dos de Mayo de Lima.

INSTRUMENTOS:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Instrumento que consistirá en obtener datos respecto a factores maternos que presentara el caso.

LISTA DE COTEJO:

Instrumento que será aplicado en el servicio de emergencia del Hospital Dos de mayo y consistirá en recolectar datos de infraestructura, equipamiento, materiales e insumos.

4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se realizará mediante la aplicación del programa Excel, el mismo que contribuirá para la obtención de los cuadros y gráficos.

4.7 Tratamiento estadístico

Los resultados se presentarán a través de cuadros y gráficos estadísticos para su respectivo análisis, y utilizando la

estadística inferencial se utilizará la prueba no paramétrica (χ^2) ji cuadrado, la misma que responderá si existe o no la correlación que se espera encontrar en la investigación de las variables.

V.- ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Presupuesto

CODIGO	RECURSOS	COSTO
1	REMUNERACIONES	
1.1	Asistencia Técnica	1000.00
1.2	Secretaria	300.00
2	BIENES	
2.1	Materiales de escritorio	500.00
2.2	Materiales PAD	100.00
2.3	Software	300.00
2.4	Entrevistas	250.00
3	SERVICIOS	
3.1	Tipeo, impresiones, internet y empastado	1500.00
3.2	Movilidad	200.00
3.3	Comunicación	100.00
SUBTOTAL		3750.00
Imprevistos		300.00
TOTAL		4050.00

5.2. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	2016				2017		
	E-F-M	A-M-J	J-A-S	O- N	D	E	F
Planteamiento del problema	X	X					
Revisión de bibliografía		X	X	X			
Metodología				X	X	X	
Elaboración de instrumentos						X	
Revisión y aprobación del proyecto							X
Sustentación del proyecto							X

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Vásquez Gómez G. Epidemiología del Parto Pretérmino en el Hospital San Bartolomé. Gynaecia Set 2000.
2. Calderón y col. Factores de Riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev. Ded IMSS 2005.
3. Laffita B. Alfredo. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el Hospital América Arias de la Habana, Cuba 2000. Rev. Chil. Obstet Ginecol 2005.
4. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy Interval and Risk of Preterm Birth and Neonatal Death: Retrospective Cohort Study. BMJ 2013.
5. Samartino, A. y col. Parto prematuro: Factores y Marcadores de riesgo. Hospital sub Zonal a Isola. Puerto Madryn Chubut. Argentina 2011.
6. Robinson JN; Regan JA; Norwitz ER. The epidemiology of preterm labor. Semin Perinatol; 2011.
7. Iams JD, Newman RB, Thom EA, Goldenberg RL, Mueller Heubach E, Moawad A, Sibai BM, Caritis SN, Miodovnik M, Paul RH, Dombrowski MP, McNellis D. Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery. New England J of Medicine 2012.
8. Dodd JM, Flenady V, Cincotta R, Crowther CA. Administración prenatal de progesterona para la prevención

del parto prematuro. Oxford.2007.

9. Latorra, C. y col. Guía de Prácticas clínicas. Amenaza Parto Prematuro. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2003.
10. María Eugenia Hübner G, Rodrigo Ramírez F. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. Chile 2002.
11. C. E. Carrillo y A. Wong. Factores asociados al embarazo pretérmino a nivel del mar y la altura. Acta Andina 2004.
12. Wilfredo Villamonte, Nelly Lam, Eliana Ojeda. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. Ginecología y Obstetricia 2001.
13. Castaldi JL, Bertin MS, Giménez F, Lede R. Enfermedad periodontal: ¿es factor de riesgo para parto pretérmino, bajo peso al nacer o preeclampsia? Rev. Panam Salud Pública. 2006.
14. Lucía Yáñez-Velasco y col. Infección durante el embarazo como factor causal de ruptura prematura de membranas y de parto pretérmino Salud Pública Méx 1989.
15. Quesada E. y col. Maduración pulmonar fetal. Tratamiento prenatal con corticoides. Pautas y dosis. Hospital universitario de Sant Joan de Déu Barcelona .Ginecología y Obstetricia clínica 2002.
16. Boris Furmana, Ilana Shoham-Vardib, Asher Bashiria, Offer

- Ereza, Moshe Mazora Significación clínica y resultado de la rotura prematura de membranas pretérmino: estudio basado en la población. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2011.
17. Karl Kuban, MD Ulana Sanocka, MD White matter disorders of prematurity: Association with intraventricular hemorrhage and ventriculomegaly. J Pediatr 2009.
 18. Mercer B.M., Goldenberg. The preterm prediction study: A clinical risk assessment system. Am J Obstet Gynecol.2006.
 19. Goldenberg Robert, Iams Jay, Menachem Miodovnik. The preterm prediction study: Risk factors in twin gestation. Am J Obstet Gynecol.2006.
 20. Programa avanzado de apoyo vital en trauma para médicos, Comité de trauma del colegio Americano de Cirujanos, Séptima edición, Venezuela 2009.

ANEXO

ANEXO 1

“FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN RELACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO” LIMA – PERÚ DE ENERO A JULIO 2016”

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	INSTRUMENTO
<p>¿Cuáles son los factores asociados al parto pretérmino en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016?</p>	<p>Determinar los factores asociados al parto pretérmino en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016.</p>	<p>Los factores asociados al parto pretérmino son de índole materno predominantemente en relación a la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016.</p>	<p>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.</p>

<p>¿Cuáles son los factores asociados al parto pretérmino en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016?</p> <p>¿Cómo es la implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016?</p>		<p>Los factores asociados al parto pretérmino son de origen materno, de origen del feto en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima – Perú de Enero a Julio 2016.</p> <p>La implementación del Servicio de Emergencia en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” Lima –</p>	<p>LISTA DE COTEJO</p>

		Perú es el adecuado de Enero a Julio 2016.	
--	--	--	--

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OBJETIVO: Obtener datos de las historias clínicas relacionados a factores de riesgo para que ocurra el parto pretérmino en el Hospital Dos de mayo 2016.

Fecha:

MADRE:

HC:

- | <p>1. Edad</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Menos 15 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) 16 – 35 a ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) Mayor 35 ()</p> <p>2. Edad Gestacional:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) 28 – 30 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) 31 – 32 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) 33 – 34 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">d) 35 - 35 ()</p> <p>3. Grado de Instrucción</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Analfabeto ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Primaria ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) Secundaria ()</p> <p style="margin-left: 20px;">d) Superior ()</p> <p>4. Ocupación</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Ama de Casa ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Fuera de casa ()</p> <p>5. Violencia Familiar</p> <p style="margin-left: 20px;">a) No ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Si ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) Física ()</p> <p style="margin-left: 20px;">d) Psíquica ()</p> <p>6. Tabaquismo de cigarros</p> <p style="margin-left: 20px;">a) No ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Si ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) Pasivo ()</p> <p style="margin-left: 20px;">d) Activo ()</p> <p>7. CPN:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 30%;">EG inicio</th> <th style="width: 30%;">N°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. CS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. HSB</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | EG inicio | N° | a. CS | | | b. HSB | | | c. | | | TOTAL | | | <p style="margin-left: 40px;">a) Adecuado ()</p> <p style="margin-left: 40px;">b) Inadecuado ()</p> <p>8. IMC preconcepcional</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Bajo (Menos 19.8) ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Normal (19.8 – 26) ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c. Sobrepeso(26.1–28.9) ()</p> <p style="margin-left: 20px;">d. Obesidad (mayor 29) ()</p> <p>9. Ganancia de Peso:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Inadecuado ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) adecuado ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) excesiva ()</p> <p>10. Periodo Intergenésico.</p> <p style="margin-left: 20px;">a) 1año ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) 2 años ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) 3 a más años ()</p> <p>11. Long Cx</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Menor 15 mm ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) 15 a 24mm ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) 25 a 35 mm ()</p> <p style="margin-left: 20px;">d) Mayor 35 mm ()</p> <p>12. Dinámica Uterina:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) menos 4/20 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) 4/20' ()</p> <p style="margin-left: 20px;">c) más 4/20' ()</p> <p>13. Tocólisis</p> <p style="margin-left: 20px;">a) NO ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Si ()</p> <p style="margin-left: 40px;">1. Nifedipino ()</p> <p style="margin-left: 40px;">2. Sulf Magnesio ()</p> <p style="margin-left: 40px;">3. Indometacin ()</p> <p>14. Maduración Sistémica</p> <p style="margin-left: 20px;">a) No ()</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Si: ()</p> |
|---|-----------|-----------|----|-------|--|--|--------|--|--|----|--|--|-------|--|--|---|
| | EG inicio | N° | | | | | | | | | | | | | | |
| a. CS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b. HSB | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | |

15. Vía de terminación

- a) Vaginal ()
b) Cesárea ()

16. Estancia

- hospitalaria.....días ()
1. Parto.....días ()
2. Postparto.....días ()

17. Grupo sanguíneo:

1. O ()
2. Negativo
3. A ()
Positivo
4. B ()
5. AB ()

Patología materna asociada

	A: no	B	C	D
1. Anemia		Leve	Moderada	Severa
2. ITU		E.O.C:	Urocu:	
3. HG		HIG	PE	HELLP
4. Bajo Peso pre grávido				
5. Infección Vaginal Test Vag		Micosis	Vagin. Bacteriana	Mixta
6. Hemorr 2ª mitad E				
7. Anomalías Útero- cervicales		IOC	Malformaciones	Miomas
8. Alteraciones L.A. ILA :		OLIGO	POLI	
9. Alteraciones Placenta		Implantación	Morfología	Funcionales
10. Ruptura Membranas		Menos 6h	Entre 6 y 24 h	Más 24 h
11. Enferm. Periodontal		Gingivitis	Caries	Periodontitis
12. Corioamnionitis				
13. Amenaza de aborto				

NEONATO

HC:.....

1. Sexo
a) M ()
b) F ()
2. EG Capurro
a) 28 – 30 ()
b) 31 – 32 ()
c) 33 – 34 ()
d) 35 – 36 ()
3. Peso: a)PEG ()
b)AEG ()
c)GEG ()

4. Talla:

5. PC:.....

6. Apgar:

	1'	5'
a) Menor 3		
b) 3 a 7		

c) Mayor 7

- A. Normal ()
B. Deprimido R Rápida ()
C. Deprimido R Lenta ()

7. **Morbilidad neonatal:**

- a) Infección: ()
b) Sepsis Neonatal ()
c) NEC ()
d) HIV ()
e) SDR ()
f) SALAM ()
g) Persist. Ductos arterioso ()
h) Trastorno Metabólico ()
i) Lesión Neuronal ()
j) Malform. Fetal ()
k) Hemorragias ()

8. Líquido Amniótico
a) Claro ()
b) Verde Fluido ()
c) Verde Meconial()

9. Ingreso a UCI:
a) No ()
b) Si ()

10. Estancia Hospitalaria

	UCI	HOSPIT
Días		
Semanas		
Meses		

ANEXO 3

LISTA DE COTEJO

OBJETIVO: Obtener datos de la visita a las instalaciones del servicio de emergencia de para evidenciar la existencia de recursos necesarios para casos como un parto pretérmino en el Hospital Dos de mayo 2016.

N°	RECURSO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Servicio de emergencia tiene:		
2	Desfibrilador convencional		
3	Electrocardiograma		
4	Balon de oxigeno con manómetro		
5	Bomba de infusión		
6	Soportes		
7	Ventilador mecánico		
8	Pulsoximetro		
9	Camilla		
10	Aspirador		
11	Tensiometro y estetoscopio		
12	Riñonera		
13	Cubetas		
14	Equipo de curación		
15	Gasas		
16	Torundas		
17	Catéter n° 20		
18	Tubo endotraquial		
19	Farmacos		
20	Sonda Foley		
21	Bolsa colectora		
22	Equipo de venoclisis		
23	Dextrosa 5 %		
24	Cloruro de sodio		