

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO  
PRETERMINO, HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN  
TACNA, ENERO 2004 - DICIEMBRE 2008.”**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Cristian Alexis Zelada Prado**

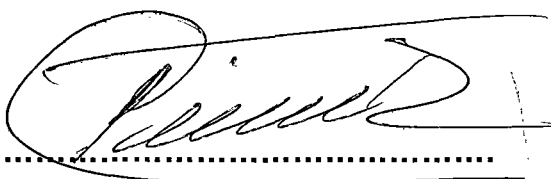
**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ**

**2009**

**JURADO**



**DR. MANUEL TICONA RENDON**

**PRESIDENTE**



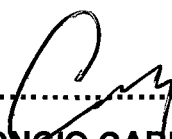
**MED. JAIME VARGAS ZEBALLOS**

**MIEMBRO**



**MGR. CLAUDIO RAMIREZ ATENCIO**

**MIEMBRO**



**MED. LEONCIO CARPIO OLIN**

**ASESOR**

## CERTIFICACION

Registro N°. 113-2009-FACM/UNJBG E.A.P de Medicina Humana  
El Secretario Académico Administrativo de la Facultad de Ciencias Médicas Certifica que mediante Resolución de Facultad N° 3141- 2009-FACM/UNJBG, se ha designado al jurado Calificador para la sustentación de la Tesis: "INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO, HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA, ENERO 2004- DICIEMBRE 2008", conformado por:

Presidente : Dr. Manuel Ticona Rendon  
Miembro : Méd. Jaime Vargas Zeballos  
Miembro : Mgr. Claudio Ramirez Atencio

Quienes Calificaron el Trabajo de Tesis sustentado en acto publico el dia 18 de diciembre del 2009, por el Bachiller CRISTIAN ALEXIS ZELADA PRADO, de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, para optar el Titulo Profesional de Medico Cirujano.

El Jurado calificador en forma secreta e individual se pronuncio sobre el calificativo del trabajo expuesto, procediendo a emitir el siguiente resultado:

Aprobar por mayoría con la nota de 11 (ONCE) con el calificativo de Regular



  
SECRETARIO ACADEMICO  
ADMINISTRATIVO

## **DEDICATORIA**

### **Dedicado a mis padres:**

Rosendo y Angélica quienes a lo largo de mi carrera profesional demostraron su gran amor, permanente apoyo y comprensión para mi realización personal.

Gracias por guiar mis pasos.

### **A mis hermanos:**

Yimi, kelvin y Sandra  
Por su apoyo y aliento

**A mi esposa:**

Alicia por su amor, cariño  
y comprensión en los buenos  
y malos momentos.

**A mi hija:**

Crizel por ser la luz y esperanza en mi vida.  
Ser mi motor y motivo para seguir  
adelante con mi carrera.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento a la Dra. Leticia  
Vizcarra por su amistad  
y gran apoyo en la realización  
de este trabajo.

A Dios, por ser mi ejemplo a seguir,  
dándome fuerza para seguir adelante  
y sabiduría para escoger el camino correcto.  
Y a los que ayudaron directa o indirectamente  
con la culminación de este trabajo.

## **CONTENIDO**

<b>JURADO</b>		
<b>CERTIFICACION</b>		
<b>DEDICATORIA</b>		
<b>AGRADECIMIENTO</b>		
<b>RESUMEN</b>		
<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>	
<b>CAPITULO I</b>	<b>: DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
<b>CAPITULO II</b>	<b>: MARCO TEORICO</b>	<b>8</b>
<b>CAPITULO III</b>	<b>: MATERIAL Y METODOS</b>	<b>27</b>
<b>CAPITULO IV</b>	<b>: RESULTADOS</b>	<b>30</b>
<b>CAPITULO V</b>	<b>: DISCUSION</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSIONES</b>		<b>60</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>		<b>61</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>		<b>62</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>71</b>

## RESUMEN

Parto pretérmino es el nacimiento antes de la semana 37 de gestación y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal.

Objetivo: Conocer la incidencia y los factores de riesgo asociados al parto pretermino en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna Enero 2004 - Diciembre 2008.

Material y métodos: Estudio de casos y controles, del 1ro de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008. Casos: 165 mujeres que culminaron su embarazo antes de la semana 37. Controles: 3550 pacientes con parto a término. Para el análisis de los resultados se halló el OR y se utilizó el intervalo de confianza al 95% y el P de significancia.

Resultados: La incidencia fue de 4.44%. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el estado civil, grado de instrucción y factores de riesgo uterinos. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) fueron madre añosa, gran multípara, tener 1 a 3 controles prenatales, ser madre anémica, cardiópata, presentar antecedente de recién nacido pretermino y aborto, embarazo doble, presentar ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y preeclampsia.

Conclusiones: Los factores de riesgo materno y placentario fueron los más fuertemente asociados a parto pretermino.

**Palabras claves: parto pretermino, prematuridad, factores de riesgo**

## INTRODUCCIÓN

La prematuridad continúa siendo la causa más frecuente de muerte neonatal existen factores predisponentes para que ocurra el parto pretérmino (factores: maternos, fetales, placentarios y uterinos) como: la historia y antecedentes personales, complicaciones concomitantes con el embarazo, complicaciones obstétricas, aparato genital y otros. La infección amniótica aparece como un factor que empeora el pronóstico del parto pretérmino. Las condiciones de inferioridad en que se encuentra el prematuro ante el medio ambiente, exigen un trato especial que le asegure su supervivencia ya que la prematurez es posiblemente, una de las causas mas frecuentes de mortalidad infantil y es directamente proporcional al grado de inmadurez del neonato. La mortalidad depende mucho del peso al nacer y de las semanas de gestación.

Depende de la calidad de atención que se le brinde a la mujer embarazada durante las distintas etapas del proceso reproductivo y reconocer los aproximadamente el 9% de todos los nacimientos y en promedio el 55% corresponden a gestaciones de pretérminos, las cifras se modifican considerablemente en países desarrollados donde la atención perinatal está muy avanzada. La normatización de la amenaza de parto pretérmino permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica. Las diez patologías maternas mas frecuentemente asociadas con partos preterminos: hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membrana, hipertensión crónica, placenta previa, alo

inmunización Rh, embarazo múltiple, infección urinaria, sífilis, cardiopatías congénitas y diabetes mellitus.

Estos hechos han contribuido a complicar la concepción de la etiología, conducta y tratamiento del parto pretérmino. Es un problema conjunto del perinatólogo y de la salud pública.

# **CAPITULO I**

## **DEL PROBLEMA**

### **1.1.- DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

AREA GENERAL	: Ciencias de la salud.
AREA ESPECÍFICA	: Medicina Humana.
ESPECIALIDAD	: Gineco obstetricia.
LINEA O TOPICO	: Parto pretermino.

### **1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El parto pretermino es la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal. Es necesario identificar a aquellas pacientes sobre las que determinadas acciones podrían resultar beneficiosas, disminuyendo así la frecuencia de recién nacidos pretérmino.

### **1.3.- FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la incidencia y cuales son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna en el periodo comprendido, Enero 2004 - Diciembre 2008.

## **1.4.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA**

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal en todo el mundo y constituye uno de los problemas más severos de la asistencia perinatal en estos momentos. El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces superior, al de un recién nacido de término con cifras muy variables en función de las semanas de gestación en que se produzca el nacimiento, los recién nacidos con prematuridad extrema generan un alto costo sanitario, necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales, existencias de secuelas a largo plazo.

No existen estudios de este tipo realizados en este hospital que permitan incidir sobre la causa del parto pretérmino.

Con el fin de intentar dilucidar los factores que predisponen a este problema e incidir en la mortalidad de neonatos pretérminos, se decide realizar un estudio en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna que es de referencia para los asegurados.

## **1.4.- OBJETIVOS**

### **1.4.1.- OBJETIVO GENERAL**

Conocer la incidencia y los factores de riesgo asociados al parto pretermino en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna Enero 2004 - Diciembre 2008.

#### **1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer la incidencia de parto pretermino en el Hospital Daniel Alcides Carrión Tacna en el periodo estudiado.
- 2.- Determinar los factores de riesgo maternos asociados a parto pretermino.
- 3.- Conocer los factores de riesgo fetales asociados a parto pretermino
- 4.- Identificar los factores de riesgo uterinos-placentarios asociados a parto pretermino.

#### **1.5.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

a) Variable independiente: Factores de riesgo materno, fetal y útero placentarios.

b) Variable dependiente:

Parto pretermino: Parto que se produce entre las semanas 22 y 36 inclusive, cuya edad gestacional será calculada por examen físico del recién nacido (RN), método Capurro y fecha de ultima menstruación.

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
DEPENDIENTE Parto pretermino	Parto que ocurre entre 22 - 36 sem de gestación	22 a 27 sem 28 a 31 sem 32 a 36 sem 37 sem a más	Continua
INDEPENDIENTE  Factores de Riesgo maternos	Edad	10 a 19 años 20 a 34 años 35 a más	continua
	Paridad	Primípara (1 parto) Múltipara (2 a 4 partos) Gran múltipara (4 a más partos)	Ordinal
	Estado civil	Soltera conviviente Casada	nominal
	Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior	Nominal
	Control Prenatal	0 1 a 3 4 a más	nominal

	Antecedentes obstétricos	RNPT Abortos Cesárea	nominal
	Patologías asociadas	Diabetes cardiopatía Anemia TBC	nominal
Factores de Riesgo fetales	Emb. Múltiple Macrosomía SFA DCP	Si – No Si – No Si – No Si – No	nominal
Factores de Riesgo uterino placentarios	Miomas Infecciones genitales cesáreas anteriores IRU PP DPPNI Distocia funicular RPM Preeclampsia	Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No Si – No	Nominal

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1.- ANTECEDENTES:**

El parto pretérmino tiene una incidencia en los países desarrollados de 5-7% del total de partos. En los países subdesarrollados se presentan cifras superiores al 10% del total de partos. En Cuba, el parto pretérmino constituye el principal problema obstétrico, en el año 2000 entre el 8 y 9% de los nacimientos están representados por los pretérmino, y estos constituyen el 75% de la mortalidad perinatal(48); En Montevideo Uruguay se han informados cifra entre 6 y el 15%; En Medellín Colombia, se encontró una frecuencia del 9,5% (8); En el servicio de neonatología del hospital universitario San Vicente de Paúl de Nicaragua, la frecuencia es de 10.6% cuando se incluyen las edades de 28 a 36, Juvenal Calderón en México encontró una cifra de 7,7% (25); A nivel nacional Maquera en un estudio realizado en el hospital regional de Cusco en 1997, encontró una incidencia de 4,9%; Wilfredo Villamonte, Nelly Lam, Eliana Ojeda en el instituto materno perinatal del Cusco encontraron una incidencia de 5,02% (63), Pérez Vásquez realizo un estudio en Lima en el servicio de neonatología del hospital nacional Arzobispo Loayza enero – diciembre de 1997 encontrando una incidencia de 5,1%; Gonzales Castañeda en un estudio hecho en el hospital Cayetano Heredia de Lima en 1989 reporto una incidencia del 7%; Vásquez Gómez en el

hospital nacional de san Bartolomé en enero 1994- diciembre 1998 encontró una incidencia de 8,8%; Siles Pino en el hospital de apoyo II de Ilo entre 1985- 1990 encontró una incidencia de 6,32%; Calisaya Limache en el hospital Goyeneche de Arequipa en 1985- 1990 la incidencia fue de 6,1%; En el Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima se reporta una frecuencia de 4,3% entre los años 2002 a 2006 (43) ; Mientras que en el servicio de neonatología del Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el 2006 la frecuencia es de 5-7% (62) , y la cifra por años es de:

- 1985-1994---2,19%
- 1996-2000---5,99%
- 1997-----3,54%
- 2002-2006---4,3%
- 2006-----6%

Este es el hospital de referencia y de mayor detección de embarazos de alto riesgo.

Sin embargo en el Hospital III Daniel Alcides Carrión De Tacna se desconoce la frecuencia de parto pretermino, pero también acuden gestantes con embarazo de alto riesgo, de los cuales el parto pretérmino es la causa más importante de morbilidad y mortalidad peri natal.

## 2.2.- MARCO CONCEPTUAL

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 37 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días. Las 22 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500g de peso (23).

Se denomina parto inmaduro cuando éste se produce antes de la semana 28. Tiene una incidencia en los países desarrollados de 8-10% del total de partos, en los Estados Unidos la mortalidad de lactantes en 1992 fue de 8,5 por 1000 nacidos vivos, el bajo peso al nacer y los nacimientos de prematuros son las principales causas de mortalidad (60). En los países subdesarrollados se presentan cifras superiores al 20% del total de partos. Generalmente el parto pretérmino tiene causa multifactorial y constituye una preocupación para todos, que se interesan en el estudio de esta afección, pues del conocimiento de los factores causales depende en gran parte la disminución de su frecuencia. Diferentes estudios señalan que un factor causal puede encontrarse de un 40 a 50 % de los casos de parto pretérmino y que no es posible encontrar causa definidas en el resto de los casos (44). La normatización de la amenaza de parto pretérmino permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica. Las diez patologías maternas más frecuentemente asociadas con partos pretermino: hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membrana,

Hipertensión crónica, placenta previa, alo inmunización Rh, embarazo múltiple, infección urinaria, sífilis, cardiopatías congénitas y diabetes mellitus.

Depende de la calidad de atención que se le brinde a la mujer embarazada durante las distintas etapas del proceso reproductivo. Las intervenciones obstétricas y pediátricas mejoradas han aumentado de manera uniforme la supervivencia en prematuros, y disminuido los límites de viabilidad, hasta hace poco, se consideraba que 28 semanas constituían la edad gestacional óptima, para la terapéutica activa. Las actitudes del médico hacia el tratamiento enérgico y el parto de fetos prematuros tienen gran importancia para obtener buenos resultados. La comunicación entre los miembros del equipo perinatal, y la comunicación estrecha entre obstetras y neonatólogos, sin duda mejorarán el resultado óptimo (10). En América latina el bajo peso al nacer representa aproximadamente el 9% de todos los nacimientos y en promedio el 55% corresponden a gestaciones de pretérminos, las cifras se modifican considerablemente en países desarrollados donde la atención peri natal está muy avanzada. La normatización de la amenaza de parto pretérmino permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica.

El parto pretérmino es la causa más importante de morbilidad y de mortalidad perinatal; 65% de muerte perinatal. La mortalidad perinatal estándares del 23%, la neonatal es de 10% y la fetal tardía es de 13%(47).

El feto puede morir durante el tratamiento por inmadurez o presentar alguna complicación durante la etapa neonatal precoz tales como: síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragias intra o peri ventricular, retinopatía por fibroplasia retrolentar y enterocolitis necrosante., Sepsis. La edad gestacional es el indicador predictivo que se relaciona con la incidencia y severidad de la hemorragia cerebral. El SDR idopática, el Apgar bajo y la RPM de más de 24 horas también interviene como factor de riesgo para que ocurra la anterior complicación (7).

Mortalidad neonatal según peso:

- 50-100%-----<1,000grs.
- 30%-----1,000grs-1,500grs.
- 11%-----1,500grs-2000grs.

La prematuridad continúa siendo la causa más frecuente de muerte neonatal y la infección amniótica aparece como un factor que empeora el pronóstico del parto pretérmino. En la actualidad se acepta, que los niños mayores de 34 semanas o de 1990grs constituyen riesgo mínimo de mortalidad. (37).

Las condiciones de muchos países obligan a considerar prematuros prevenibles a todo aquel que nace antes de las 27 semanas y viable al que lo hace a partir de ella.

Llamamos prematuro límite al que tiene 35 a 36 semanas (mortalidad es baja), constituyen el 48,9% de los prematuros intermedio al que tiene entre 31 a 34 semanas (mortalidad 26%)

Constituyen el 39% de los prematuros y extremo al menor igual a 30 semanas (mortalidad es del 100%) constituyen el 8,3 % de los prematuros. Cada uno de ellos presenta características especiales que lo hacen susceptibles a problemas específicos. Y su mortalidad depende, en gran medida de la edad gestacional que alcance al nacer, pues se calcula que ocurre en el 1,6% del total de nacidos vivos y el 8,6% de los prematuros; las edades mas afectadas son las anteriores a las 31 semanas.(22)

#### **FACTORES PREDISPONENTE DEL PARTO PRETERMINO:**

##### **FACTORES MATERNOS:**

- Soltera: El embarazo de por si representa un mayor estrés en la vida de las mujeres y el no contar con el apoyo integral de su pareja, la mujer va a presentar exceso de estrés y si este se prolonga demasiado tiempo, puede provocar problemas de salud potencialmente serios, como una menor resistencia a las enfermedades infecciosas, alta presión arterial y enfermedades cardíacas. Las mujeres embarazadas que padecen altos niveles de estrés también pueden tener un riesgo mayor de parto prematuro.
- Talla materna; frecuente en pacientes con talla menor de 1.50 m, esto hace que exista una desproporción entre la madre y el producto (9).
- Peso materno: Peso menor antes del embarazo: menor de 45 kg, se relaciona frecuentemente con déficit de aporte proteico de menos de 50 g diarios.

- Paridad: relativamente más frecuente en nulípara (no tiene ningún parto) y primíparas (tiene un parto), pero también es frecuente en las madres gran multíparas (tiene 4 a más partos).
- Hábito alcohólico y tabaquismo: se ha visto que la hipoxemia condiciona placentas pequeñas, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas. Lo mismo se ha visto en grandes consumidores de café y adictas a narcóticos.
- Edad; la ideal es de 20 a 34 años, por debajo o por encima de estos límites el peso de los RN tiende a disminuir.
- Alteraciones endocrinas.- metrorragias antes de las 20 semanas de gestación.
- Esfuerzo físico: Durante el esfuerzo físico se produce una redistribución del volumen plasmático hacia la piel y los músculos en actividad, disminuyendo la vascularización (producción o aumento del número de los vasos sanguíneos) del útero, lo que puede comprometer la oxigenación y nutrición fetal tanto más cuanto mayor sea la intensidad del ejercicio. Además puede producir Hipoglucemia (disminución de la cifra de glucosa en sangre) condicionada por una mayor utilización materna de los hidratos de carbono o azúcares durante el esfuerzo físico, e Hipertermia (elevación de la temperatura corporal) ,en la gestante que realiza esfuerzo físico se libera mucho calor con el riesgo potencial de una hipertermia fetal, que de producirse al inicio del embarazo podría tener efecto teratogénico (producción de malformaciones) con la aparición de defectos del tubo neural (que se cierra habitualmente entre los días 23-28 de gestación) y en los últimos meses del embarazo se ha asociado con retraso del crecimiento intrauterino y parto prematuro .

- Traumas: conllevando a hemorragias del tercer trimestre, esto a su vez condicionan a que se adelante el parto.
- Nivel socioeconómico bajo: condiciona una mala nutrición esto a su vez parto prematuro
- Infecciones genitales: como consecuencia RPM

### **FACTORES FETALES:**

- Anomalías congénitas: Existe una fuerte asociación en los fetos deformados en provocar un trabajo de parto pretermino, mecanismo análogo a la provocación de abortos por parte de fetos deformados menores de 20 semanas, hecho elocuente que se muestra como una alta incidencia de malformaciones entre los fetos abortados
- Muerte fetal: Este hecho va a provocar tempranamente contracciones uterinas.
- Embarazo múltiple: 20% de los partos registrados en todo el mundo tienen peso de 1500grs y es la principal causa de parto pretermino en lo que corresponde a factores fetales (9, 24).
- Macrosomía fetal: condiciona distensión uterina, lo que estimula tempranamente contracciones uterinas

### **FACTORES PLACENTARIOS:**

- Desprendimiento prematuro de placenta normoincorta.
- Placenta previa
- Tumores del cordón

- Ruptura prematura de membranas: esto va estimular tempranamente contracciones uterinas
- preeclampsia. En periodos hipertensivos existe una mayor producción de tromboxanos, es decir mayor vasoconstricción, disminución del flujo útero -placentario que trae como consecuencia fetos con RCIU, partos prematuros (32)

**FACTORES UTERINOS:** todos ellos van ha estimular al útero.

- Sobredistención (polihidramnios).
- Embarazo múltiple: En más del 50% termina en parto prematuro.
- Malformaciones uterinas: útero bicorne, tabicado, porque existe incapacidad del útero para retener al feto, o interfieren en el curso del embarazo.
- Infecciones (TORCH).
- Cuerpo extraño.
- Miomas. Estimulan contracciones uterinas
- Trauma cervical.
- Incompetencia cervical.

**Características maternas:**

1. Raza negra.
2. Factores Genéticos.
3. Edad: menor de 20 años, mayor de 34 años.
4. Talla: Cuanto mas pequeña la madre, mayor es la proporción de hijos de bajo peso y pretermino.

5. Peso: Cuanto menos peso tenga la madre, mayor es la proporción de hijos de bajo peso y pretermino, además el bajo índice de masa corporal esta asociado a un incremento en la prevalencia de labor espontanea y parto pretermino (39).

6. Trastornos menstruales.

#### **Medios sociales:**

1. Clase social baja: El estado socio económico bajo, que también se asocia en grado de instrucción y lugar de procedencia, es el factor que muestra la correlación mas fuerte con los RNPT, debido a que se incrementa mas aun el factor riesgo perinatal asociados a prematuridad, entre los cuales destacan, la anemia, desnutrición, enfermedades crónicas no tratadas, falta de control prenatal, etc.

2. Estado civil: mas frecuente en las solteras

3. Tabaquismo, alcoholismo, drogas: aumenta el riesgo de RNPT, PEG, BPN.

4. Bajos ingresos. esto genera una mala alimentación.

5. Poco acceso a información.

6. Analfabetismo.

#### **Embarazos previos:**

1. Paridad: Mas frecuente en primíparas, Multiparidad y gran multiparidad.

2. Partos prematuros repetidos: se ha observado que cuando hay uno o más partos prematuros y más de un aborto, se llegan a

presentar nuevos partos prematuros hasta en un 18 %. (Aumenta el riesgo 3 veces más).

3. Muerte fetal y neonatal (34).

4. Izo inmunizaciones.

5. SHG.

6. Cesáreas anteriores.

7. periodo íntergenésico corto: Se ha descrito efectos adversos relacionados con un corto intervalo ínter genésico (menos de 6 a 12 meses)

#### **Embarazo actual:**

1. CPN deficientes: Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Por lo tanto un control prenatal inadecuado, es decir tener menos de 3 controles, aumenta el riesgo de parto pretermino debido a que no se detecta a tiempo el diagnóstico prenatal de pacientes con riesgo.

2. Enfermedades médicas y quirúrgicas, aquí se incluyen todos los padecimientos que complican la gestación, y que como resultado dan una insuficiencia placentaria que conduce a hipoxia fetal crónica y un menor aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo normal del feto, y que en algunos casos imposibilitan llevar a término la gestación por indicación médica precisa como único medio de salvaguardar la vida a la madre y/o al producto.

Infecciones severas, anemias (mayor incidencia de RNPT), cardiopatías, diabetes, asma.

3. Enfermedades del embarazo: enfermedad hipertensiva del embarazo incrementa el riesgo de parto prematuro, RCIU y BPN; infecciones.

4. Relaciones sexuales y orgasmo maternos durante los dos últimos meses pueden iniciar contracciones y precipitar el parto, no sucede en todos los casos.

5. Poca ganancia de peso. La mala nutrición de la madre antes de la concepción, es un estado desfavorable de la nutrición materna que impide el buen desarrollo de las funciones biológicas, sufren anemia ferropénica, en tanto que existen mayores posibilidades de nacimientos con retraso del crecimiento intrauterino, partos pretérminos e incremento del riesgo de adquirir enfermedades infecciosas por parte del binomio materno fetal

6. Trabajo de esfuerzo físico, grandes trayectos escaleras.

7. Multiparidad (tiene 2 a 4 partos) y gran multiparidad (tiene 4 a más partos).

8. Primiparidad antes de los 18 años y mayor de 35 años.

9. Edad gestacional dudosa.

10. DCP, macrosomía.

11. Embarazo no planificado.

12. DIU. Aumenta el riesgo de tener un aborto espontáneo o un parto prematuro

13. Historia de APP.

14. Borramiento y dilatación.

15. Amenaza de parto prematuro: Aumenta el riesgo de parto prematuro

16. Ruptura prematura de membranas, estimula tempranamente las contracciones uterinas

#### **DIAGNOSTICO DE PARTO PRETERMINO:**

1. Presencia de contracciones uterinas: Presencia de 2 o más contracciones uterinas en 10 minutos. Con una duración de 30 segundos y que ocurre en 30 minutos y que son capaces de producir borramiento.
2. Modificaciones cervicales.
3. Edad gestacional y peso.
4. Realización de ultrasonido para determinar semanas de gestación.
5. Determinar peso fetal con la fórmula de Johnson.

#### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

Contracciones de Braxton Hicks: son fisiológicas de corta duración, no producen dilatación ni borramiento.

#### **MANEJO DEL PARTO PRETÉRMINO**

Parte inicial del manejo del parto pretérmino es catalogar estrictamente el caso, estableciendo para ello la edad gestacional, determinada tanto por la clínica como por los estudios ecográficos realizados durante la gestación, si los hubiera. El examen clínico abarcará el estado general y clínico de la madre y el bienestar fetal, de manera de tomar las medidas necesarias. En este lapso, y

mientras se corrobora el diagnóstico y se dicta las primeras medidas terapéuticas, se debe infundir confianza a la madre, quien ya se encuentra afectada por el estrés de la situación, así como a la pareja y/o familiares.

El examen genital incluirá la evaluación con espéculo, para visualizar el cuello uterino y observar la presencia o no de líquido amniótico. Se indicará reposo, en decúbito lateral, en ambiente aislado y tranquilo y se colocará solución salina endovenosa, a razón de 100 mL/hora, ya que la rápida expansión intravascular pudiera disminuir las contracciones de un útero irritable. Sin embargo, no existe evidencia de beneficio del reposo (58) o del uso de la hidratación para ayudar a prevenir el trabajo de parto prematuro, aunque la hidratación puede ser útil para las mujeres que estén deshidratadas (20).

### **Tocolíticos**

El empleo de agentes tocolíticos en el trabajo de parto es frecuentemente innecesario, a menudo inefectivo (21) y ocasionalmente dañino (19,57). En muchas mujeres, los tocolíticos parecen detener las contracciones temporalmente, pero, raramente evitan el parto pretérmino. Además, existe una morbilidad potencial, por lo que antes de su uso se debe descartar eventuales contraindicaciones médicas u obstétricas, principalmente cardiovasculares.

Los agentes tocolíticos serán usados raramente en embarazos lejos de término, porque la eventual prolongación del embarazo es

limitada y el neonato tiene una mínima chance de sobrevivir con menos de 23 semanas, más aún si hay infección intraamniótica.

Por otro lado, el riesgo de morbilidad neonatal es baja después de completar las 34 semanas, por lo que no se recomienda la tocólisis a esta edad gestacional, por las complicaciones potenciales en la madre. Aunque puede haber éxito en el empleo de agentes tocolíticos por 48 horas cuando las membranas están íntegras, muchos estudios clínicos sugieren que la efectividad de los tocolíticos apenas es mejor que el reposo en cama y la hidratación.

Por ello es indispensable determinar si el feto está en distrés y, a lo mejor, requiere salir del ambiente uterino alterado. Por otro lado, la tocólisis pudiera demorar el nacimiento como para permitir administrar corticosteroides, para maduración pulmonar.

Los beta-miméticos son eficaces para retardar el parto por 48 horas en mujeres con trabajo de parto prematuro, pero aumentan los efectos secundarios en las madres, incluidos dolor torácico, dificultad para respirar, irregularidad en la frecuencia cardíaca, cefalea agitación (1).

No reducen la morbilidad perinatal (Evidencia grado A) (55). Los fármacos tocolíticos denominados antagonistas de receptores de oxitocina inhiben la hormona oxitocina, que estimula el trabajo de parto. Aunque el atosiban, antagonista de receptores de oxitocina,

resulta en menos efectos secundarios maternos que otros fármacos tocolíticos betamiméticos(31), no se ha hallado un beneficio en el retraso o prevención del parto prematuro y el atosiban se asoció con una mayor mortalidad infantil en un ensayo controlado con placebo(49). En general, no se ha demostrado la superioridad de un tocolítico sobre otro (51) (Evidencia grado A). La ritodrina es tan efectiva como el nifedipino, pero con muy pobre tolerabilidad (51) (Evidencia grado A).

Los agentes inhibidores de la contracción uterina más usados en el parto pretérmino son el sulfato de magnesio (SO<sub>4</sub>Mg), la indometacina y el nifedipino. En el pasado, se prefería los agentes betamiméticos –tales como terbutalina o ritodrina–, pero su uso hoy es infrecuente, por los efectos colaterales en la madre (taquicardia, hiperglicemia, palpitaciones) y el feto (46). Además, se informa sobre edema pulmonar, isquemia del miocardio y arritmia. El SO<sub>4</sub>Mg(16,10) y la indometacina han sido asociadas con toxicidad materna (hemorragia posparto)(30) y fetoneonatal(35,40).

## **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 distrés respiratorio y la hemorragia intraventricular en niños prematuros entre las 24 y 34 semanas de edad gestacional (Nivel de evidencia Ia)(33). Un grado A de evidencia respalda el uso de cursos únicos y no múltiples de glicocorticoides anteparto, entre las 24 y 34 semanas (56).

Los estudios refieren ciertos efectos negativos de la dexametasona (6) (Recomendación C, nivel de evidencia 4). Por otra parte, se observó un mayor efecto protector de la betametasona sobre la leucomalacia periventricular en los recién nacidos de peso muy bajo (3) (Nivel de evidencia Ib).

El empleo de un solo curso antenatal de corticosteroides parece ser una medida eficaz y segura para mejorar el resultado neonatal en pacientes con parto pretérmino, entre las 24 y 34 semanas. Los esteroides comúnmente empleados para mejorar la madurez fetal son la betametasona (12 mg, intramuscular, cada 24 horas, dos dosis) y la dexametasona (6 mg, intravenosa, cada 6 horas, cuatro dosis). En gestaciones menores de 35 semanas, se puede dar betametasona, 12 mg, IM, en una dosis, y repetir la misma dosis en 24 horas. En pacientes con hiperglicemia o diabetes, se debe determinar la glicemia antes y después de la aplicación del corticoide, actuando en colaboración con un médico internista.

## **CERCLAJE CERVICAL**

Existe controversia acerca de los beneficios y efectos adversos del cerclaje cervical en mujeres con riesgo de parto pretérmino debido a incompetencia cérvico-ístmica (36). El cerclaje cervical ha mostrado beneficios solo en aquellas mujeres con diagnóstico de incompetencia que presentaron antecedentes de tres o más partos pretérmino (50), pero debemos recordar que hay complicaciones

asociadas con la cirugía y con el riesgo de estimulación de las contracciones uterinas (Nivel de evidencia IIa).

En un estudio, el cerclaje asociado al reposo redujo los nacimientos anteriores a las 34 semanas en mujeres con factores de riesgo y/o síntomas de incompetencia cervical y con longitud cervical menor a 25 mm antes de las 27 semanas (54).

Otros investigadores encontraron que el cerclaje en pacientes con diagnóstico de dilatación cervical por ultrasonografía durante el segundo trimestre del embarazo no mejoró los resultados perinatales (2,62), y más bien el seguimiento de la longitud del cérvix parece disminuir la necesidad de un cerclaje (2).

### **Control ambulatorio de las pacientes que han tenido amenaza de parto prematuro**

Luego del egreso hospitalario, las recomendaciones para estas pacientes serán:

- Control prenatal semanal en los 15 días posteriores al alta, cada dos semanas hasta las 36 semanas y luego igual a la población general de gestantes.
- Descartar infecciones urinarias, por medio de urocultivo y dar tratamiento según el antibiograma.
- Cuando existe contractilidad uterina aumentada, evaluar la dinámica uterina y rehospitalizar, según hallazgos.
- Cuando se observa modificación del cérvix uterino, es mejor hospitalizar

### **Definición de terminos:**

**Odds ratio:** Es una medida epidemiológica utilizada en los estudios epidemiológicos, (sobre todo en los estudios de cohorte y en los de casos-controles) y en los metaanálisis. En un estudio de casos y controles, es el cociente entre la Odds de exposición observada en los casos (enfermos) y la Odds de exposición del grupo control. De tal manera que un OR = 2,5 debemos leerlo como 2,5:1, mejor aún dado que un efecto aparece ante la presencia de otra variable es de 2,5 veces más que si esta variable no está presente.

**Intervalo de confianza (IC):** Se llama intervalo de confianza en estadística a un par de números entre los cuales se estima que estará cierto valor desconocido con una determinada probabilidad de acierto. Formalmente, estos números determinan un intervalo, que se calcula a partir de datos de una muestra, y el valor desconocido es un parámetro poblacional. La probabilidad de éxito en la estimación se representa por  $1 - \alpha$  y se denomina nivel de confianza. En estas circunstancias,  $\alpha$  es el llamado error aleatorio o nivel de significación, esto es, una medida de las posibilidades de fallar en la estimación mediante tal intervalo (46).

**P de significancia o nivel de significancia:** Es el llamado error aleatorio o nivel de significación, esto es, una medida de las posibilidades de fallar en la estimación mediante tal intervalo descrito anteriormente (26).

## **CAPITULO III**

### **MATERIAL Y METODOS**

#### **3.1.- DISEÑO**

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo, comparativo de casos y controles.

#### **3.2.- MATERIAL**

##### **3.2.1.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población está constituida por todas las gestantes de 22 a 36 semanas que culminaron en parto atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna en el periodo enero 2004 a diciembre 2008.

La muestra (casos) estará constituida por gestantes de 22 a 36 semanas que terminaron en parto pretermino corroborada por la fecha de ultima menstruación con recién nacido vivo en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna en el periodo estudiado y que cumplan los siguientes criterios:

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con parto pretermino confirmado por el test de capurro en el examen físico del neonato y/o fecha de última menstruación.
- Prematuros con peso de 1000 g. a más.

- Nacidos en el hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna.

**Criterios de exclusión:**

- Los prematuros con malformaciones congénitas.
- Las muertes fetales intrauterinas.
- Pacientes con historias clínicas incompletas.

Los controles están constituidos por gestantes que tuvieron parto a término con RN vivo en el periodo estudiado.

**3.3.- MÉTODO:**

**3.3.1.- RECOLECCION DE LOS DATOS**

Luego de las coordinaciones realizadas con la dirección y jefatura del servicio de Gineco-obstetricia del hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna, para obtener el acceso a las historias clínicas, se procedió a recolectar la información requerida para el presente estudio. La información se obtuvo de las historias clínicas de las pacientes, la misma que considera información de las gestantes, antecedentes obstétricos, patologías asociadas, controles prenatales e información del parto.

Se utilizó como ficha de recolección de datos el formato de historia clínica perinatal, obteniendo la información de las historias clínicas de las pacientes que tuvieron parto pretermino con sus respectivos controles del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna durante el periodo comprendido entre Enero 2004 - Diciembre 2008.

### **3.3.2.- ANÁLISIS DE LOS DATOS**

De la información obtenida de las historias clínicas se determinará los factores de riesgo comparando los casos y controles, para ello se utilizara tablas de doble entrada calculando Odds Ratio (OR), con intervalo de confianza de 95%, y P de significancia considerando significativo cuando el intervalo de confianza sea mayor a 1 y el P sea menor a 0,05. Para el procesamiento del análisis de la información utilizaremos el programa SPSS versión 12.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

TABLA N° 1

**INCIDENCIA DE PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 -2008**

	Nro	%
<b>PARTO PRE TERMINO</b>	165	4,44
<b>PARTO A TERMINO</b>	3550	94,42
<b>PARTO POSTERMINO</b>	80	1,14
<b>TOTAL</b>	3795	100

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

#### **INTERPRETACION:**

En la tabla se muestra que durante los años 2004 a 2008 se atendieron 3795 partos en el Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna, de los cuales 165 fueron parto pretérmino, siendo la incidencia de 4,44%.

**TABLA N° 2**

**EDAD EN PACIENTES CON PARTO A TERMINO Y  
PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 - 2008**

EDAD	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>10 – 19</b>	1	0,61	27	0,76	0,79	0,03-0,99	>0,05
<b>20 – 34</b>	99	60	2565	72,25	0,57	0,41-0,80	>0,05
<b>35 a más</b>	65	39,39	958	26,98	1,75	1,26-2,45	<0,05
<b>TOTAL</b>	165	100	3550	100			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

### **INTERPRETACION:**

En la tabla apreciamos que 39,39% de las pacientes con parto pretermino fueron añosas, en comparación con 26,98% de las pacientes con parto a termino con un OR= 1,75, esto quiere decir que las pacientes añosas tienen 1,75 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con aquellas pacientes con edad adecuada, siendo este riesgo estadísticamente significativo ( $P < 0,05$ ).

En este estudio la madre adolescente no constituye un grupo de riesgo para parto pretermino, ya que el OR es menor de 1 y su intervalo de confianza incluye al 1.

**TABLA N° 3**

**PARIDAD DE LAS PACIENTES CON PARTO A TERMINO Y  
PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 – 2008**

PARIDAD	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>NULIPARA</b>	36	21,82	850	23,94	0,88	0,60-1,31	>0,05
<b>PRIMIPARA</b>	57	34,54	1580	44,50	0,66	0,47-0,92	>0,05
<b>MULTIPARA</b>	62	37,57	1080	30,42	1,37	0,88-1,71	>0,05
<b>GRAN MULTIPARA</b>	10	6,06	40	1,12	5,66	2,60-12,01	<0,01
<b>TOTAL</b>	165	100	3550	100			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

## **INTERPRETACION:**

En la tabla observamos que el 6,06% de las pacientes con parto pretermino son gran multíparas en comparación con 1,12% de las pacientes con parto a término con un OR= 5,66, esto quiere decir que las pacientes gran multíparas tienen 5,66 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con las pacientes sin este factor, siendo este riesgo estadísticamente significativo ( $P < 0,01$ ).

La paciente nulípara y primípara no constituyeron grupos de riesgo para parto pretermino, ya que el OR es menor a 1 y el intervalo de confianza contiene al 1.

**TABLA N° 4**

**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON PARTO A TERMINO  
Y PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 - 2008**

ESTADO CIVIL	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>SOLTERA</b>	6	3,64	180	5,07	0,70	0,28-1,68	> 0,05
<b>CONVIVIENTE</b>	52	31,52	1350	38,02	0,75	0,53-1,06	> 0,05
<b>CASADA</b>	107	64,84	2020	56,90	1,39	1,00-1,96	> 0,05
<b>TOTAL</b>	165	100	3550	100			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

**INTERPRETACION:**

En la tabla apreciamos que el 96,36% de las pacientes con parto pretermino son casadas o convivientes en comparación con 94,03% de las pacientes con parto a termino, esto quiere decir que no hay diferencia significativa al hecho de ser casada o conviviente para presentar parto pretermino ( $P > 0,05$ ); y solo 3,64% son solteras (OR= 0,70), esto quiere decir que ser soltera es un factor de riesgo para presentar parto pretermino sin embargo no es estadísticamente significativo ( $P > 0,05$ ).

**TABLA N° 5**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON PARTO A  
TERMINO Y PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 – 2008**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>PRIMARIA</b>	3	1,82	126	3,55	0,50	0,13-1,65	>0,05
<b>SECUNDARIA</b>	40	24,24	909	25,60	0,93	0,64-1,37	>0,05
<b>SUPERIOR</b>	122	73,94	2515	70,84	1,17	0,81-1,69	>0,05
<b>TOTAL</b>	165	100	3550	100			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

## **INTERPRETACION:**

En la tabla se observa que el 73,94% de las madres con parto pretermino tienen estudio superior en comparación con 70,84% de las que tienen parto a término con un OR= 1,17; quiere decir que no hay diferencia significativa ( $P>0,05$ ) en tener o no estudio superior para presentar parto pretermino.

Las madres con estudios de educación primaria no constituyen grupos de riesgo para parto pretermino, ya que el OR es menor a 1 y su intervalo de confianza incluye al 1.

**TABLA N° 6**

**CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES CON PARTO A  
TERMINO Y PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 - 2008**

CONTROL PRENATAL	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>0</b>	3	1,82	46	1,30	1,33	0,35-4,78	>0,05
<b>1 – 3</b>	38	23,03	494	13,92	1,85	1,25-2,73	<0,05
<b>4 A MÁS</b>	124	75,15	3010	84,79	0,54	0,36-0,77	>0,05
<b>TOTAL</b>	165	100	3550	100			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

## **INTERPRETACION:**

En la tabla se aprecia que el 23,03% de las madres con parto pretermino tuvieron 1 a 3 controles en comparación con 13,92% de las madres con parto a término con un OR= 1,85, esto quiere decir que las pacientes con control prenatal inadecuado tienen 1,85 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con las pacientes que tienen control prenatal adecuado, siendo este riesgo estadísticamente significativo ( $P < 0,05$ ).

Las madres que no tuvieron control prenatal son factor de riesgo (OR=1,33, IC=0,75-4,38,  $P > 0,05$ ) para parto pretermino, pero no son estadísticamente significativo.

**TABLA N° 7**

**PATOLOGIAS ASOCIADAS DE LAS PACIENTES CON PARTO A  
TERMINO Y PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 - 2008**

PATOLOGIAS ASOCIADAS	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>ANEMIA</b>	60	36,36	810	22,82	1,93	1,38-1,71	< 0,05
<b>ITU</b>	13	7,88	365	10,28	0,75	0,40-1,36	> 0,05
<b>ASMA</b>	3	1,82	55	1,55	1,18	0,29-3,95	> 0,05
<b>DIABETES MELLITUS</b>	1	0,61	5	0,14	4,32	0,65-22,70	> 0,05
<b>CARDIOPATIA</b>	4	2,42	31	0,87	2,82	1,83-8,50	< 0,05
<b>TBC</b>	1	0,61	10	0,28	2,16	0,31-13,91	> 0,05
<b>NINGUNO</b>	83	50,30	227	64,04			
			4				
<b>TOTAL</b>	165	100	355	100			
			0				

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

ITU: infección del tracto urinario

### **INTERPRETACION:**

Se observa que el 0,61% de pacientes con diabetes tuvieron parto pretermino en comparación con 0,14% de las pacientes que presentaron parto a termino con un OR= 4,32, esto quiere decir que las pacientes con diabetes tienen 4,32 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con las pacientes que no presentan este factor, sin embargo este factor no es estadísticamente significativo ( $P>0,05$ ), además porque el intervalo de confianza incluye al 1.

También se observa que el 0,61% de las pacientes con parto pretermino tienen TBC en comparación con 0,28% de las pacientes con parto a termino con un OR= 2,16, esto quiere decir que las pacientes con TBC tienen 2,16 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con aquellas pacientes que no presentan este factor, pero este grupo de riesgo no es estadísticamente significativo ( $P>0,05$ ), porque el intervalo de confianza incluye al 1.

Sin embargo se aprecia que el 36,36% y 2,42% de las madres con parto pretermino son anémicas y cardiópatas respectivamente, en comparación con 22,82% y 0,82% de las de parto a término con OR= 1,93 y OR = 2,82 respectivamente, esto quiere decir que las pacientes anémicas o cardiópatas tienen 1,93 y 2,82 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino, siendo estos estadísticamente significativos ( $P<0,05$ ).

En nuestro estudio ser madre asmática, o tener infección urinaria no representa grupos de riesgo para parto pretermino, ya que tienen un OR menor a 1 y su intervalo de confianza incluye al 1.

**TABLA N° 8**

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES CON PARTO  
A TERMINO Y PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 - 2008**

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>RNPT</b>	11	6,66	36	1,01	6,97	3,27-14,54	<0,01
<b>ABORTOS</b>	48	29,09	756	21,43	1,52	0,89-2,58	>0,05
<b>CESAREADA</b>	22	13,33	405	11,40	1,19	0,73-1,93	>0,05
<b>NINGUNO</b>	84	50,91	2353	66,28			
<b>TOTAL</b>	165	100	3550	100			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

RNPT: recién nacido pretermino

## **INTERPRETACION:**

En la tabla se aprecia que el 6,66% de las madres con parto pretermino tienen antecedente de parto pretermino en comparación con 1,01% de las pacientes con parto a término con un OR= 6,97, esto quiere decir que las pacientes con antecedente de parto pretermino tienen 6,97 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con las pacientes que no presentan dicho factor, siendo este riesgo estadísticamente significativo ( $P < 0,05$ ).

Las madres con antecedente de aborto o cesárea representan grupos de riesgo para parto pretermino (OR= 1,52 y OR= 1,19 respectivamente), pero en nuestro estudio no son estadísticamente significativos ( $P > 0,05$ ), porque su intervalo de confianza incluye al 1.

**TABLA N° 9**

**FACTORES DE RIESGO FETALES PARA PARTO A TERMINO Y  
PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 - 2008**

FACTORES DE RIESGO FETALES	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>EMBARAZO DOBLE</b>	21	12,73	45	1,26	11,36	6,36-20,18	< 0,01
<b>MACROSOMIA</b>	4	2,42	585	16,47	0,13	0,04-0,35	> 0,05
<b>SFA</b>	6	3,64	225	5,32	0,56	0,22-1,32	> 0,05
<b>DCP</b>	3	1,82	126	6,33	0,50	0,13-1,65	> 0,05
<b>NINGUNO</b>	131	79,39	2569	72,36			
<b>TOTAL</b>	165	100	3550	100			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza.

\*\*\* P de significancia.

SFA: sufrimiento fetal agudo.

DCP: desproporción cefalopélvica.

## **INTERPRETACION:**

En la tabla se observa que el 12,73% de las pacientes con parto pretermino tuvieron embarazo doble en comparación con 1,26% de las de parto a término con un OR= 11,36, quiere decir que las pacientes con embarazo doble tienen 11,36 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con aquellas pacientes que tienen embarazo con feto único, siendo este riesgo estadísticamente significativo ( $P<0,01$ ).

Macrosomia, sufrimiento fetal agudo y desproporción feto pélvica no representan grupos de riesgo para parto pretermino, ya que tienen un OR menor a 1 y su intervalo de confianza incluye al 1.

**TABLA N° 10**

**FACTORES DE RIESGO UTERINOS PARA PARTO A TERMINO  
Y PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 - 2008**

FACTORES DE RIESGO UTERINOS	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
<b>MIOMAS</b>	4	2,42	45	1,26	1,94	0,25-2,45	< 0,05
<b>INFECCIONES</b>	2	1,21	15	0,42	2,89	1,72-9,90	< 0,05
<b>CESAREADA</b>	22	13,3	423	11,91	1,19	0,70-1,84	> 0,05
<b>IRU</b>	1	0,61	9	0,25	2,39	0,35-14,59	> 0,05
<b>NINGUNO</b>	136	82,42	3058	86,14			
<b>TOTAL</b>	165	100	3550	100			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

IRU: inminencia de ruptura uterina.

## **INTERPRETACION:**

En la tabla se observa que 1,21% de las pacientes con parto pretermino presentan infecciones uterinas en comparación con 0,42% de las pacientes con parto a termino con un OR= 2,89, esto quiere decir que las pacientes con infecciones uterinas tienen 2,89 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con aquellas pacientes sin este factor, siendo estadísticamente significativo ( $P>0,05$ ).

Se aprecia que el 0,61% de las pacientes con parto pretermino presentan inminencia de ruptura uterina en comparación con 0,25% de las pacientes con parto a termino con un OR= 2,39, quiere decir que las pacientes que presentan inminencia de ruptura uterina tienen 2,39 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con las pacientes que no presentan dicho factor, sin embargo no es estadísticamente significativo ( $P>0,05$ ), porque su intervalo de confianza incluye al 1.

Se observa que el 2,42% de las pacientes con parto pretermino presentan miomas en comparación con 1,26% de las pacientes con parto a termino, quiere decir que las pacientes con miomas uterinos tienen 1,94 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con aquellas que no presentan ese factor, siendo este riesgo estadísticamente significativo ( $P<0,05$ ).

Por ultimo se observa que el 13,3% de las pacientes con parto pretermino son cesareadas en comparación con 11,91% de las pacientes con parto a termino con un OR= 1,19, quiere decir que las pacientes que son cesareadas tienen 1,19 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino comparado con aquellas que no

presentan dicho factor, sin embargo no es estadísticamente significativo ( $P > 0,05$ ), porque su intervalo de confianza incluye al 1.

**TABLA N° 11**

**FACTORES DE RIESGO PLACENTARIOS PARA PARTO A  
TERMINO Y PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA  
2004 - 2008**

FACTORES DE RIESGO PLACENTARIOS	PARTO PRETERMINO		PARTO A TERMINO		OR*	IC**	P***
	Nro	%	Nro	%			
RPM	34	20,61	342	9,63	2,45	1,61-3,67	< 0,05
PP	11	6,67	18	0,51	14,02	6,08-31,89	< 0,05
DPPNI	4	2,42	9	0,25	9,78	2,46-34,45	< 0,05
DISTOCIA FUNICULAR	3	1,81	54	1,52	1,19	0,30-4,03	> 0,05
INSUFICIENCIA PLACENTARIA	10	6,06	189	5,32	1,15	0,56-2,28	> 0,05
PREECLAMPSIA	23	13,94	72	2,03	7,82	4,61-13,21	< 0,05
NINGUNO	80	48,48	2866	80,73			
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>3550</b>	<b>100</b>			

**Fuente:** historias clínicas del servicio de gineco obstetricia

\* Odds Ratios

\*\* Intervalo de confianza

\*\*\* P de significancia

RPM: ruptura prematura de membranas

PP: placenta previa

DPPNI: desprendimiento prematuro de placenta normoincerta

## **INTERPRETACION:**

Presentar placenta previa (OR: 14,02), desprendimiento prematuro de placenta normoincisa (OR: 9,60), preeclampsia (OR: 7,82) y ruptura prematura de membranas (OR: 2,43) representan grupos de riesgo para parto pretermino, siendo estos estadísticamente significativos ( $P < 0,05$ ).

La distocia funicular y la insuficiencia placentaria son factores de riesgo para parto pretermino, pero no son estadísticamente significativos ( $P > 0,05$ ), porque su intervalo de confianza incluye al 1.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSION**

El presente estudio se realizó en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna en el periodo comprendido de enero 2004 a diciembre del 2008, donde se atendieron un total de 3795 partos.

De todos estos , 3550 fueron a término y 165 pretermino, representando este ultimo grupo una incidencia de 4,44%, menor a lo reportado por Cauna (64) en su estudio en el hospital Hipólito Unanue De Tacna del 2004 a 2008 donde la frecuencia de partos pretermino fue de 5,6%; menor a lo reportado por Martínez y col (7) en su estudio en el hospital general docente Ernesto Guevara las Tunas Cuba del 2005 donde el universo de estudio estuvo constituido por 262 partos pretérmino entre 20.1 y 36.6 semanas de gestación cuya frecuencia de partos pretermino fue de 6%; menor a lo reportado por Jaramillo y col(24) en su estudio en la clínica Villapilar de la E.S.E tercer nivel de atención en salud en Manizales Colombia del 2004 al 2005 incluyó 232 pacientes que tuvieron el parto entre las semana 24 y 36 de gestación (casos) y 232 pacientes con parto después de la semana 37 (controles) donde la frecuencia de partos pretermino fue de 10,5%; menor al reportado por Riva (69) en su estudio en el hospital de apoyo nº 2 Yarinacocha Pucallpa entre 2001 a 2003 donde se comparó 189 gestantes adolescentes con parto pretérmino con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término encontrando una incidencia de 12,1%;; menor al encontrado por Iriarte y col. (38) en un estudio realizado en Bolivia en el 2006, de 2380

partos atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Oruro el año 2006, 930 partos (39%) fueron prematuros, esto se debe a que la mayoría (91%) de los pacientes tenían controles prenatales inadecuados; y similar a lo reportado por Meza (43) en su estudio en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima del 2002 al 2006 se estudiaron 285 casos de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino donde la frecuencia de partos pretermino fue de 4,3%, siendo este hospital de referencia; similar al reportado por Miranda del Olmo(45) en su estudio en el Hospital General de México de 1995 al 2001 de un total de 57,431 recién nacidos, de los cuales 2,400 (4.1%) fueron prematuros. Sin embargo debemos tener presente que nuestro hospital es privado, donde los asegurados son de clase social media y alta y la mayoría tienen estudios superiores.

La incidencia de parto prematuro de nuestro hospital y los realizados en hospitales estatales descritos anteriormente varía de un hospital a otro y los factores de riesgo también; en nuestro estudio predominan los factores de riesgo no modificables como: preeclampsia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, la edad materna, la paridad entre otros. De acuerdo con la literatura mundial en un estudio realizado por Althabe et a col (1), se estima entre 5 y 12%, lo cual es superior a lo que sucede en nuestro hospital.

Analizando la edad materna (tabla nº 2), se sabe que el parto pretermino se describe con mayor frecuencia en gestantes que se hallan en la adolescencia es así Jaramillo y col(24) en su estudio en la clínica Villapilar de la E.S.E tercer nivel de atención en salud en Manizales Colombia del 2004 al 2005 encuentra que el 28,9% son madres

adolescentes, cosa que no pudo ser observada en el presente estudio, ya que la población que presentó con más frecuencia el problema tuvo 35 años a más, representando 39,39% de madres con este factor, con un OR del 1,75; esto quiere decir que las gestantes añosas tienen 1,75 veces mayor riesgo para parto pretermino en comparación a gestantes con edad adecuada.

Un estudio realizado por Huiza y col (34) refiere que ser gestante añosa representa riesgo para RCIU, bajo peso, Apgar bajo y principalmente parto pretermino.

En la mayoría de estudios descritas en la bibliografía se observa que la gestante adolescente tiene mayor frecuencia de presentar parto pretermino en comparación con las que son añosas, es así que Meza (43) en un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue Nacional de Lima entre el año 2002 a 2006 encontró que el 23,8% de las madres con parto pretermino fueron adolescentes en comparación con 11,1% de las madres añosas.

Debemos tener en cuenta que en nuestro estudio la mayoría de pacientes aseguradas son casadas y con edades superiores a 20 años.

En la tabla nº 3 encontramos que un grupo de riesgo está manifestado por las gestantes gran multíparas. Encontramos que 6,06% las gestantes eran gran multíparas, con un OR de 5,66; esto quiere decir que las gestantes gran multíparas tienen 5,66 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino que las que no tienen este factor; esto es menor al reportado por Iriarte y col. (38) en un estudio realizado en el hospital San Juan de Dios Oruro Bolivia del 2006 en donde se encontró una frecuencia de 56% de madres gran multíparas, esto se debe a que la mayoría de pacientes (91%) no tienen o tienen control prenatal inadecuado .

El desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, preeclampsia y embarazos prolongados son patologías que se presentan con más frecuencia en embarazos de gran multíparas; y a su vez estas patologías constituyen factores de riesgo para parto pretermino (8).

Meza en su estudio del Hospital Hipólito Unanue de Lima en el periodo de 2002 – 2006, encontró que ser gestante gran multípara es un factor de riesgo para parto pretermino con un 22% OR de 1,74 y un  $P > 0,005$  (43). Jaramillo y col (24) en un estudio en la clínica Villapilar de la E.S.E tercer nivel de atención en salud en Manizales Colombia del 2004 al 2005 encuentra que el 18,1% de los partos pretermino eran madres gran multíparas.

En nuestro estudio ser madre soltera o conviviente (tabla N° 4) representan 3% y 31% respectivamente de las que tuvieron parto pretermino, esto quiere decir que no representan grupos de riesgo para parto pretermino, los cuales no concuerda con los reportados por Jaramillo y col (24) que encontraron que las madres solteras y convivientes representan factores de riesgo para parto pretermino con 29,3% y 45,3% respectivamente.

Además en nuestro estudio el 64,84% de las madres con parto pretermino son casadas. Esto se debe a que en nuestro estudio la mayoría de pacientes aseguradas son casadas, lo cual no representan un grupo de riesgo para parto pretermino.

En la tabla n° 5 tener educación primaria no representa grupo de riesgo para parto pretermino ya que se encontró una frecuencia de 1,82%, menor a lo reportado por Martínez y col (66) que fue de 4% ( $P < 0,05$ ), por

su parte Jaramillo y col (24) reportó una frecuencia de 38,4%, Villamonte (63) encontró una frecuencia de 21% para educación primaria y 70% para educación secundaria, debemos tener en cuenta que los estudios descritos anteriormente se realizaron en hospitales estatales.

Además en nuestro estudio se encontró que el 73,94% de las madres con parto pretermino tienen educación superior. Esto se debe a que nuestro hospital es privado, donde la mayoría de asegurados tienen estudios superiores, teniendo en cuenta esto podemos decir que tener educación superior no representan un grupo de riesgo para parto pretermino.

Al analizar el control prenatal (tabla nº 6) tenemos que el 23,03% de las madres con parto pretermino tuvieron control prenatal inadecuado (1 a 3), con un OR de 1,85, esto quiere decir que las gestantes con control prenatal inadecuado tienen 1,85 veces mayor riesgo para parto pretermino que las que tienen control prenatal adecuado. Lo cual es menor al reportado por Villamonte (63) en el instituto materno perinatal de lima donde se encontró que más del 50% no tenían control prenatal o tenían menos de 5 controles (OR= 14.4), por su parte Jaramillo y col. (24) reportó un frecuencia de 40%; e Iriarte y col. (38) en un estudio realizado en Oruro Bolivia reportaron una frecuencia del 91% de control prenatal inadecuado y/o ningún control.

En nuestro estudio encontramos que el 36,36% de las madres con parto pretermino son anémicas (tabla nº 7) en comparación con 22,82% de las madres con parto a término, teniendo 1,93 veces mayor riesgo para parto pretermino. Similar a lo reportado por Martínez y col. (66) donde la frecuencia de anemia es de 43%; por su parte Calderón (25) en un

estudio realizado en el hospital general regional de Querétaro México encontró que el 30% de las madres con parto pretermino son anémicas.

Al analizar a las madres con patología cardiaca (tabla nº 7) tenemos que representan el 2,42% de las madres con parto pretermino en comparación con 0,87% de las madres con parto a término, teniendo 2,32 veces mayor riesgo para parto pretermino que las que no presentan patología cardiaca. Martínez y col (7) en su estudio encuentra una frecuencia de 8,7%.

La infección de vías urinarias (tabla nº 7) en las madres con parto pretermino tiene una frecuencia de 7,88% en comparación con 10,28% de las madres con parto a término, pero dicho factor de riesgo no es estadísticamente significativo; lo que no concuerda con lo reportado por Calderón (25) en donde la frecuencia de infección de vías urinarias es de 51%.

En nuestro estudio encontramos que tener antecedente de recién nacido prematuro (tabla nº 8) es un factor de riesgo para que se repita dicha entidad, se encontró que el 6,66% de las madres con parto pretermino tuvo antecedente de parto pretermino (OR de 6,97), esto quiere decir que las gestantes con antecedente de parto prematuro tienen 6,97 veces mayor riesgo para volver a presentar dicho evento que los que no lo tienen, Villamonte (63) en un estudio realizado en el hospital materno perinatal encontró que el 28% de las madres con parto pretermino tienen antecedente de dicha entidad; por su parte Jaramillo y col. (24) en un estudio realizado en Colombia reporto una frecuencia de 17%; Riva(52) en un estudio realizado en el hospital de apoyo nº 2 Yarinacocha Pucallpa desde 2001 al 2003 encontró que el 16,4% (OR=

7,1) de las gestantes tuvo antecedente de parto pretermino; Iriarte y col(70) encontraron una frecuencia de 9%.

Analizando a las madres con antecedente de cesárea (tabla nº 8) tenemos que representan el 13,33% de las que tuvieron parto pretermino, sin embargo es un factor de riesgo sin significancia estadística, lo cual no concuerda con lo encontrado por Calderón (25) en su estudio cuya frecuencia es de 40,5%( $P<0,05$ ).

El embarazo múltiple (tabla nº 9) representa el 12,73% de las madres con parto pretermino en comparación con 1,26% de las que tuvieron parto a término, teniendo 11,36 veces mayor riesgo para parto pretermino que las que tuvieron dicho factor; esto mayor al reportado por Iriarte y col. En Bolivia (6) donde la frecuencia de embarazo múltiple es de 5% ; mayor al reportado por Villamonte (63) en su estudio en el hospital materno perinatal de Lima en donde encuentra una frecuencia de 6,06%; Jaramillo y col. (24) en su estudio en Colombia encontró una frecuencia de 12% similar al encontrado en nuestro estudio.

El sufrimiento fetal agudo (tabla nº 9) representa el 3,64% de las madres con parto pretermino, sin embargo en nuestro estudio no tiene significancia estadística, lo cual no concuerda con lo reportado por Villamonte (63) en donde encontró una frecuencia de 12% ( $P<0.05$ ).

Analizando la ruptura prematura de membranas(RPM) tenemos que el 20,61% de las madres con parto pretermino tuvieron dicho factor en comparación con 9,63% de las madres con parto a termino con un  $OR=2,43$ , esto quiere decir que las gestantes con RPM tienen 2,43 veces mayor riesgo de presentar parto pretermino; Calderón (25) reporto una

frecuencia de 40% menor que el encontrado en nuestro estudio, por su parte Villamonte (63) encontró una frecuencia de 23%; Jaramillo y col. (24) en un estudio realizado en Manizales Colombia encontró una frecuencia de 34% de RPM; por su parte Iriarte y col. (38) encontraron una frecuencia de 20%.

Respecto a este grupo de riesgo placenta previa (PP) tenemos que el 6,67% de las madres con parto pretermino presentaron PP en comparación con 0,51% de las madres con parto a termino con un OR= 14,02, esto quiere decir que las gestantes que presentan placenta previa tienen 14,02 veces mayor riesgo para parto pretermino que las que no presentan dicho factor , similar al reportado por Villamonte (63) en donde la frecuencia de hemorragia del tercer trimestre es del 7%; Iriarte y col. (38) reportaron una frecuencia de 18%.

En el grupo de desprendimiento prematuro de placenta (DPP) encontramos que el 2,42% de las madres con parto pretermino presentaron DPP en comparación con 0,25% de las madres con parto a termino, quiere decir que las gestantes que presentan DPP tienen 9,60 veces mayor riesgo para parto pretermino.

Los factores de riesgo para DPP son múltiples siendo los mas frecuentes: gran multiparidad, edad mayor a 35 años, enfermedad hipertensiva del embarazo y RPM, estos a su vez son factor de riesgo para parto pretermino.

Las gestantes con preeclampsia representan el 13,94% de las madres con parto pretermino en comparación con 2,03% de las madres

con parto a término con un OR= 7,82, esto quiere decir que las gestantes que presentan preeclampsia tienen 7,82 veces mayor riesgo de tener parto pretermino que las que no la tienen. En un estudio realizado en México Calderón (25) encuentra una frecuencia de 20% mayor que en nuestro estudio, por su parte Villamonte (63) reportó una frecuencia de 12% similar a nuestro estudio; Jaramillo y col (24) en su estudio encontró una frecuencia de 25%.

Durante el embarazo existen cambios circulatorios a nivel sistémico como aumento del volumen plasmático, que se traduce en aumento de peso, retención hídrica, edemas no patológicos y menor resistencia sistémica. Estos cambios significan que en el lecho placentario exista un equilibrio entre tromboxanos y prostaciclina. En periodos hipertensivos existe una mayor producción de tromboxanos, es decir mayor vasoconstricción, disminución del flujo útero -placentario que trae como consecuencia fetos con RCIU, partos prematuros (32).

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA:**

La incidencia de parto pretermino en el Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna durante 2004 a 2008, de un total de 3795 fue de 4,44% siendo esta cifra similar a la reportada en la literatura nacional.

### **SEGUNDA:**

Los factores de riesgo maternos asociados a parto pretermino con significancia estadística fueron: antecedente de parto pretermino, gran multiparidad, presentar cardiopatía, anemia, control prenatal inadecuado y madre añosa.

### **TERCERA:**

El factor de riesgo fetal asociado a parto pretermino con significancia estadística fue el embarazo doble.

### **CUARTA:**

Los factores de riesgo uterinos asociados a parto pretermino con significancia estadística fueron: infecciones y miomas.

### **QUINTA:**

Los factores de riesgo placentarios asociados a parto pretermino con significancia estadística fueron: Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia y Ruptura prematura de membrana.

## **RECOMENDACIONES**

- 1. Educar a la población sobre parto pretermino: factores de riesgo y sus complicaciones perinatales, por medio de charlas e inclusive agregando a la curricula de estudios, cursos sobre salud y enfermedades en los colegios, institutos, etc.**
- 2. Concientizar a la población gestante que acuda a sus controles prenatales adecuadamente. Ya que estos van a garantizar un crecimiento y desarrollo adecuado del feto; además permite tomar desiciones y actuar precozmente sobre las entidades que se puedan presentar durante el embarazo y parto.**
- 3. Plantear estrategias de seguimiento para un adecuado tratamiento de la anemia a todas las gestantes que presentan esta entidad, ya que es un factor de riesgo modificable.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Althabe F , Carroli G , Lede R, Belizán J y Althabe O, El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos 1999, Rev Panam Salud Publica vol.5 n.6 Washington June 1999.
2. Bajo A, Melchor M, Fundamentos de obstetrician de la SEGO. Madrid 2007.
3. Baud O, Foix-L'Helias, Kaminski M, et al. Antenatal glucocorticoid treatment and cystic periventricular leukomalacia in very premature infants. N Eng J Med. 1999;341(16):1190-6.
4. Berkman N, Thorp JM, Lohr KN, Carey TS, et al. Tocolytic treatment for the management of preterm labor: A review of the evidence. Am J Obstet Gynecol. 2003;188:1648-59.
5. Bernstein P. 17-alpha hydroxyprogesterone resurrected for the prevention of recurrent preterm delivery, Part 1. Report from the 23rd Annual Meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine. San Francisco, California. Medscape Ob/Gyn & Women's Health. 2003;8(1).
6. Bloom SL, Sheffield JS, McIntire DD, Leveno KJ. Antenatal dexamethasone and decreased birth weight. Obstet Gynecol. 2001; 97(4):485-90.
7. Cárdenas R, Martínez R, Pérez J Comportamiento del parto pretermino, Hospital General docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna Las Tunas enero diciembre 2005.Rev. Ciencias.
8. Castellanos R, Gerardo Rogelio, Medina P, Jesús Manuel, Morales R, José Manuel *et al.* Análisis multivariado de factores de riesgo de

- prematuridad en Matanzas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, ene.-abr. 2001, 27(.1): 62-69. ISSN 0138-600X.
9. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW. Sulfato de magnesio para prevenir el nacimiento prematuro en la amenaza de trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
  10. Crowther CA, Harding J. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD 003935.
  11. Da Fonseca EB, Bittar RE, Carvalho MH, Zugaib M. Prophylactic administration of progesterona by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study. *Am J Obst Gynecol*. 2003;188:419-24.
  12. Díaz O, Velazco M, Danglot C, Gómez M, Covarrubias R. Indometacina en amenaza de parto prematuro: efectos cardiovasculares fetales y neonatales, *Ginecol Obstet Mex*. 1992;60(12): 352-30.
  13. Dimitrios S Mastrogiannis, MD, PhD. Clínica de perinatología 2000:45- 62
  14. Dodd JM, Crowther CA, Dare MR, Middleton P. Betamiméticos orales para el tratamiento de mantenimiento después de la amenaza de trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de

The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

15. Dodd JM, Flenady V, Cincotta R, Crowther CA. Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
16. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S. Sulfato de magnesio en mujeres en riesgo de parto prematuro para la neuroprotección del feto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
17. Duckitt K, Thornton S. Donantes de óxido nítrico para el tratamiento del trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
18. Gaunekar NN, Crowther CA. Tratamiento de mantenimiento con bloqueantes de los canales de calcio para la prevención del parto prematuro después de una amenaza de trabajo de parto prematuro. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

19. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2002;100:1020-37.
20. Hiller JE, McDonald HM, Darbyshire P, Crowther CA. Antenatal screening for Group B Streptococcus: a diagnostic cohort study. *MBC Pregnancy Childbirth.* 2005;5:12.
21. Hubner G, María Eugenia and RAMIREZ F, Rodrigo. Survival, viability and prognosis of preterm infants. *Rev. méd. Chile*, Aug. 2002, 130(8):931-938.
22. Hyagriv N. Simhan, CARITIS Steve N. Prevention of Preterm Delivery. *N Engl J Med* 357;5 [www.nejm.org](http://www.nejm.org) august 2, 2007
23. Illescas J. Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008; 54(1):11-14.
24. Jaramillo P, factores asociados con parto pretermino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales, julio 2004 junio 2005., *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2006, 57 (2):74-81.
25. Juvenal C, factores de riesgo materno asociados al parto pretermino, 2005 *Rev Med IMSS*, 43(4): 339 -342.
26. Keitz S , Montori V, Kleinbart J, Newman T, , Wyer P, Moyer V, Guyatt G. Tips for learners of evidence-based medicine: 2. Measures of precision (confidence intervals). *CMAJ* 2004; 171: 611-5.
27. King J, Flenady V. Antibióticos profilácticos para el trabajo de parto prematuro con membranas intactas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
28. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA, Carbonne B. Bloqueadores de los canales de calcio para la inhibición del trabajo

- de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
29. King J, Flenady V, Cole S, Thornton S. Inhibidores de la ciclooxigenasa (COX) para el tratamiento del trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
30. King J, Flenady V, Cole S, et al. Cyclo-oxygenase (COX) inhibitors for treating preterm labour. En: The Cochrane Library, Issue 2, 2007. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Search date 2004.
31. Lamont RF, Kam KYR. Atosiban as a tocolytic for the treatment of spontaneous preterm labor. *Exper Rev Obstet Gynecol.* 2008;3(2):163-74.
32. Larrain, J.; **Síndrome hipertensivo del embarazo, planetacentro obstetricia, 2000.**
33. Lawson E. Antenatal corticosteroids. Too much of a good thing? *JAMA.* 2001;286(13):1628-30.
34. Lilia Huiza, Percy Pácora, Máximo Ayala, Ytala Buzzio. **La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial** *anales de facultad de medicina Facultad de Medicina San Fernando – UNMSM Vol. 64 N° 01 / Enero - Marzo 2003*
35. Loe SM, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Assessing the neonatal safety of indomethacin tocolysis: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2005;106:173–9.

36. Lorenz JM. Supervivencia del recién nacido muy pretérmino en Estados Unidos durante el decenio de 1990. *Clin Perinatol (español)*. 2000;2:269-96.
37. Macías, Guillermo, Torres, Mirka Rosa, Pérez V, Noel *et al*. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. *Rev Cubana Pediatr*, ene.-mar. 2001, 73(1):5-10.
38. Martínez G, Iriarte C, Urrutia A, García G. Parto pretérmino en pacientes del "hospital san Juan de dios" – Oruro 2006, *Rev. De inv. E inf en salud bolivia*
39. Manrique R, Rivero A, Ortuño M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes *Rev Obstet Ginecol Venez* v.68 n.3 Caracas sep. 2008.
40. Martínez JL, Villalón H, Hosiasson S. Indometacina profiláctica en el prematuro extremo. *Rev Chil Pediatr*. 2003;74(6):578-84.
41. Murphy DJ, Fowlie PW, McGuire W. Obstetric issues in preterm birth. *BMJ*. 2004;329:783-6.
42. Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, Dombrowski MP, *et al*. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *NEJM*. 2003;348:2379-85.
43. Meza J, factores maternos relacionados con el parto pretermino y su repercusión en el neonato. Hospital Hipólito unanue 2002-2006., 2007 *Rev Per Obst Enf*. 3(2):115-125.
44. Meza S, El Prematuro: Situación en la Región Loreto y en el Perú .2007, Sociedad peruana de pediatría –Filial Loreto.
45. Miranda Del Olmo H, Candel Marmolejo LE, Reynoso E, Paulino Oslos L, Acosta Gómez Y. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex [online]* 2003; 66 (1) [ acceso 26 noviembre 2007]p. 22-28. Disponible

en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-h-gral/ehg2003/ehg03-1/em-hg031d.htm>.

46. Montori V, Kleinbart J, Newman T, Keitz S, Wyer P, Moyer V et al. Tips for teachers of evidence-based medicine 2: Confidence intervals and p values. *CMAJ* 2004; 171, Online 1-12.
47. Oliveros D, Factores de riesgo asociados a muerte hospitalaria en recién nacidos de muy bajo peso en el Perú, enero – marzo 2007, revista diagnostico. 2007, 46 (1).
48. Oliveros M, Shimabuku R, Chirinos J, Costta R, Ticona M, Mestanza M Barrientos A. El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Proyecto multicéntrico. *Rev Soc Per Pediatría*. 2002; 55(3):18-24.
49. Papatsonis D, Flenady V, Cole S, Liley H. Antagonistas de receptores de oxitocina para la inhibición del trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
50. Peralta J, 2002, recién nacido prematuro, UPT, determinar la incidencia e identificar los factores de riesgo asociados a los recién nacidos pretermino en el HAHUT enero 1996- diciembre2000, 100 paginas.
51. Qattan F, Omu AE, Labeeb N. A prospective randomised study comparing nifedipine versus ritodrine for the suppression of preterm labour. *Medical Principles and Practice*. 2000;9:164-73.
52. Riva N, 2004. UNMSM Factores de Riesgo para Parto Pretérmino Espontáneo en Gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa

53. Reyes I, 2004, parto pretermino, , determinar los Factores de riesgo de parto pretermino. Estudio caso control hospital nacional Sergio E. Bernales mayo – Setiembre 2003, 120 pg
54. Rodríguez, Bermúdez, Cordero. Normas para el manejo de la A.P.P. 2000; 1-2.
55. Rozenberg P. Tocolysis, use of beta-sympathomimetics for threatening preterm delivery: a critical review. J Gynécol Obstét Biol Reproduction (Paris). 2001;30:221-30.
56. Schmitz T, Goffinet F, Jarreau PH, Moriette G, Cabrol D. Repetition of corticoid treatment for foetal lung maturation: clinical and experimental scientific data. J Gynécol Obstét Biol Reprod (Paris). 2000;29:458-68.
57. Smith GN, Walker MC, McGrath MJ. Randomised, double-blind, placebo controlled pilot study assessing nitroglycerin as a tocolytic. Br J Obstet Gynaecol. 1999; 106:736-9.
58. Sosa C, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Reposo en cama en los embarazos con feto único para la prevención de nacimientos prematuros (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
59. Thorp JM Jr, Hartmann KE, Berkman ND, Carey TS, Lohr KN, Gavin NI, Hassefeld V. Antibiotic therapy for the treatment of preterm labor: a review of the evidence. Am J Obst Gynecol. 2002; 186(3):587-92.
60. Ticona M, Huanco D. Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú. Factores de Riesgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2005, 70 (5).

61. Vermillion ST, Soper DE, Newman RB. Neonatal sepsis and death after multiple courses of antenatal betamethasone therapy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183:810-4.
62. Vicente L, 2007, parto prematuro, UNJBG, determinar los factores maternos asociados a parto pretermino en el HAHUT del 2006. 100pg.
63. Villamonte W, Lam N, Ojeda E, factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno peri natal, Ginecología y Obstetricia. 2001. 47 (2):112-116.

# **ANEXOS**



CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de CPN (a/m/d)									
Edad Gest. (Semanas)									
Peso madre (Kg)									
Temperatura (°C)									
Tensión arter. (mm. Hg) Sistólica/Diastólica	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Altura Uterina (cm)									
Presentación (C/PIT/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov.fetal(+/-/+/++/+++/SM/NA)									
Edema (+/-/+/++/+++/SE)									
Pulso materno (por min.)									
Consejería PF (Si/No/NA)									
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (Si/No/NA)									
Establec. de la Atención									
Responsable del Control									

C= Cefálica NA= No Aplica NSH= No se hizo P= Pélvica SE= Sin Edema SM= Sin Movimiento T= Transversa

### OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### INDICACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Patologías Maternas (CIE 10)

Sin patologías

Fecha: / /

Otros (CIE 10):

1. _____	/ /	1. <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>
2. _____	/ /	2. <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>
3. _____	/ /	

### Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS
ABORTO COMPLETO	O0295	EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA	O12	MUERTE OBST X CAUSA NO ESPECIF	O95
ABORTO INCOMPLETO	O0290	EMBARAZO DOBLE	O300	OLIGOHIDRAMNIO	O410
ABORTO NO ESPECIFICADO (INCL. A. INDUC)	O06	EMBARAZO ECTOPICO	O00	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O9999
ABORTO RETENIDO	O021	EMBARAZO PROLONGADO	O48	OTRAS COMP X TDP/PARTO	O75
ABORTO SEPTICO	O080	EMBARAZO TRIPLE	O301	OTRAS ENF. MAT. EMB-PART-PUER	O99
ABORTO TERAPEUTICO	O04	EMBOLIA OBSTETRICA	O88	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O66
AMENAZA DE ABORTO	O200	ENF. MATER INFECC-PARAS EMB-PART-PUER	O98	OTROS TRANS LIQ. AMNIOTICO Y MEMB	O41
ANEMIA EN EMB-PART-PUER	O990	FALSO TRABAJO DE PARTO	O47	PARTO PREMATURO (INCL AMENAZA)	O90
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	FRACASO DE LA INDUCCION DEL TOP	O61	PLACENTA PREVIA	O44
ANORM. DINAM. DEL TDP	O62	GONORREA EMB-PART-PUER	O982	POLIHIDRAMNIO	O40
BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB	R827	HEMATOMA OBST. PELVIS	O717	PREECLAMPSIA LEVE	O13
CANCER CUELLO UTERINO	C53	HEMORR ANTEPARTO, NO CLASIF.	O46	PREECLAMPSIA MODERADA	O140
CANCER DE MAMA	C50	HEMORR POR ATONIA UTERINA	O721	PREECLAMPSIA SEVERA	O141
CARDIOPATIA	Z867	HEMORR POSTPARTO/RETENC.PLACENTA	O720	PREECLAMPSIA NO ESPECIFICADA	O149
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O282	HEMORR X ABORTO, ECTOPICO O MOLAR	O081	RADIOLGIA ANORM EN CPN	O284
COMP. ANESTES. EN PUERPERIO	O89	HEPATITIS VIRAL	O984	RCIU	P05
COMP. ANESTES. EN TDP/PARTO	O74	HERPES GESTACIONAL	O264	RETEN PLACENTA/MEMB. S/HEMORRAG	O73
COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB.	O29	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O210	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	O42
COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB. MULTIP	O31	HIPEREMESIS GRAVIDICA-TRANST.METABOL	O211	RUPTURA UTERO EN TDP	O711
COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO	O22	HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER	O10	SEPSIS PUERPERAL	O85
COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO	O87	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343	SIDA	B20
DEFUNCION MATERNA TARDIA	O98	INFECC. DEL TRACTO GENITAL	O235	SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER	O981
DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA	O901	INFECC. BOLSA AMNIOT MEMBRANAS	O411	TBC EMB-PART-PUER	O880
DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA	O900	INFECC. DEL TRACTO URINARIO	O23	TDP OBSTRU X MAL POSIC FETAL	O84
DEPENDENCIA DE DROGAS	F10	INFECC. MAMA ASOCIAD C/PARTO	O91	TDP OBSTRU X PELVIS ANORMAL	O85
DESGARRO OBST. DEL CUELLO UTERINO	O713	INFECCIONES PUERPERALES	O86	TDP PROLONGADO	O83
DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	O70	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07	TDP/PARTO COMPLIC X CORD UMBIL	O59
DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O25	INVERSION DEL UTERO	O712	TDP/PARTO COMPLIC X SUFRIM FET	O68
DESPREN PREMAT DE LA PLACENTA	O45	ISOINMUNIZACION RHESUS	O360	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL	R730
DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	O24	MALARIA	B50	TRANSORNOS PLACENTARIOS	O43
DISTOCIA DE HOMBROS	O680	MOLA HIDATIFORME	O01	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O341
ECLAMPSIA	O15	MUERTE INTRAUTERINA	O0364	ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O283

**Estado**

HCMP : Control Prenatal  Aborto  Parto  Productos de la concepción  Hijo unico  Embarazo Múltiple  Orden  Aborto

**Ingreso**

Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

Temperatura  PRESENTACIÓN: Cefálica  Pelviana  Transversa  TAMAÑO FETAL ACORDE: No  Si  INICIO: Espontáneo  Inducido  Cesárea electiva  MENBR. AL INGRESO: Rotas  Integras  LIQ. AMNIOTICO: Claro  Verde claro  Verde oscuro  FECHA Y HORA DE RUPTURA: \_\_\_\_\_

**Medicación en Parto (ver anexo)**

MEDICACIÓN: Sin medicación  MEDICAMENTOS: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Terminación Fecha: \_\_\_\_\_**

TÉRMINACIÓN: Espontánea  Forceps  Cesárea  Vacumm  DURACIÓN: Normal  Prolongado  Precipitado  Aplica  MUERTE INTRAUT.: No hubo  Durante embarazo  Durante parto  Momento Desconocido

**INDIC. PRINC. PARTO OPER. O INDUCC. (Ver anexo)**

EPISIOTOMIA: No  Si  No aplica  DESGARROS: No hubo  I  II  III/IV  No aplica  ALUMBRAM.: Manual  Exponatáneo  PLACENTA: Incompleta  Completa

**Atención**

NIVEL: Médico  Obstetrix  Interno  Enfermera  Aux. de Enfermería  Estudiante  Empírica o partera  Familiar  Otro  PARTO O LEGRADO  NEONATO  Parto o Legrado uterino atendido por: \_\_\_\_\_ Neonato atendido por: \_\_\_\_\_

Nº HC RN: \_\_\_\_\_ NOMBRE RN: \_\_\_\_\_

**Recién Nacido**

Sexo: Fem.  Mas.  Peso:  g <2500 g  <1500 g  Talla:  mm P.Cef.:  mm Temp  °C Edad por Ex. Físico  sem <37 APGAR: 4 - 6 0 - 3 1º  5º  Peso x Edad Gestacional: Adecuado  Pequeño  Grande

**Patologías Recién Nacido**

Sin patologías  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Otras(CIE 10) 1:  2:

**Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)**

PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS
ANENCEFALIA Y MALF CONG SIMIL	Q00	KERNICTERUS	P57
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	P21	LABIO LEPORINO	Q36
COAG INTRAVASC DISEM	P60	MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES	Q50
CONJUNTIVITIS NEONATAL	P391	MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO	Q20
CONVULSIONES DEL RN	P90	MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO	Q39
DEFORM CONGENIT CADERA	Q65	MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO	Q30
DIARREA	A09	MALFORMACIONES SIST URINARIO	Q60
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE	Q250	MEMBRANA HIALINA	P22
EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC	P110	MENINGITIS	G00
ENCEFALOCELE	Q01	NEUMONIA CONGENITA	P23
ENFERMEDAD HEMORR FETO/RN	P53	ONFALITIS RN C/S HEMORRAG LEVE	P38
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	P35	OTRA PATOLOGIA DEL RN	P9999
ENFIS INTERS Y OTRAS PERINAT	P25	OTRAS AFEC DE PIEL FETO/RN	P83
ENTEROCO NECROTIZ FETO/RN	P77	OTRAS AFEC DEL PERIODO PERINAT	P96
ESPIÑA BIFIDA	Q05	OTRAS ALTERA METAB - ELECTROL RN	P74
FETO/RN AFECT X ANEST-ANALG	P040	OTRAS APNEAS DEL RN	P284
FETO/RN AFECT X CORIOAMNIONITIS	P027	OTRAS ENF INFECC-PARASIT CONGEN	P37
FETO/RN AFECT X COMP CORD UMB	P025	OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES	P54
FETO/RN AFECT X COMPL MATER	P008	OTRAS MALFORMACIONES	Q89
FETO/RN AFECT X OLIGOHRAMNIO	P012	OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN	P76
FETO/RN AFECT X PARTO CON FORCEPS	P032	OTROS TRANST ENDOCR TRANSIT	P72
FETO/RN AFECT X PARTO CON VENTOSA	P033	OTROS TRANST HEMATOL PERINAT	P61
FETO/RN AFECT X POLIHIDROMNIO	P013	OTROS TRANST PERINAT DIGESTIVOS	P78
FETO/RN AFECT X PROLAP CORD UMB	P024	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM.	P15
FISURA PALADAR	Q35	PERDIDA DE SANGRE FETAL	P50
HEMORRA CEREBRAL X TRAUM AL NAC.	P101	PROBLEM DE INGESTIÓN ALIMENTOS	P92
HEMORRA INTRACRAN NO TRAUMAT	P52	REACC E INTOXICAC X DROGAS	P93
HEMORRA PULM PERINATAL	P26	RETARDO CRECIM Y DESNUT FETAL	P05
HEMORRA UMBILICAL DEL RN	P51	RETINOPATIA DEL PREMATURO	H35
HERNIA INGUINAL	K40	SEPSIS BACTERIANA DEL RN	P36
HIDROCEFALIA	Q03	SIFILIS CONGENITA	A50
HIDROPES FETAL X ENF. HEMOLITICA	P56	SINDROME DE DOWN	Q90
HIPOCALCEMIA NEONATAL	P711	SINDROMES DE ASPIRACIÓN NEONATAL	P24
HIPOGLICEMIA NEONATAL	P704	TAQUIPNEA TRANSITORIA	P221
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL	R712	TETANOS NEONATAL	A33
HIPOTENSIÓN SHOCK	P57	TRANS RELAC CON BPN	P07
HIPOTERMIA DEL RN	P80	TRANS X EMB PROLONG Y SOBREPESO	P08
HIPOXIA INTRAUTERINA	P20	TRANST CARDIOVASC PERINATAL	P29
ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF	P59	TRANST TONO MUSCULAR RN	P94
ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVAS	P58	TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER	P12
ILO MECONIAL	P75	TRAUMA ESQUELETO AL NACER	P13
INCOMPATIB ABO FETO/RN	P551	TRAUMA SIST NERVIOSO PERIFERICO	P14
INCOMPATIB RH FETO/RN	P550		

PARTO O ABORTO

RECIENTE NACIDO

Horas/días postparto o aborto			
Temperatura			
Pulso (latidos/minuto)			
Tens. Arterial máx./mín. (mm.Hg)			
Involución uterina			
Características de Loquios			
Herida oper. (abdominal/periné)			
Observaciones			

**Egreso RN** Fecha   /  /   :   :  

Egreso : Sano  Con Patología  Traslado  Fallece

Dx. Fallecim. : \_\_\_\_\_

Dx. Traslado : \_\_\_\_\_

Establ. Trasl. : \_\_\_\_\_

Alimento :  Pecho Sólo  Pecho y Artificial  Artificial Sólo  No Aplica

Peso :

**Egreso Materno** Fecha   /  /   :   :  

Egreso : Sano  Con Patología  Traslado  Fallece  No Aplica

Dx. Fallecim. : \_\_\_\_\_

Dx. Traslado : \_\_\_\_\_

Establ. Trasl. : \_\_\_\_\_

**Anticonceptivos**

Abstinencia Periódica :  Progestág. Inyectables :

Condón :  Progestág. Orales :

DIU :  Sólo Consejería :

Ligadura Tubaria :  Ninguno :

MELA :  Otros :

**Reingreso RN** Fecha   /  /   :   :  

Reingreso : No  Si

Diagnóst. : \_\_\_\_\_

Fecha egreso:   /  /   :   :  

Egreso : Sano  Con Patología  Traslado  Fallece  No Aplica

Dx. Fallecim. : \_\_\_\_\_

Dx. Traslado : \_\_\_\_\_

Establ. Trasl. : \_\_\_\_\_

**Reingreso Materno** Fecha   /  /   :   :  

Reingreso : No  Si

Diagnóst. : \_\_\_\_\_

Fecha egreso:   /  /   :   :  

Egreso : Sano  Con Patología  Traslado  Fallece  No Aplica

Dx. Fallecim. : \_\_\_\_\_

Dx. Traslado : \_\_\_\_\_

Establ. Trasl. : \_\_\_\_\_

Control del RN : Si  No  Fecha   /  /   :   :  

Control Puerperal : Si  No  Fecha:   /  /  

**INDICACIONES AL ALTA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABLE

**EPICRISIS:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCIÓN**

Sin Dato CESAREA ANTERIOR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO DESPROPORCIÓN FETO - PÉLVICA ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD PARTO PROLONGADO FRACASO DE INDUCCIÓN FRACASO DETENIDO DE PRESENTAC. EMBARAZO GEMELAR	RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO PRETERMINO POSTERMINO PRESENTACIÓN PODÁLICA VARIEDADES PÓSTERIORES SITUACIÓN TRANSVERSA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SOSP. O CERTEZA INFECCIÓN OVUL PLACENTA PREVIA	DESPREND. PLACENTA NORMO INSERTA ROTURA UTERINA TOXEMIA (EPH/GESTOSIS) HERPES GENITAL CONDOLIMATOSIS GENITAL OTRA ENFERMEDAD MATERNA MORTINATO AGOTAMIENTO MATERNO OTRA
--	---	---

MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS
<b>ANESTESIA LOCAL</b>	BUPIVACAINA LIDOCAINA Y SIMILARES	<b>ANTIHIPERTENSIVO</b>	ANTAGONISTAS DEL CALCIO ATENOLOL CAPTOPRIL HIDRALAZINA
<b>ANESTESIA REGIONAL</b>	BUPIVACAINA LIDOCAINA Y SIMILARES	<b>ANTIBIÓTICO</b>	METILIDOPA NITROPRUSIATO DE SODIO AMIKACINA AMOXICILINA AMPICILINA
<b>ANESTESIA GENERAL</b>	ETER HALOTANO KETAMINA CLORHIDRATO OXIDO NITROSO TIOPENTAL SODICO		AMOXICILINA-GENTAMICINA CEFALOSPORINAS CEFALOSPORINAS - AMINOGLUCOC. CLORANFENICOL ERITROMICINA GENTAMICINA PENICILINA PENICILINA-GENTAMICINA PENICILINA-CLORANFENICOL
<b>ANALGES. TRANQUIL.</b>	ACIDO ACETIL SALICILICO CODEINA DIAZEPAM IBUPROFENO METAMIZOL MORFINA PARACETAMOL PETIDINA (MEPERIDINA)		
<b>OXITOCINA</b>	OXITOCINA		
		<b>SANGRE</b>	PAQUETE GLOBULAR PLAQUETAS PLASMA
		<b>ANTICONSULSIONANTE</b>	DIFENILHIDANTOINA SULFATO DE MAGNESIO
		<b>OTRA MEDICACIÓN</b>	AMINAS SIMPATICOMIMÉTICAS AMINOFILINA ANTIESPASMÓDICOS ANTIPROSTAGLANDINAS BETA BLOQUEANTES BETA MIMÉTICOS BLOQUEANTES MUSCULARES CARDIOTÓNICOS CORTICOIDES DIURÉTICOS HEPARINA INSULINA METRONIDAZOL PROSTAGLANDINAS