



“Cumplimiento de la Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro, en establecimientos de los tres niveles de atención, comuna de Valparaíso, año 2008”

Seminario de tesis para optar al grado académico de:
Licenciado en Obstetricia y Puericultura

Docente guía

Adriana Castillo Valencia

Tesistas

Valeska Arredondo Abarca
Romina Chávez Reyes
M^a de los Angeles Conlledo Villalobos
Francisca Ekdahl Marambio
Aracely Farías Garrido
Rosmery Orellana Corrotea
Érika Román Reyes
Loreto Somarriva Urrutia

Valparaíso 2008-2009

Agradecimientos

En primer lugar queremos agradecer a nuestros padres, por el apoyo, amor y comprensión que nos dieron todos estos años, ya que sin el esfuerzo realizado por ellos, este trabajo que presentamos, y que es fruto de 5 años de estudios, no podría haber sido concluido en el día de hoy. No hay amor más grande que el de nuestros padres y de nuestras familias

Damos gracias a otro importante pilar en nuestras vidas que es Dios por estar siempre presente, ayudándonos a recorrer día a día este camino, llenándonos de fortalezas y bendiciones.

A nuestra profesora guía por su incondicional ayuda, disposición y comprensión y también a todos los docentes de nuestra escuela.

A nuestros hermanos y amigos por el apoyo y confianza brindada.

A las matronas clínicas, de los diferentes niveles de atención, que nos recibieron como alumnas e internas, de las cuales hemos aprendido desde aspectos técnicos, hasta aspectos de la vida humana que trascienden más allá.

En general quisiéramos agradecer a todas esas personas especiales que siempre estuvieron a nuestro lado, otorgándonos cariño, apoyo y ánimo en los días grises, y en los de sol, como el de hoy...

Resumen de la Investigación

“Cumplimiento de la Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro, en establecimientos de los tres niveles de atención, comuna de Valparaíso, año 2008”

Palabras Clave: Parto Prematuro, Guía Clínica

Mesh Terms: Premature Birth, Clinical Guide

La prematuridad representa la primera causa de morbilidad neonatal. Los partos prematuros explican el 75% de la morbilidad perinatal a nivel mundial. En nuestro país su frecuencia varía entre un 5-12% de los partos. A contar del 1 de Julio del año 2005 se establece un Régimen General de Garantías en Salud, en el cual, se incluye la Prevención del Parto Prematuro. **Objetivos:** Evaluar el cumplimiento de las intervenciones recomendadas para la prevención del Parto Prematuro según la Guía Clínica GES en los distintos niveles de Atención de Salud. **Materiales y Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Se estudió 167 gestantes con parto prematuro en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Chile, entre Enero y Diciembre del año 2008. Se evaluó la frecuencia de la realización de intervenciones recomendadas por la Guía Clínica para Parto Prematuro, derivada de las Garantías Explícitas en Salud, a partir de la descripción registrada en fichas clínicas de cada gestante que presentó la patología. **Resultados:** Se observa que el 57,38% de las gestantes presentó riesgo de Parto Prematuro, lo que se relaciona con lo indicado en la Guía Clínica para esta patología. En Atención Primaria el 52,94% de las gestantes recibió tratamiento para ITU. En Atención Secundaria al 91,80% de las gestantes no se les realizó búsqueda de Vaginosis Bacteriana. En lo que respecta a Atención Terciaria en las gestantes con SPP, al 73,44% se les administró corticoterapia, por otro lado en las usuarias con RPM a pesar que el 100% de ellas fueron tratadas, los resultados muestran que los embarazos menores de 32 semanas de gestación terminaron con complicaciones en un 57,14%. **Discusión:** La Guía Clínica para Parto Prematuro es un documento vigente en los Servicios de Atención de Salud, basada en recomendaciones. Por los resultados obtenidos en la investigación, se plantea la necesidad de emplear estas recomendaciones con rigurosidad en el manejo de SPP y Parto Prematuro en los tres niveles de atención de salud, con el objetivo de disminuir su incidencia, morbilidad y mejorar la calidad de su atención.

Índice

I. Capítulo Primero: Generalidades	4
1.1 Introducción	5
1.2 Delimitación del problema	7
1.3 Fundamentación de la investigación	8
1.4 Limitaciones de la Investigación	10
II. Capítulo Segundo: Marco Teórico	12
2.1 Definición Parto Prematuro	13
2.2 Epidemiología	13
2.3 Reforma de la Salud	16
2.4 Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro, Minsal año 2005.	24
2.5 Manejo en Rotura Prematura de Membranas según Guía Clínica Ges para Parto Prematuro	43
2.6 Rol de los procedimientos recomendados en la atención del Parto Prematuro por la Guía Clínica.	50
2.7 Diagnóstico del Recién Nacido	50
III. Capítulo tercero: Objetivos	55
3.1 Objetivos generales	56
3.2 Objetivos específicos	57
3.3 Definición de variables	60
IV. Capítulo Cuarto: Metodología de la Investigación	81
V. Capítulo Quinto: Presentación y análisis de los datos obtenidos	88
V.I Capítulo Sexto: Conclusiones	118
VII. Capítulo Séptimo: Sugerencias	125
VIII. Capítulo Octavo: Bibliografía	128
IX. Capítulo Noveno: Anexos	132
9.1 Instructivo para aplicación de Instrumento de recolección de la información	133
9.2 Instrumento para la recolección de la información: Cuestionario	139
9.3 Tablas	148

I. Capítulo Primero: Generalidades

1.1 Introducción

A nivel mundial, nacen aproximadamente 14 millones de recién nacidos prematuros anualmente. En los países desarrollados los nacimientos prematuros alcanzan entre un 5% y un 11% de los nacidos, en los países más pobres, estas cifras se incrementan considerablemente llegando a un 40% del total de nacidos al año¹.

En el año 2005, del total de recién nacidos vivos en Estados Unidos, el 12,8%² correspondió a recién nacidos prematuros, y comparando esta cifra con la del año 2003 en Chile, que correspondió a un 6%, podemos afirmar que nuestro país obtiene buenos indicadores a nivel mundial frente a este tema.

Son múltiples los factores de riesgo materno asociados que desencadenan un parto prematuro: Infecciones cérvico-vaginales, Infecciones Urinarias, Sobredistensión uterina, Rotura Prematura de Membranas, Síndromes Hipertensivos, entre otros, los cuales serán descritos en este trabajo de investigación. La gran mayoría de estos factores, pueden ser detectados y manejados con el fin último de prevenir el parto prematuro y junto con ello las consecuencias tanto biopsicosociales como económicas que trae esto, tanto para el país, como para las familias que tienen que asumir los costos frente a esta situación de salud.

Los partos prematuros explican el 75% de la morbilidad perinatal a nivel mundial y dentro de las complicaciones más relevantes de los recién nacidos prematuros, la mayoría de los autores coinciden en el que son el daño neurológico y respiratorio.

Dentro de la Reforma de Salud, propuesta por el Ministerio de Salud, encontramos la ley AUGE, conocida actualmente como GES (Garantías Explícitas en Salud) que tomó mayor relevancia a partir del año 2002, cuyo objetivo principal es disminuir las inequidades en salud a través de 4 garantías: acceso, oportunidad, protección financiera y calidad.

¹ Villanueva Egar Luis, Prado Lucio Jacqueline, Pichado Cuevas Mauricio: *Perfil epidemiológico Parto Prematuro*,

² Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS: *Tocólicicos para el trabajo de parto prematuro*.

Actualmente son 56 las patologías incluidas en el régimen GES y dentro de ésta se encuentra el parto prematuro. En el año 2005 entró en vigencia la “Guía Clínica Para la Prevención del Parto Prematuro” donde se incluyen una serie de recomendaciones que permiten una adecuada prevención y diagnóstico de modo tal de reducir la incidencia de este evento, y por ende, los recién nacidos de muy bajo peso al nacer, su morbimortalidad neonatal asociada y las secuelas propias de la prematurez.

Nuestro principal objetivo es evaluar en las gestantes con parto prematuro el cumplimiento de las intervenciones recomendadas por la guía clínica prevención de parto prematuro en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Carlos Van Buren y en los tres niveles de atención de salud durante el año 2008 en la Comuna de Valparaíso.

1.2 Delimitación del problema

“Cumplimiento de las intervenciones recomendadas por la Guía Clínica GES Prevención del Parto Prematuro, para confirmar diagnóstico, manejo del parto prematuro y atención inmediata del recién nacido prematuro en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y en los consultorios de atención primaria, en las usuarias pertenecientes a la comuna de Valparaíso, en el año 2008”.

1.3 Fundamentación de la investigación

La población general de la región de Valparaíso es de 1.672.357 habitantes, de ellos 466.143 corresponden a la jurisdicción del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA), de los cuales 232.009 son varones y 234.134 son mujeres, de esa población 389.989 son población inscrita y validada en la Red de Salud del SSVSA (184.000 son hombres y 205.989 son mujeres)³.

El Hospital Carlos Van Buren es un centro de atención de salud de alta complejidad, docente asistencial, ubicado en la quinta región del país que atiende a una población adulta y materno-infantil estimada de 455.693 usuarios al año. Cuenta con tres unidades de emergencia y cuatro unidades de cuidados intensivos. La gran mayoría de sus servicios clínicos son de especialidades quirúrgicas, dentro éstos se encuentra el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

La reforma de salud vigente para nuestro país, que toma mayor relevancia a partir del año 2002, fue realizada debido a la necesidad de mejorar la calidad de la atención a los usuarios del sistema público de salud. Dicho proyecto de ley implicó 5 leyes;

La ley AUGE n° 19966, actualmente denominada GES, fue publicada en el diario oficial el día 3 de septiembre de 2003, y entró en vigencia el día 1 de abril del año 2005, cubriendo 25 Patologías, llegando en el año 2007 hasta 56 patologías existentes hasta la fecha. Dentro de las 25 patologías que fueron incluidas en GES por primera vez, se encuentra el Parto Prematuro, y junto con ello la creación de la Guía Clínica para la prevención del parto Prematuro, eje central de nuestro estudio.

Las guías clínicas para las distintas patologías incluidas en GES, corresponden a recomendaciones para el manejo de estas mismas, siendo ideal el que éstas se cumplan a cabalidad. Es por este motivo, que como futuras matronas que a diario nos veremos enfrentadas a casos relacionados con la patología parto prematuro, consideramos que es fundamental internalizarnos mayormente en este tema, en beneficio del conocimiento científico al respecto y junto con ello, dejar abierta la posibilidad de realización de otros estudios de continuidad del con el fin de enriquecer los conocimientos estadísticos a nivel

³ INE: Instituto Nacional de Estadística

local para que los actores implicados en el trabajo del área Materno-Perinatal puedan conocerlos y posteriormente, si es necesario, cambiar y mejorar la praxis clínica en los distintos niveles de atención para disminuir la incidencia de partos de pretérmino y mejorar las expectativas de vida de los recién nacidos prematuros a nivel nacional y mundial.

1.4 Limitaciones de la Investigación

Durante el desarrollo de nuestra investigación, fueron diversas las limitaciones que dificultaron el desarrollo de ésta y junto con ello retrasaron las actividades programadas por el grupo, las cuales mencionaremos a continuación:

- Fichas de control prenatal en APS y fichas maternas en nivel terciario con registros pocos legibles, lo que dificultó la obtención de datos, además de ausencia de registro de actividades realizadas que eran importantes para nuestro estudio.
- Implementación de sistema AVIS y descarte de fichas de control prenatal convencionales en atención primaria de salud. En los consultorios adheridos a este sistema la información se encontraba dividida en ficha de papel y el nuevo sistema. Al solicitar la información resguardada en papel, ésta no se encontraba disponible y conseguir una ficha podía tardar incluso más de un mes, lo que retrasaba la obtención de información.
- Dificultad en el acceso a las fichas de control prenatal en nivel primario de atención en los centros de salud pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, algunos de los cuales, solicitaron consentimiento informado de las usuarias en estudio, para tener acceso a la información de las fichas; actividad infactible para el desarrollo del estudio.
- Ausencia de registro de las actividades realizadas en el Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, nivel secundario de atención en salud.
- Retraso en la obtención de las planillas de registro de partos del año 2008 del Hospital Carlos Van Buren, debido a que en los meses de Enero y Febrero del año 2009, las planillas no estaban disponibles, puesto que se encontraban en proceso de empaste.

- Fichas maternas que no se encontraban en el centro de archivos del Hospital Carlos Van Buren, sino que distribuidas en otros servicios, lo que contribuyó a la demora en la obtención de la muestra total del estudio.

II. Capítulo Segundo: Marco Teórico

2.1 Definición Parto Prematuro

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina parto prematuro o parto de pretérmino, al que tiene lugar entre las 22 y 37 semanas de gestación, es decir entre 154 y 258 días. Los partos de 22 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500 grs. de peso.

De acuerdo al extracto de las Garantías Explícitas en Salud, parto prematuro, se define como; *“Recién Nacido Prematuro o Pretérmino, a aquel niño nacido antes de completar las 37 semanas de gestación”*

2.2 Epidemiología

Mundialmente, nacen aproximadamente 13 millones de recién nacidos prematuros cada año. En países desarrollados los prematuros alcanzan entre un 5% y un 11% de los nacidos⁴. Sin embargo, en los países más pobres estas cifras se incrementan considerablemente llegando a un 40% del total de nacidos al año⁵.

En Los Estados Unidos, las cifras de parto pretérmino bordean el 12%, y en el año 2005 la cifra alcanzó un 12,8%⁶.

La cifra de partos prematuros en Latinoamérica es similar a la mundial, en el caso de nuestro país y de acuerdo a diversos estudios y seguimiento de los últimos 10 años es de un 6% del total de los recién nacidos vivos con una cifra cercana a 1380 recién nacidos de pretérmino, lo que significa que aún existe en Chile, un desafío pendiente en formulación de nuevas políticas de salud específicamente en materia de prevención.

Entre 1998 y 2004 ocurrieron en el país 21549 nacimientos entre 22 y 32 semanas de gestación evidenciándose un aumento de recién nacidos menores de 25 semanas. A la

⁴ Villanueva Egas Alberto, Pardo Lucio Jacqueline, Pichado Cuevas Mauricio: *Perfil epidemiológico Parto Prematuro*

⁵ Villanueva Egas Alberto, Pardo Lucio Jacqueline, Pichado Cuevas Mauricio: *Perfil epidemiológico Parto Prematuro*

⁶ Biblioteca Salud Reproductiva OMS: *Tocolíticos para el Trabajo de Parto Prematuro*

par de este incremento, la sobrevida de prematuros extremos y de niños de muy bajo peso ha mejorado significativamente⁷.

Los niños menores de 1.500 grs. o menores de 32 semanas de EG al nacer, dan cuenta de aproximadamente un 30% de la mortalidad infantil y de un 40 % de la mortalidad neonatal en Chile.

2.2.1 Magnitud y Relevancia del Problema

El parto pretérmino constituye un tema que concentra preocupación permanente en los países y en sus sistemas de salud. Su importancia se debe a que representa un factor asociado a una alta morbi mortalidad neonatal. Específicamente los partos prematuros explican el 75% de la morbi mortalidad perinatal a nivel mundial porcentaje que excluye las malformaciones congénitas.

2.2.2 Complicaciones de los recién nacidos prematuros

Los desafíos que se implementan en neonatología, han sido un pilar importante en los avances tecnológicos que han ido realizando los distintos servicios de salud, comprometiendo a todo el equipo humano destinado a conseguir mayor esperanza de sobrevida cuando están en presencia de recién nacidos prematuros. Estos hechos han provocado una serie de cambios en todos los ámbitos, contribuyendo a la mejora y perfeccionamiento de las capacitaciones al personal de salud, al conocimiento de nuevas técnicas de reanimación, y a factores éticos que deben ser abordados ante un parto de pretérmino.

Distintos autores coinciden en que uno de los grandes desafíos está enfocado a los recién nacidos menores de 1.500 gramos, que corresponden a los recién nacidos de muy bajo peso al nacer. Cabe destacar que a nivel nacional ellos representan solamente el 1% de los recién nacidos prematuros, pero este pequeño grupo tiene máxima relevancia porque incide con un 40% del total de las muertes infantiles (Revista Chilena de Pediatría, año 2002). Es por esto, que a este grupo están destinados los mayores desafíos en neonatología para alcanzar una mayor sobrevida de estos recién nacidos, evitando patologías asociadas a la prematurez en el corto y largo plazo.

⁷ INE: Instituto Nacional de Estadística.

2.2.3 Costos económicos de la prematuridad

En Estados Unidos anualmente el gasto bordea los 26 billones de dólares, sin considerar las significativas alzas que superan su media del 12% de partos prematuros. Dependiendo del peso y edad gestacional registrada al nacer, las cifras monetarias tienden a descender cuando éste se trata de embarazos de término. Las variaciones, van desde 202.700 dólares para una edad gestacional inferior a 25 semanas, disminuyendo a 2.600 dólares en recién nacidos de 36 semanas⁸.

El nacimiento de un recién nacido de pretérmino trae consigo un gran número de intervenciones adicionales a las que requiere un recién nacido de término. Ya el diagnóstico de síntoma de parto prematuro por si solo, en la mujer gestante, activa una red de prestaciones que van desde la hospitalización y monitorización de la usuaria que conlleva días cama, administración de medicamentos, control ecográfico entre otras; además del recurso humano, estructural, insumos y tecnología que se requieren para dar cumplimiento en pro del bienestar de la salud.

En lo que refiere a el nacimiento del recién nacido de pretérmino las intervenciones son mayores, personal especialista, incubadoras de ultima generación, ventiladores mecánicos, medicamentos, solo por mencionar algunos y el gasto significativo de esta indumentaria, significan un aporte principalmente estatal de millones de dólares al año. Sin embargo los avances y esta inversión monetaria son las que han permitido el aumento de la sobrevida en los recién nacidos prematuros de nuestro país.

El aumento de esta sobrevida, la cual se ha incrementado los últimos años en cifras alentadoras especialmente de los recién nacidos menores a 32 semanas en materia económica genera a la vez un aumento en la morbilidad de estos recién nacidos egresados de los servicios de neonatología del país.

La Comisión Nacional de Seguimiento del Prematuro ha propuesto un protocolo a aplicar hasta los 7 años de edad, independiente de la morbilidad del recién nacido para dar cobertura a sus necesidades y caminar hacia una mejoría de la calidad de vida durante el desarrollo, favoreciendo una mejor inserción a la sociedad. Actualmente existen

⁸ M. Mercado, 2005.

en Chile programas de estimulación precoz, oxígeno domiciliario, los cuales favorecen en desarrollo de este recién nacido inserto en su hogar con su familia y participe de la sociedad. Su familia es educada por especialista en relación a estimulación y psicomotricidad. Además si se requiere, es derivado a terapias de desarrollo psicomotor y rehabilitación por kinesiólogo y otros especialistas.

2.3 Reforma de la Salud

Durante la década de los 90, los países americanos y del Caribe, iniciaron procesos de reforma social y dentro de este contexto, comienzan a implementarse iniciativas de Reforma del Sector Salud y de Seguridad Social, cuyo objetivo principal es avanzar hacia la modificación de las tareas sociales vigentes de la época y a la reorganización del Estado.

Chile, al igual que otras naciones latinoamericanas, forma parte de estos procesos de reforma social y actualmente se encuentra en una etapa de reforma en su sistema de salud, que busca lograr una mejor salud para todos los chilenos y chilenas, garantizando igualdad de derechos y la realización de políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de recursos y la participación social.

Dentro de los objetivos señalados en el proceso de reforma de salud chileno, podemos mencionar los siguientes:

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- Reducir las desigualdades en salud.
- Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

El proceso de reforma a la salud chilena toma mayor relevancia a partir del 2000, cuando se constituye la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República de aquel tiempo, Ricardo Lagos, se compromete a presentar cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, enviados a discusión parlamentaria en Mayo de 2002, cuyos contenidos, fueron los siguientes:

1. Derechos y deberes del paciente.

Esta ley, es la única que aún está en trámite, su objetivo es regularizar los derechos y deberes que las personas tienen con respecto a la salud, aplicables a las diferentes entidades prestadoras de salud, ya sean privadas o públicas: toda persona tiene derecho a recibir atención en salud de su prestador y a no sufrir discriminaciones en su entrega; la persona tiene responsabilidad que debe asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de su prestador de salud, debiendo respetar la norma de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.

2. Financiamiento.

Considera el aumento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), conocido inicialmente como AUGE (Acceso Universal Garantías Explícitas), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

3. Autoridad Sanitaria y Gestión.

Fortalece las autoridades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Se crean nuevos instrumentos con el fin de mejorar la Red Asistencial y entregar mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos prestadores de salud, e incentivos económicos para el personal.

4. Ley de Isapres.

El proyecto de Modificaciones a la Ley de Isapres se separó en dos proyectos: el primero, que consistía en la creación de un régimen especial de supervigilancia y control, conocido posterior a su aprobación como la Ley "Corta" de Isapres. Por otra parte, también forma parte de la Ley de Isapres lo relacionado con los reajustes de precios de los planes de salud; la confección de aranceles o catálogos con valores monetarios de

prestaciones; la entrega de información por parte de la Superintendencia y también el acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de ventas.

5. Régimen de Garantías en Salud

Consiste en la creación de un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) y considera el financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos o indigentes.

Son estos cinco proyectos mencionados anteriormente, los que componen la base jurídica de la Reforma en salud. Sin embargo, el proyecto de que mayor interés generó en la opinión pública y en los medios de comunicación, ha sido el del Sistema de Garantías en Salud (GES) más conocido por AUGE por los chilenos y chilenas.

2.3.1 Sistema de Garantías en Salud

La ley n°18.469 promulgada en noviembre de 1985, reglamenta el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea una política de prestaciones de carácter preventivo y curativo a las que tienen derecho los cotizantes y beneficiarios del sector público y privado⁹.

En el año 2004 se publica la ley que crea un régimen general de garantías en salud, que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud. El régimen de garantías en salud es un elemento de regulación sanitaria y tiene como finalidad establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, y los programas que FONASA deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención. El Régimen General de Garantías incluye también las Garantías Explícitas en salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones relacionadas a un conjunto de programas, enfermedades o condiciones de salud, ordenados por prioridad.

⁹ Bastías Gabriel, Valdivia Gonzalo: *“Reforma de Salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías en salud (GES). Su origen y evolución”*

2.3.2 Objetivos sanitarios para Chile

La formulación de objetivos sanitarios es el punto de partida del proceso de reforma sectorial, que tiene como objetivo el logro de las metas sanitarias propuestas para el año 2010. Es por esto que los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como el componente central para la elaboración de las políticas sanitarias. Nuestro país enfrenta actualmente los siguientes desafíos sanitarios fundamentales¹⁰:

1. Envejecimiento progresivo de la población, que trae como consecuencia una mayor carga de enfermedades, de alto costo de atención médica.
2. Desigualdades en la situación de salud de la población, que se traducen en una brecha sanitaria existente entre los grupos de población de acuerdo al nivel socioeconómico.
3. Dar respuesta adecuada a las expectativas de los chilenos y chilenas con respecto al sistema de salud.
4. Dar solución a los problemas de salud pendientes y conservar los logros sanitarios alcanzados.

Todos estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la estructura de éstos como en la forma de entregarlos, teniendo que adaptarlos a los requerimientos técnicos sanitarios y a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes e informados sobre sus derechos.

De estos desafíos proceden los cuatro objetivos sanitarios para la década 2000-2010:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
3. Disminuir las desigualdades observadas.
4. Prestar servicios de salud acordes a las expectativas de la población.

¹⁰ Bastías Gabriel, Valdivia Gonzalo: *"Reforma de Salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías en salud (GES). Su origen y evolución"*

2.3.3 Garantías explícitas en salud (GES)

Las Garantías Explícitas de Salud corresponden a los derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones a los problemas de salud incluidos en el Régimen GES. Estas garantías se orientan fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar la entrega de las prestaciones de salud contempladas en GES, garantizadas a los beneficiarios.
- Garantía Explícita de Calidad: entrega de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado.
- Garantía Explícita de Oportunidad: se refiere al plazo máximo para la entrega de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones determinadas.
- Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos. No obstante, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B de FONASA y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D de FONASA.

2.3.4 Evolución del Régimen GES

La definición de los problemas a incluir en GES, se basó en un método de priorización, que consideró criterios de magnitud, trascendencia, mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios y vulnerabilidad. Además de esto, se consideraron elementos como Carga Financiera y Suficiencia de la Oferta.

A partir de esto, se definieron los primeros 25 problemas de salud (período 2005-2006) Actualmente, hay un total 56 problemas de salud incluidos en GES, que corresponden a los siguientes:

1. Insuficiencia renal crónica terminal.
2. Cáncer infantil, en menores de 15 años.

3. Infarto agudo del miocardio.
4. Cáncer cervicouterino.
5. Cáncer de mama, en mayores de 15 años.
6. Cáncer testicular, en mayores de 15 años.
7. Linfoma en adultos.
8. Fisura labio palatina.
9. Disrrafías espinales (Espina bífida) operables, abiertas y cerradas.
10. Cardiopatías congénitas operables.
11. Alivio del dolor y cuidados paliativos del cáncer terminal.
12. Diabetes Mellitus Tipo I.
13. Diabetes Mellitus Tipo II.
14. Esquizofrenia.
15. Cataratas en mayores de 15 años.
16. Artrosis de cadera que requiere cirugía con prótesis, en adultos de 65 años o más.
17. Escoliosis que requiere cirugía, en menores de 25 años.
18. VIH / SIDA.
19. Infección respiratoria aguda, en menores de 5 años.
20. Neumonía, en mayores de 65 años.
21. Hipertensión arterial, en mayores de 15 años.
22. Epilepsia, para niños menores de 15 años.
23. Salud oral integral para niños de 6 años.
24. Prematurez.

25. Trastornos de la conducción (ciertas arritmias): marcapaso en mayores de 15 años.
26. Colectomía. Extracción de la Vesícula en adultos de 35 a 49 años con síntomas.
27. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en sintomáticos.
28. Cáncer de próstata, en personas de 15 años y más.
29. Cáncer gástrico, en personas de 40 años y más.
30. Estrabismo en menores de 9 años.
31. Retinopatía Diabética.
32. Desprendimiento de retina.
33. Vicios de refracción oculares, para personas de 65 años y más.
34. Hemofilia.
35. Depresión, en personas de 15 años y más.
36. Accidente cerebro vascular, en personas de 15 años y más.
37. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.
39. Asma bronquial moderada y severa, en personas de 15 años o menos.
40. Artículos de apoyo (andadores, bastones), para personas de 65 años y más.
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de caderas y /o rodillas, leve o moderada.
42. Hemorragias subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales.
43. Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
44. Tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar.

45. Leucemia en personas de 15 años y más: I. Leucemia Aguda II. Leucemia Crónica
46. Urgencia Odontológica ambulatoria.
47. Salud oral del adulto de 60 años.
48. Politraumatizado grave.
49. Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico moderado o grave.
50. Trauma ocular grave.
51. Fibrosis Quística.
52. Artritis Reumatoide.
53. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
54. Analgesia del parto.
55. Gran quemado.
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más, que requieren uso de audífono.

Del total de patologías incluidas hasta la fecha en GES, se encuentra la Prevención del Parto Prematuro. Las guías clínicas, de las patologías incorporadas en GES, están destinadas a orientar a los equipos clínicos del sistema de salud para mejorar el manejo de los problemas, y están sujetas a variaciones que podrán aconsejar la modificación de estas recomendaciones en cualquier momento.

La Guía Clínica de Prevención del Parto Prematuro, orienta con respecto a las intervenciones, manejo y tratamiento recomendados para las gestantes con síntoma de Parto Prematuro, con Trabajo de Parto Prematuro y con Rotura Prematura de membranas, en los distintos niveles de atención en salud.

2.4 Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro, Minsal año 2005.

En Chile, el Ministerio de Salud en el año 2005, publica dentro de la lista de las patologías GES, “La Prevención del Parto Prematuro”. Esto, producto de los antecedentes en nuestro país y el mundo, en relación a la cifra de partos prematuros, que varía en ese año entre un 5 y 12% de los partos¹¹. Siendo la prematuridad la primera causa de morbi mortalidad neonatal, asociada en ciertos casos a secuelas de largo plazo.

El objetivo principal de esta Guía Clínica, se enfoca a “*Entregar las recomendaciones que permitan la adecuada prevención y diagnóstico, que permita reducir su incidencia, especialmente la de los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (< 1500grs), su morbimortalidad neonatal asociada y las secuelas*”¹².

Es así, que una conducción oportuna en gestantes de riesgo para un parto pretérmino, permitiría un plazo en el nacimiento del feto y la mejora de sus condiciones una vez nacido.

La Guía Clínica define al recién nacido de pretérmino o prematuro, como aquel que nace antes de completar las 37 semanas de gestación, debido a fenómenos fisiopatológicos como: infecciosos, isquémicos, mecánicos, alérgicos e inmunes; manifestándose en contracciones uterinas y finalmente desencadenando el parto prematuro. Además, de manera operativa define al Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo, refiriéndose al niño que nace entre las 22 y 32 semanas de gestación., ya que en ellos radicaría el mayor riesgo perinatal.

Patologías incorporadas

Es necesario también, identificar patologías o sinónimos de ellas, que se designan en la terminología médica habitual y que se encuentran incorporadas en la Guía Clínica para el Parto Prematuro.

¹¹ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

¹² MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

Estas patologías son¹³:

- Infecciones Genito-urinarias durante la gestación
- Gestación Múltiple
- Asistencia en condiciones de hipoxia fetal
- Asistencia por insuficiencia de crecimiento fetal
- Rotura Prematura de Membranas
- Placenta Previa
- Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Parto Pretérmino Previo hasta 35 semanas de Edad Gestacional
- Metrorragia después de 12 semanas de gestación
- Anomalía Morfológica Uterina
- Cono Cervical
- Un aborto segundo trimestre
- Dos abortos primer trimestre
- Polihidroamnios
- Irritabilidad Uterina
- Cualquier otro antecedente clínico de Parto Prematuro en la historia.
- Cualquier síntoma de Parto Prematuro en Embarazo Actual.

2.4.1 Garantías Explícitas

Con respecto a las Garantías Explícitas que se aseguran en esta Guía, se especifican: Acceso, Oportunidad y Protección financiera. Las dos primeras serán detalladas en el presente contenido, sin embargo la Protección Financiera y lo que respecta a plazos, será excluido de este texto.

Garantías de Acceso

Beneficiarias gestantes con Factores de Riesgo de Parto Prematuro en antecedentes clínico y/o Síntomas de Parto Prematuro en embarazo actual.

¹³ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

Garantías de Oportunidad:

Diagnóstico:

- Gestantes con Factores de Riesgo de Parto Prematuro:

Consulta con especialista dentro de 14 días, desde derivación.

Embarazadas con síntomas de Parto Prematuro:

- Hospitalización dentro de 6 horas desde derivación.

Tratamiento: Inicio dentro de 2 horas desde confirmación diagnóstica.

2.4.2 Criterios de inclusión e intervenciones recomendadas para el diagnóstico.

La población objetivo y el diagnóstico de ella, es de acuerdo a los criterios de de riesgo o progresión de la enfermedad, específicamente¹⁴:

I. Población general: Son todas las gestantes sin criterios de riesgo.

II. Población de riesgo de Parto Prematuro:

Embarazo actual

- Infecciones Genito-urinarias durante la gestación
- Gestación Múltiple actual
- Metrorragia segunda mitad del embarazo
- Polihidroamnios

Embarazo previo

- Parto Pretérmino Previo hasta 35 semanas de Edad Gestacional
- Antecedentes de Isquemia Placentaria
- Antecedentes de RPM
- Antecedentes de Incompetencia Cervical.

Estos antecedentes deben ser hallados en la anamnesis del primer control prenatal (idealmente antes de las 12 semanas de gestación), si la gestante presenta los criterios, queda incorporada a este grupo.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

- III. Síntomas de Parto Prematuro: Contracciones uterinas, al menos 3 en 30 minutos, durante una hora de observación clínica y/o registro electrónico, con o sin cambios cervicales (borramiento de un 50% ó dilatación cervical mayor a 1 cm.).

Para Confirmar la sospecha la gestante debe ser observada por dos horas más. Si el diagnóstico es falso, debe seguir su control en el nivel asistencial que le corresponde.

- IV. Trabajo de Parto Prematuro: Contracciones uterinas de pretérmino persistentes, más dilatación cervical igual o mayor a 3 cm.
- V. Rotura Prematura de Membranas: De acuerdo a la edad gestacional (menor de 37) y antes del inicio de trabajo de parto.

La confirmación del diagnóstico será en base a: el relato de la gestante, (que detalle la pérdida abundante de líquido por los genitales con olor característico, asociado o no a sangre), al examen obstétrico (la fácil palpación de las partes fetales), mediante especuloscopia (se observa la salida de líquido amniótico por el orificio cervical externo) y/o a través de exámenes de laboratorio (Test de Nitrazina: pH básico y Test de Cristalización: presencia de helechos).

2.4.3 Intervenciones recomendadas para el manejo del Parto Prematuro.

Las estrategias que entrega la Guía Clínica, se clasifican en tres etapas (no niveles de salud):

- I. Intervenciones para la prevención primaria.
- II. Intervenciones para la prevención secundaria.
- III. Intervenciones para la prevención terciaria.

2.4.4 Intervenciones para la prevención primaria.

Estas intervenciones están propuestas para la población de riesgo que especifican los criterios de inclusión, será proporcionada por aquellos profesionales que trabajen tanto en el nivel primario de atención, como en atención secundaria.

Población General

En toda gestante, en su primer control prenatal, debe realizarse la **Búsqueda de Criterios de Riesgo**, tanto de la gestación actual, como de alguna gestación previa.

Si la gestante cabe dentro de la Población de Riesgo (ya descrita), debe ser derivada al nivel secundario de atención (Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico).

Si la gestante no presenta criterios de riesgo, seguirá en control en atención primaria de salud.

Además se deberá realizar la **Búsqueda de infección del tracto urinario**, mediante Urocultivo.

En caso de presentar un diagnóstico de infección de las vías urinarias, deberá ser tratada en el mismo nivel de atención primaria con Nitrofurantoína 100 mg cada 8 horas por diez días y corregido según antibiograma (en caso de resistencia microbiana)¹⁵.

La antibioticoterapia en gestantes con diagnóstico de infección urinaria, reduciría la probabilidad de un parto prematuro. Esto se explicaría (en estudios aleatorios), debido a la disminución en el riesgo de Pielonefritis Aguda o a la colonización del tracto vaginal proveniente de la infección subyacente¹⁶.

Población de Riesgo:

En nivel secundario de atención, debe ser atendida por especialista, quien evaluará el riesgo en la gestación actual. Posteriormente, la gestante deberá ser citada entre las 20 y 24 semanas de gestación, para la realización de:

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

¹⁶ Fernando Althabe y cols. "El Parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos". Revista Panamericana de salud Pública. Vol 5 n°6. Washington June 1999.

Búsqueda de Vaginosis Bacteriana:

La Vaginosis Bacteriana, una proliferación polimicrobial de bacterias (en su mayoría anaerobias), ha sido asociada con un riesgo de parto prematuro espontáneo¹⁷.

La Guía especifica la búsqueda mediante:

- Toma de muestra cérvico-vaginal: Análisis con medición de pH, y Reacción de KOH.
- Visualización directa: Flujo vaginal sugerente de infección.

Según resultado corresponderá tratamiento con Metronidazol 2 gr. por una sola vez o 500mg cada 8 horas durante cinco días, por vía oral.

Medición del cuello con Ultrasonido:

La cervicometría identifica a las usuarias con disfunción cervical o incompetencia del cuello uterino¹⁸, siendo un predictor ultrasonográfico. Es más, el acortamiento cervical (< 20mm), en usuarias sintomáticas, se asocia con un riesgo significativo de parto prematuro menor e igual a 35 semanas de gestación y dentro de 7 días de ingresadas. Lo que ayuda a distinguir a usuarias en riesgo, con el fin de concentrar esfuerzos en este grupo¹⁹.

Según la Guía Clínica, para la población chilena la longitud del cuello uterino óptima corresponde a 25 mm, además se especifica que esta medida, será el punto de corte correspondiente al percentil 5, para así decidir el manejo.

Con respecto al Cerclaje cervical:

En los casos donde la cervicometría sea menor al percentil 5 y tenga una gestación menor de 20 semanas, se realizará Cerclaje.

¹⁷ Robert L. Goldenberg y cols. "Prevención del Parto Prematuro". The New England Journal of Medicine. Volumen 339 n°5. Massachussets Medical Society 1998.

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

¹⁹ Pablo Torres y cols. "Longitud del canal cervical uterino como factor de riesgo de Parto Prematuro en pacientes sintomáticas". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2008; 73(5): 330-336.

En el caso de que la gestación sea mayor de 20 semanas, tendrá control en 14 días, donde se realizará nuevamente una cervicometría y si ésta se ve disminuida en 8mm (disminución del percentil) se procederá a cerclaje y/o control seriado para vaginosis bacteriana. En el caso que al control de los 14 días, la cervicometría se encuentre en el mismo percentil o haya aumentado, continuará en control en atención primaria²⁰.

Los estudios con respecto al Cerclaje han sido variados en sus resultados, unos han mostrado beneficios en mujeres con diagnóstico de incompetencia que presentaron antecedentes de 3 o más partos de pretérmino²¹.

Doppler de Arterias Uterinas:

Esta técnica ayuda a la detección de isquemia útero-placentaria, la cual puede expresarse en un parto prematuro idiopático de etiología isquémica.

Diversos trabajos sugieren la comparación entre el flujo de la arteria uterina y umbilical, entre las 25 y 36 semanas, lo que permite pronosticar el mayor riesgo de parto prematuro cuando se observa un aumento no controlado del índice de resistencia de la arteria uterina con un flujo normal en la arteria umbilical²².

Este procedimiento deberá ser realizado entre las 20 y 24 semanas de gestación, por vía transvaginal. El valor que determinará el riesgo será sobre el percentil 95 del Índice de Pulsatilidad (IP>1.54).

En aquellos casos, donde este procedimiento resulte alterado, las gestantes seguirán en control en nivel secundario, para seguimiento seriado de crecimiento fetal y longitud cervical con ecotomografía obstétrica y Doppler de arterias uterinas, si amerita el caso un Doppler de arteria umbilical²³.

²⁰ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

²¹ Cristina Latorra y cols. Guía de Prácticas Clínicas. Amenaza de Parto Prematuro. Revista del Hospital Médico Infantil Ramón Sardá 2003. Año/vol. 22, nº 001. Buenos Aires, Argentina.

²² Paul L. Allan y cols. "Ecografía Doppler clínica". Ed. Elsevier. Pág. 267-268. España 2002.

²³ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

2.4.6 Intervenciones para la Prevención Secundaria

Corresponden a las estrategias que se aplican a usuarias que presentan trabajo de parto prematuro o rotura prematura de membranas, las cuáles deberán ser enviadas antes de 6 horas de formulado el diagnóstico al centro de referencia definido en la Red Asistencial.

A continuación describiremos cada una de estas estrategias.

Reposo en cama:

A través del tiempo han aparecido numerosos avances científicos y médicos, sin embargo la incidencia del parto prematuro se mantiene constante. Una de las medidas que se lleva a cabo para evitar el parto prematuro, y que es la más común, es el reposo en cama. Sin embargo esta indicación no está respaldada por ninguna evidencia científica.

El fin del reposo en cama se basa en la observación directa del trabajo y de la actividad física regular e intensa que la usuaria frecuente en su vida diaria. (Laurel 1985; Teitelman 1990). Otro autor, Goldemberg, en el año 1994 fundamentó que el reposo es una forma de reducir la actividad uterina.

El reposo debe ser en decúbito lateral izquierdo, esto permite un aumento de la perfusión uterina, disminución de la contractilidad uterina y aumento en el peso fetal. Actualmente no existen estudios que avalen que el reposo en cama sea una medida beneficiosa para la prevención del parto prematuro. Informes publicados en la Biblioteca de salud Reproductiva de la OMS dicen que no se pueden recomendar ni rechazar tal indicación por su escasa evidencia significativa.

El reposo en cama, siendo una medida frecuente ante un SPP, puede desencadenar efectos adversos tales como trombosis venosa (Kovacevich 2000), atrofia muscular, trastornos músculo-esqueléticos (Maloni 2000), trastornos cardiovasculares (Maloni 1993- Gupton 1997) y pérdida de peso materna (Maloni 2003). También existen factores psicosociales que afectan directamente a la gestante y su familia, sin dejar de lado los costos monetarios que esto significa.

El reposo en cama sigue y seguirá siendo una medida preventiva a pesar de las insuficientes evaluaciones y estudios al respecto que comprometen la validación de esta acción.

Hidratación:

La hidratación oral o endovenosa es también una de las medidas más frecuentes para prevenir el parto prematuro.

La hidratación puede disminuir la contractilidad aumentando el flujo sanguíneo uterino, ya que las mujeres con parto prematuro poseen menor cantidad de líquido en su circulación, y también mediante una disminución de la secreción pituitaria de la hormona antiurética, la cual suprime también la secreción de la oxitocina. Según esta teoría el agente causal del parto prematuro sería la oxitocina hipofisiaria.

Además, hay que considerar que esta medida puede asociarse con una mayor incidencia de edema agudo de pulmón, secundaria a sobrehidratación.

Hoy en día los estudios que evalúan la eficacia de esta medida, no han podido demostrar que la hidratación materna sea beneficiosa como tratamiento de parto prematuro.

Cervicometría:

La cervicometría consiste en la exploración ecográfica vía transvaginal del cérvix, cuyo objetivo es la observación y medición directa del cuello uterino. Ahora bien, al ser las contracciones uterinas un método diagnóstico inespecífico, y el tacto vaginal inexacto, el valor que adquiere la cervicometría en este aspecto es de suma importancia, ya que produce un aumento en la sensibilidad diagnóstica de trabajo de parto prematuro.

El cuello uterino de una mujer no grávida mide de tres a cuatro centímetros, siendo semejante en una gestante, donde su promedio varía entre los 3,5 centímetros y va disminuyendo según avanza el embarazo. En una gestante que se encuentra con síntoma de parto prematuro, la modificación cervical se inicia con un borramiento desde el orificio cervical interno. Según la Guía Clínica el punto de corte es el percentil 5, que para la población chilena corresponde a 25mm. (Gómez, 2003).

Según un artículo publicado el año 2002, se realizó en 40 mujeres, con edades gestacionales entre las 16 y 28 semanas, un estudio de cuello uterino. Estas mujeres se

dividieron en tres grupos: pacientes con antecedentes de riesgo, sin antecedentes de riesgo y sin sintomatología de dolor y contracciones. Del total, un 62,3 % presentó algún criterio de insuficiencia cervical al ultrasonido, por lo que se dio un tratamiento, ya sea médico o quirúrgico. Finalmente 12 mujeres tuvieron un parto prematuro, donde 11 tenían alguna alteración en el cuello (91,6%).

Para realizar un diagnóstico adecuado de trabajo de parto prematuro es importante considerar la edad gestacional en que se presenta, valorar las contracciones uterinas, y también las modificaciones cervicales, esta última se puede determinar a través del tacto vaginal y de la cervicometría, donde sin lugar a dudas la cervicometría es el procedimiento diagnóstico de mayor confiabilidad.

Determinar edad gestacional y establecer Diagnóstico:

El diagnóstico de la edad gestacional es primordial al momento de establecer intervenciones, lo cual puede determinarse según:

- Fecha de última regla confiable y segura
- Examen clínico: Altura uterina
- Aparición de movimientos fetales
- Diagnóstico Ultrasonográfico.
- Auscultación de latidos cardio fetales

El examen ultrasonográfico es el método más exacto para determinar la edad gestacional, el objetivo es obtener fecha de última regla (FUR) operacional y fecha probable de parto, la precisión del examen disminuye a medida que aumenta la edad gestacional, teniendo un margen de error de 3 a 5 días²⁴.

Para realizar un diagnóstico adecuado de trabajo de parto prematuro es importante considerar la edad gestacional en que se presenta, o sea antes de las 37 semanas cumplidas, valorar también las contracciones uterinas, ya sea por clínica y/o registro electrónico, y también valorar las condiciones cervicales, mediante tacto vaginal o ultrasonido, siendo este último el procedimiento de mayor confiabilidad para establecer el diagnóstico.

²⁴ Selving A & Fajllbrandt B, "Fronteras en Obstetricia y Ginecología". Julio 2003; pág.28.

Ahora bien, el diagnóstico de síntoma de parto prematuro está definido como: contracciones uterinas (3 en 30 minutos durante al menos una hora de observación clínica y/o registro electrónico), con o sin cambios cervicales, borramiento de más de un 50% ó dilatación cervical > 1 cm²⁵.

En tanto, el diagnóstico de trabajo de parto prematuro se define como contracciones uterinas persistentes asociadas a dilatación cervical igual o mayor de 3 cm. antes de las 37 semanas.²⁶

Corticoides:

En 1972, Liggins y Howie, en Nueva Zelanda, llevaron a la práctica obstétrica lo que conocemos hoy en día como la terapia corticoidal antenatal.

La terapia antenatal, como intervención en la inducción de la madurez pulmonar fetal, ha sido una de las acciones más significativas, disminuyendo de forma importante la morbimortalidad perinatal. Esto sobre todo porque ha reducido considerablemente la incidencia del Síndrome de Distrés Respiratorio en recién nacidos de pretérmino, lo cual es fundamental, ya que esta última es una de las complicaciones más frecuentes de estos recién nacidos.

Esta terapia corticoidal se usa para ayudar a la maduración de múltiples órganos y sistemas, principalmente el pulmón fetal. En este último aceleran el desarrollo morfológico de los neumocitos tipo I y II. A su vez, regulan las enzimas que se encuentran en los neumocitos tipo II, estimulando así la síntesis de fosfolípidos y liberación de surfactante, que es un agente tensoactivo, que mantiene la tensión superficial al nivel alveolar.

Dentro de los efectos fisiológicos de los corticoides en el pulmón en desarrollo ²⁷ se pueden afirmar los siguientes:

- Aumento de surfactante endógeno

²⁵ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

²⁶ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

²⁷ M.P. Bahillo Curieses, J.L. Fernández calvo, P. Mora Cepeda "Corticoides antenatales en la amenaza de parto prematuro". Bol pediatr 2003; 43: 267-271

- Aumento de compliance y capacidad pulmonar total
- Disminución de permeabilidad capilar
- Maduración de estructuras parenquimatosas
- Mejor reabsorción de líquido pulmonar
- Potenciar la respuesta al surfactante exógeno

La terapia corticoidal se utiliza entre las 24 y 34 semanas de gestación ante una amenaza de parto prematuro y frente a complicaciones como ²⁸ : rotura prematura de membranas, diabetes mellitus, preeclampsia, metrorragia de tercer trimestre, sufrimiento fetal crónico e insoinmunización. Sobre las 34 semanas no está indicada su administración, con excepción de existir inmadurez pulmonar documentada.

Básicamente se emplean dos tipos de corticoides: la betametasona y la dexametasona., ambos cruzan la placenta fácilmente en sus formas activas. Si se utiliza betametasona, serán 12 mg., vía intramuscular, cada 24 hrs., por dos dosis. En el caso de usar dexametasona, serán 6 mg., vía intramuscular, cada 12 hrs., por cuatro dosis. ²⁹

La duración de sus efectos terapéuticos es a partir de las 24 hrs. administrada la terapia hasta siete días post tratamiento.

Con respecto a los efectos benéficos para el feto, podemos encontrar una disminución de ³⁰ :

- La mortalidad neonatal
- Síndrome de Distrés respiratorio
- Incidencia de hemorragia intraventricular
- El riesgo de daño de la sustancia blanca cerebral
- La incidencia de enterocolitis necrotizante y persistencia de ductus arterioso

De acuerdo a los ciclos en que deben ser administrados los corticoides, se recomienda la utilización de un ciclo único. Además, la administración de múltiples ciclos no disminuye significativamente la mortalidad neonatal y se ha relacionado con un

²⁸ National institute of health (ee.uu.) *"Efectos de los corticoides en la maduración fetal y la evolución perinatal"*.

²⁹ Ministerio de salud. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

³⁰ M.P. Bahillo Curieses, J.L. Fernández calvo, P. Mora Cepeda *"Corticoides antenatales en la amenaza de parto prematuro"*. Bol pediatr 2003; 43: 267-271

aumento de enterocolitis necrotizante, sepsis, hemorragia intraventricular, miocardiopatía hipertrófica, supresión de ACTH fetal y probablemente afectación del crecimiento fetal y de su desarrollo cerebral.³¹

Tocolíticos

Los fármacos tocolíticos se usan con el fin de disminuir las contracciones uterinas, y por ende poder prolongar el embarazo, reduciendo así la mortalidad perinatal. Antes de su administración debe existir un diagnóstico confirmado de amenaza de parto prematuro.

El tratamiento tocolítico puede prolongar la gestación por un período de 24 a 48 horas, siendo este un período de vital importancia, ya que permite preparar al equipo de salud ante la llegada de un recién nacido prematuro, o bien, permite realizar un traslado oportuno a un centro de mayor complejidad. También durante este intervalo de tiempo se debe administrar siempre la terapia corticoidal.

Según la Guía Clínica, los tocolíticos deben ser usados en gestaciones menores a 35 semanas, éstos deben ser suspendidos si la dilatación cervical progresa a 4 cm., o bien teniendo una dilatación inicial de 4 cm., ésta progresa a más de seis.

Sin embargo, existen contraindicaciones tanto absolutas como relativas para continuar un embarazo, las cuales son:

Contraindicaciones Absolutas

1. RPM con sospecha o evidencia de infección
2. Placenta previa con hemorragia importante
3. Desprendimiento prematuro de placenta
4. Diabetes no estabilizada de difícil manejo o vasculopatía grave
5. Nefropatía crónica en evolución
6. Malformaciones congénitas graves
7. Feto muerto
8. Dilatación mayor de 6 cm

³¹ M.P. Bahillo Curieses, J.L. Fernández calvo, P. Mora Cepeda "Corticoides antenatales en la amenaza de parto prematuro". Bol pediatr 2003; 43: 267-271

9. Arritmia cardíaca o cardiopatía no compensada
10. Hipertermia sin causa aparente
11. Hipertiroidismo

Contraindicaciones Relativas

1. Trabajo de parto con más de 4 cm de dilatación
2. HTA grave
3. Preeclampsia grave y eclampsia
4. Eritroblastosis fetal grave
5. RCIU y sufrimiento fetal crónico

Dentro de los fármacos tocolíticos encontramos los agonistas beta adrenérgicos, los bloqueadores de los canales de calcio, sulfato de magnesio, inhibidores de la síntesis de prostaglandinas y agonistas de oxitocina.

A. Betamiméticos o Agonistas B-adrenérgicos

Dentro de este grupo encontramos Isoxuprina, etiladrianol, orciprenalina, salbutamol, terbutolina, ritodrina, fenoterol.

Actúan fundamentalmente a nivel de los receptores B-2 adrenérgicos en el músculo liso del útero, aumentando el AMPc³² y disminuyendo el calcio libre, provocando la inhibición de la contracción muscular.

Dentro de los efectos adversos maternos encontramos: taquicardia, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias e isquemia, retención de sodio, hipokalemia y dentro de los efectos adversos fetales destacan: arritmias, isquemia de miocardio, hidropesía fetal, insuficiencia cardíaca congestiva, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, e hiperinsulinismo.

³² AMPcíclico: Adenosina-monofosfato cíclico. Nucleótido que se encuentra en el ARN celular, funciona como segundo mensajero en procesos biológicos.

Contraindicaciones:

- Cardiopatía.
- Diabetes mal controlada: riesgo de hiperglicemia y cetoacidosis.
- Preeclampsia-eclampsia severa.
- Hipertiroidismo.
- Hemorragia preparto.
- Preeclampsia grave o eclampsia y/o hipertensión arterial
- Corioamnionitis
- Hipertensión pulmonar
- Anemia severa

Como tratamiento tocolítico se administra Ritodrina 50 µg/min en solución de dextrosa al 5% incrementando cada 20 minutos con una infusión máxima de 350 µg/min. Ya después de haber frenado las contracciones la infusión se mantiene por 60 minutos, disminuyendo gradualmente la dosis en 50 microg/min, cada 30 minutos, hasta obtener la dosis efectiva más baja, luego continuar por 12 horas. La Ritodrina es el único fármaco aceptado por la FDA y puede prolongar el embarazo 48 hrs. permitiendo así la administración de la terapia corticoidal antenatal.

Si por otra parte se administra Fenoterol, éste será con una dosis inicial de 1 a 2 mcg/min, aumentando la dosis en 0,5 g/min cada 30 minutos hasta que cesen las contracciones uterinas, siendo la dosis máxima de 4 mcg/min. Una vez que cesen las contracciones uterinas, se mantendrá la dosis efectiva durante 12 hrs., disminuyendo gradualmente la dosis hasta 1 - 0,5 microg/min

B. Bloqueadores de los canales de calcio

Impiden el ingreso del calcio a través de la membrana de la célula muscular, disminuyendo también la actividad contráctil del útero. Puede prolongar el embarazo a 48 hrs.

Dentro de los efectos adversos maternos se encuentran: vasodilatación e hiperemia facial, cefalea, náuseas, hepatotoxicidad, bloqueo neuromuscular cuando se utiliza concomitantemente con sulfato de magnesio. (No se recomienda el uso concomitante con sulfato de magnesio). Respecto a los efectos adversos en recién nacidos se encuentra la hipotonía.

Contraindicaciones:

- Enfermedad hepática materna
- Estenosis aórtica
- Hipotensión

Como tratamiento tocolítico se administra Nifedipino, 10 mg. (1 cápsula), vía oral, cada 20 minutos, por tres veces. Luego se administra cada 6 horas, hasta el cese de las contracciones.

C. Sulfato de Magnesio

Es uno de los tratamientos de primera elección para prevenir el parto prematuro. Como mecanismo de acción se ha sugerido que el magnesio compite con el calcio en la membrana celular, disminuyendo así las concentraciones de calcio intracelular y por ende las contracciones uterinas.

Con respecto a los efectos adversos maternos encontramos: hipotensión transitoria, bochornos, hipercalciuria, y dentro de los efectos adversos fetales se ha encontrado una disminución de la peristalsis, somnolencia, depresión respiratoria, hipotonía.

Contraindicaciones:

- Miastenia gravis
- Falla renal severa
- Hipocalcemia

Como tratamiento tocolítico se administran 4 gr en 250 ml. de suero glucosado al 5% como dosis inicial en 15 a 30 minutos y se continúa con una dosis de mantenimiento de 2 gr/hora. Se puede incrementar la dosis a razón de 1 g/hora cada 30 minutos, hasta atenuar las contracciones. La dosis máxima es de 4 a 5 g/hora. Una vez controlada la actividad uterina como mínimo durante una hora, se debe disminuir lentamente la dosis a razón de 1 g/hora cada 30 minutos, hasta llegar a la dosis eficaz mínima posible, manteniendo la aplicación durante 12 a 24 horas.

Es importante que mientras se administre este fármaco haya una monitorización de diuresis (>30 ml/hr), reflejos osteotendinosos (los cuales no deben desaparecer) y de la frecuencia respiratoria (15 o más por minuto).

Tratamiento en caso de intoxicación: Gluconato de calcio (1 g IV).

D. Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas

Estos fármacos disminuyen la síntesis de prostaglandinas, inhibiendo la enzima ciclooxigenasa, provocando así una reducción significativa de la contractilidad uterina.

Dentro de los efectos adversos maternos se distinguen: alteración en la función renal, epigastralgia, náuseas, edema pulmonar. Sobre el feto se describe un cierre prematuro del ductus arterioso y oligoamnios severo.

Contraindicaciones:

- Enfermedad coronaria y HTA mal controlada
- Úlcera péptica
- Disfunción hepatocelular
- Alteraciones hematológicas (alteraciones de la coagulación).
- Insuficiencia renal
- RCIU
- Corioamnionitis
- Oligoamnios

- Cardiopatías dependientes del ductus y transfusión fetofetal.
- Sospecha de anomalía renal fetal.

Como tratamiento tocolítico se utiliza Indometacina 100 mg rectal c/24 hrs. por tres días; ó 25 mg oral c/6 hrs. por tres días, ó 50 mg vía oral, que pueden repetirse en 1 hora si no hay cese en la actividad contráctil uterina.

Este fármaco se utiliza hasta las 31 semanas, para así reducir la incidencia de cierre prematuro de ductus arterioso. También se han observado alteraciones hemodinámicas principalmente al nivel del riñón, provocando así oligoamnios severo. Por esto, su administración más allá de las 32 semanas, no se recomienda.

E. Antagonistas de oxitocina

Este tipo de fármaco inhibe los receptores de oxitocina en la membrana endometrial. Esto, ya que compite con la oxitocina para unirse a dichos receptores. Dentro de los efectos adversos se describen: náuseas, cefalea, vómito, astralgia, dolor torácico. En el feto no se han descrito factores adversos.

Como tratamiento tocolítico se encuentra el Atosiban, el cual es un medicamento nuevo y costoso. Posee mayor especificidad que los betamiméticos y a la vez produce menores efectos adversos maternos.

Se administra en forma de bolo IV de 6.75 mg seguido inmediatamente por 300 µg/min en infusión IV por 3 horas y luego 100 µg/min por más de 45 hrs.

2.5 Manejo en Rotura Prematura de Membranas según Guía Clínica Ges para Parto Prematuro

2.5.1 Uso de Antibióticoterapia como medida profiláctica en RPM

El uso de antibióticos como medida profiláctica en una Rotura Prematura de Membranas es una acción de rutina como medida preventiva de infecciones ovulares.

Los antibióticos mayormente utilizados son los del tipo penicilina (betalactámicos) considerando sus derivados tales como: Ampicilina, Amoxicilina, Ampicilina-Sulbactam, eritromicina, o cefalosporinas tipo (cefazolina, cefoxitina), gentamicina y clindamicina. Considerando que el grupo de estreptococo del grupo B y micoplasmas son los agentes causales más comunes de corioamnionitis, esta terapia debe usarse combinada. Las vías de administración dependerán del tiempo y dosis a utilizar. Una terapia endovenosa de 48 horas, parece ser más efectiva que una terapia oral por 7 días.

El protocolo de administración de antibióticos en pacientes con Rotura Prematura de Membranas de pretérmino de puede resumir en la siguiente tabla, según guía perinatal MINSAL.

Nº Día	Medicamento	Vía	Dosis	Frecuencia.
1	Ampicilina + Eritromicina	Endovenosa	1-2 grs. 250-500 mg	Cada 6 hrs.
2	Ampicilina + Eritromicina	Endovenosa	1-2 grs. 250-500 mg	Cada 6 hrs.
3	Ampicilina + Eritromicina	Oral	500 250-500 mg	Cada 8 hrs.
4	Ampicilina + Eritromicina	Oral	500 250-500 mg	Cada 8 hrs.
5	Ampicilina + Eritromicina	Oral	500 250-500 mg	Cada 8 hrs.
6	Ampicilina + Eritromicina	Oral	500 250-500 mg	Cada 8 hrs.

7	Ampicilina + Eritromicina	Oral	500 250-500 mg	Cada 8 hrs.
---	------------------------------	------	-------------------	-------------

2.5.2 Uso antibióticoterapia en gestantes con corioamnionitis diagnosticada³³

En el caso de corioamnionitis diagnosticada el manejo a seguir es el tratamiento antibiótico parenteral la cual corresponde a:

- Penicilina sódica (4 a 5 mill U ev cada 6 horas)

En casos de complicación del cuadro en relación a sintomatología y parámetros sanguíneos el tratamiento es complementado con Gentamicina (60-80 mg) e.v cada 8 horas.

En forma alternativa se administra:

- Ampicilina (1 g ev cada 6 h)
- Gentamicina (60-80 mg ev cada 8 h)
- En casos de antecedente de alergia a penicilina se utiliza eritromicina 1 gr. ev cada 6 horas.

La terapia antibiótica se inicia al momento del diagnóstico, aun cuando no se haya resuelto el parto, y se mantiene en el postparto utilizando la vía parenteral hasta que la usuaria se encuentre afebril. Posteriormente se utiliza la vía oral o intramuscular, completando 10 días de tratamiento.

En un estudio realizado por la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, prospectivo y randomizado en embarazadas con diagnóstico de corioamnionitis durante el trabajo de parto, aplicado a 292 gestantes que presentaban sintomatología, se aplicó una sola dosis de 2 g de ampicilina y 1,5 mg/Kg. de gentamicina en el postparto (grupo estudio que correspondía a 151 usuarias) y a las 141 usuarias pertenecientes al grupo control, se demostró que no hubo diferencias en relación a complicaciones infecciosas ni de alguna otra índole.

³³ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

2.5.3 Manejo RPM³⁴

El manejo de gestantes con RPM describe las siguientes acciones, independiente de Edad gestacional:

- Reposo relativo
- Control de signos vitales y obstétricos cada 6 horas
- Hemograma semanal o bisemanal.
- Leucocitos cada 48 horas
- Perfil biofísico bisemanal.
- Fetometría cada 2 semanas
- Apósito genital estéril.
- Evitar tacto vaginal
- Cultivos cérvico-vaginales semanales
- Amniocentesis (AMCT) ante la sospecha de infección ovular

La utilización en años recientes de AMCT en pacientes con trabajo de parto prematuro y membranas íntegras, así como en pacientes con RPM, ha permitido conocer la microbiología asociada a los casos de corioamnionitis y detectar infección intramniótica en ausencia de signos clínicos de infección.

2.5.4 RPM en embarazos menores de 22 semanas

La conducta en este grupo es expectante, debido a que esta edad gestacional señala el límite que define aborto según la OMS. No existe en la literatura estudios específicos destinados al grupo de embarazos con RPM antes de las 22 semanas de gestación que permitan establecer la conducta ideal. Existen, sin embargo, algunas experiencias que evalúan, de modo retrospectivo, la conducta expectante en RPM en embarazos de pretérmino extremos.

Actualmente este manejo es el utilizado para usuarias con RPM antes de las 22 semanas, a la espera de la resolución natural de la situación o que esta desarrolle Corioamnionitis lo cual debiese manejarse según lo anteriormente señalado.

³⁴ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

La presencia de líquido amniótico normal en el examen ultrasonográfico, en este grupo de pacientes, debe plantear dudas del diagnóstico de RPM, y justifica aún más la conducta expectante.

2.5.5 RPM en embarazos menor a 26 semanas

En este grupo el mayor riesgo perinatal es la prematuridad y la probabilidad de madurez pulmonar al mínimo.

En el manejo de las usuarias en este rango de Edad Gestacional no se requiere de una AMCT rutinaria, sino sólo una conducta expectante, agregando entre las 24 y 26 semanas, maduración pulmonar corticoidal y antibióticos según manejo profiláctico, en ausencia de sintomatología.

2.5.6 RPM en embarazos entre 26 y 32 semanas

En este grupo está indicada la AMCT. La principal ventaja que tiene este procedimiento para este grupo es el diagnóstico de Infección Intra Amniótica y la posibilidad de tratamiento con el fin de conservar la conducta expectante.

Se ha demostrado beneficio en este rango de edad gestacional en el uso de corticoides (tratamiento único; no repetido a los 7 días) y antibióticos (durante 7 días).

La AMCT podría practicarse a su ingreso y con posterioridad al tratamiento corticoidal y antibiótico (sólo si el primer cultivo resultó positivo), o sólo luego de ese tratamiento.

Ante la imposibilidad de la realización de AMCT, se opta por una conducta expectante con el manejo intrahospitalario descrito, incluyendo corticoides y antibióticos.

En general estos dos últimos grupos son los que más se benefician de una conducta expectante para lograr viabilidad fetal.

2.5.7 RPM en embarazos entre 32 y 34 semanas

Dado que la sobrevivencia perinatal en este grupo supera el 90%, en estas usuarias debe plantearse la interrupción del embarazo si existe evidencia de madurez pulmonar fetal o de Infección Intra Amniótica.

Este grupo de rango de edad gestacional es beneficiada por la AMCT rutinaria. Si la evaluación del LA informa Infección Intra Amniótica de cualquier tipo se debe proceder a la interrupción de la gestación.

Las gestantes de este grupo, en las que se demuestra ausencia de madurez pulmonar fetal e Infección Intra Amniótica, son tratadas a través de un manejo expectante. Este manejo puede mantenerse hasta las 34 semanas cumplidas además de considerar la utilización de corticoides para inducción de madurez pulmonar y posterior a las 48 horas considerar la interrupción de la gestación.

Para la ejecución de estas acciones el diagnóstico de Edad Gestacional debe ser certero, en caso contrario las medidas son las siguientes:

- Hospitalización
- Reposo relativo
- Apósito genital estéril
- Laboratorio: Recuento de leucocitos maternos y examen ultra-sonográfico.
- Reevaluación en 24-48 hrs. para decidir alta o manejo como RPM

2.5.8 Criterios de interrupción de la gestación.

Un 70% de las gestantes con RPM de término estará en trabajo de parto espontáneo dentro de las 24 horas de haber roto las membranas, mientras que un 90% lo hará dentro de las 72 horas.

En gestantes sin trabajo de parto que tengan indicación de interrupción del embarazo se realizará inducción inmediata del parto.

La operación cesárea queda reservada para los casos con indicaciones obstétricas habituales:

- Muerte fetal
- Edad gestacional segura < 35 semanas
- Corioamnionitis clínica
- Confirmación bioquímica de madurez pulmonar fetal con feto > 32 semanas y estimación de peso fetal > 2.000 gramos
- Infección intra-amniótica asintomática demostrada, con feto > 31-32 semanas
- Deterioro de la unidad feto-placentaria
- Malformación fetal incompatible con la vida
- Metrorragia sugerente de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Enfermedad materna o fetal que se beneficie de la interrupción de la gestación.

2.5.9 Conductas de Manejo Expectante

Exámenes al ingreso

1. Cultivos vaginales y sedimento/cultivo de orina.

Tomar sedimento de orina y urocultivo.

Considerar cultivo para gonococo según signos o factores de riesgo. El cultivo para estreptococo grupo B es opcional, ya que toda paciente con RPM de pretérmino debe recibir antibióticoterapia profiláctica. Si al momento del parto la paciente está recibiendo antibióticoterapia profiláctica, no se requieren antibióticos adicionales. En pacientes que inician trabajo de parto una vez que se ha completado dicha profilaxis antibiótica, se aconseja repetir la profilaxis anti-estreptocócica durante el intraparto, dada la frecuente recolonización de pacientes que han suspendido el uso de antibióticos (hasta 70%).

2. Recuento de blancos y proteína C reactiva en sangre materna

Un recuento de leucocitos en sangre > 15.000 blancos por mm³ o una clara tendencia a la elevación, debe despertar la sospecha de una posible infección intra-amniótica. Similar interpretación debe darse a un incremento de la proteína C reactiva o de la velocidad de sedimentación globular. En general, estos tests en sangre periférica

deben usarse en conjunto con otros que aumenten su capacidad predictiva y en ningún caso, deben ser la única herramienta clínica para decidir la interrupción del embarazo.

3. Ultrasonido perinatal

La práctica rutinaria de la ecografía perinatal en gestantes con RPM de pretérmino proporciona información sobre bienestar fetal y diagnóstico, además de permitir evaluación del cérvix. La amniocentesis, es de utilidad para el diagnóstico de infección intrauterina subclínica y para evaluación de madurez pulmonar, queda reservada para los centros en que la amniocentesis constituye una práctica rutinaria.

2.5.10 Administración sistémica de medicamentos

La evidencia actual sugiere que la administración rutinaria de antibióticos en pacientes con RPM de pretérmino está asociada con una prolongación significativa del período de latencia (4-7 días).

2.5.11 Administración de profilaxis esteroideal para complicaciones de la prematuridad

Se utiliza el mismo esquema indicado para trabajo de parto prematuro (12 mg I.M x 2 dosis)

2.5.12 Uso de tocolíticos en RPM

Las usuarias con RPM que ingresan con trabajo de parto o que lo inician luego de haber permanecido sin actividad uterina, están frecuentemente afectadas por una infección intra-amniótica. Esta observación, sumada al hecho que los tocolíticos no modifican sustancialmente el resultado perinatal y que su uso prolongado puede incluso estar asociado con un aumento en la morbilidad infecciosa materna y neonatal, hace desaconsejable su uso rutinario en pacientes con RPM de pretérmino.

2.6 Rol de los procedimientos recomendados en la atención del Parto Prematuro por la Guía Clínica.

La guía clínica recomienda en la atención del parto pre-término monitorización fetal y anestesia peridural continua, el fin es disminuir los riesgos obstétricos y así no generar enfermedades neurológicas, producto de asfixias y/o traumatismos fetales.

La monitorización electrónica de frecuencia cardíaca fetal es un procedimiento de evaluación del bienestar fetal. Un trabajo de parto prematuro como de término, es una situación de estrés para el feto, al cual sumado la inmadurez de su centro regulador cardio-respiratorio, puede desencadenar procesos hipóxicos. Es así, que la vigilancia o monitorización se justificaría en un feto prematuro, ante una eventual descompensación.

Por otro parte, la anestesia peridural provoca cambios en las respuestas de estrés materno frente al dolor del trabajo de parto, permitiendo una buena relajación perineal y disminuyendo lesiones intracraneanas del RN prematuro.

2.7 Diagnóstico del Recién Nacido

Recién Nacido Prematuro (RNP) se define como aquel que tiene menos de 37 semanas, producto de un parto de pre-término.

El RN debe enfrentarse a la vida extrauterina, viéndose retado a cambios fisiológicos de adaptación, los que asociados a su condición de prematurez pueden desencadenar enfermedades e inclusive el fallecimiento del neonato. Es así, que nace la valoración del RN desde su primer segundo de vida y se conceptualiza como la atención neonatal inmediata.

La atención neonatal inmediata del recién nacido, de término (igual o mayor a 37 semanas) o prematuro, conforma un conjunto de acciones y procedimientos médicos y de enfermería que ayudan a la normal evolución del neonato.

Algunos objetivos de esta atención según las Guías nacionales de Neonatología del MINSAL año 2005:

- Detectar y evaluar el riesgo de adaptación cardio-respiratoria deficiente (depresión neonatal)
- Favorecer la termorregulación.
- Pesquisar oportunamente malformaciones congénitas u otras patologías.

Dentro de las acciones para evaluar al RN inmediato, se destaca el Test de APGAR, el cual es un método clínico objetivo de uso universal que fue elaborado en 1952 por la Dra. Virginia Apgar. Este, evalúa la adaptación a la vida extrauterina del RN al minuto de vida, a los cinco minutos y a los diez. Puede seguir en el tiempo, según sea el caso.

Valora cinco parámetros y le asigna un puntaje a cada uno de estos. En el siguiente cuadro se grafica la relación³⁵:

Signo / Puntaje	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	Menor de 100 lpm	Mayor de 100 lpm
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Débil – Irregular	Llanto vigoroso e intenso
Tono muscular	Flacidez total	Cierta flexión de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja	No hay repuesta	Discreta reacción, Mueca	Tos, estornudo o llanto
Color	Cianosis total, azulosa o pálido	Cuerpo rosado, extremidades cianóticas	Cuerpo rosado, Acrocianosis

La suma total será de 0 a 10 y cuantifica la condición del RN. Es útil para informar sobre el estado general y la respuesta a una posible reanimación neonatal. A continuación se detalla los rangos de la suma total:

- 7 – 10: RN en buenas condiciones

³⁵ Tapia José Luis y colaboradores, “Manual de Neonatología”, Santiago, Mediterraneo, Año 2000.

- 4 – 6: RN con depresión cardio-respiratoria moderada.
- 0 – 3: RN gravemente deprimido.

Siguiendo con las acciones de la atención inmediata, el *examen físico general, segmentario y neurológico* del RNP adiciona importancia en la evaluación y determinación de la edad gestacional, establecida en un primer momento según la fecha de última menstruación de la madre, la clínica y la ecotomografía obstétrica; instaurando relación con los aspectos físicos que se describen en el Test de Usher. De esta valoración, resulta una edad gestacional concordante o discordante a los conceptos obstétricos nombrados.

La *Antropometría* es parte del examen físico y se define como la ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano, en este caso RN. Comprende peso en gramos, talla y circunferencia craneana en centímetros. Esto ayudará al neonatólogo a clasificar al RN.

La OMS clasifica al RNP según su peso:

- RNP de bajo peso: peso al nacer menor de 2500 grs.
- RNP de muy bajo peso: peso al nacer menor de 1500 grs.
- RNP extremo: peso al nacer entre los 500 y 999 grs.

Para un diagnóstico pediátrico o neonatológico completo, es necesaria la *clasificación* según la edad gestacional y peso al nacer del RNP, esta determinación guarda relación con la curva de crecimiento de la Dra. Juez y colaboradores:

- Adecuado para la edad gestacional (AEG): Es un RN que se sitúa entre los percentiles 10 y 90 de la curva de crecimiento.
- Pequeño para la edad gestacional (PEG): Es un RN que se sitúa bajo el percentil 10 de la curva de crecimiento.
- Grande para la edad gestacional (GEG): Es un RN que se sitúa sobre el percentil 90 de la curva de crecimiento.

Tanto recién nacidos de término como de pretérmino requieren de algún tipo de medidas de reanimación neonatal, la cual la podemos definir como una serie de intervenciones realizadas ante la necesidad del recién nacido deprimido o asfixiado. Alrededor de un 10% de los recién nacidos requieren alguna medida asistencial para iniciar una adecuada ventilación al nacer, el mayor grupo de recién nacidos corresponde a los menores a 1500 grs que en un 80% del total requieren reanimación neonatal.

La atención que recibe el Recién nacido en sus primeros minutos de vida traerá consecuencias a corto y largo plazo, incluso por el resto de su vida, estas medidas de señalan en el siguiente resumen del American Heart Association-American Academy of Pediatrics

Recién nacidos con índices de Apgar de 7 o más

Los recién nacidos vigorosos no suelen necesitar medida alguna de reanimación, eventualmente podrían necesitar un breve período de oxígeno a flujo libre.

Recién nacidos con índices de Apgar de 4 a 6

Los recién nacidos con índices de Apgar de 4 a 6 necesitan estimulación y, a menudo, administración de oxígeno con mascarilla; además, puede ser necesario aplicar durante algún tiempo una ventilación a presión positiva para expandir los pulmones. Casi todos responden a estas medidas y comienzan a respirar espontáneamente.

Recién nacidos con índices de Apgar de 1 a 3

En recién nacidos con puntuaciones de 1 a 3 suele ser necesario recurrir a la intubación para expandir los pulmones. Sin embargo, si no se dispone de personal experto en intubación o del equipo adecuado para ello de forma inmediata, la ventilación a presión positiva suele bastar para mantener la vida. Los pasos posteriores de la reanimación dependerán de la respuesta de la frecuencia cardíaca a la ventilación.

La asfixia neonatal es la causa en un 19% de cinco millones de muertes neonatales anualmente a nivel mundial, es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que

resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica, trayendo consecuencias como Encefalopatías las cuales son las mas recurrentes y provocan secuelas neurológicas de niveles leves hasta graves, además de un 50% de mortalidad neonatal.

A nivel de otros sistemas el recién nacido puede presentar hipertensión pulmonar persistente, enterocolitis necrotizante, trastornos metabólicos, entre otros.

III. Capítulo tercero: Objetivos

3.1 Objetivos generales

1. Identificar intervenciones en la prevención de Parto Prematuro recomendadas por la Guía Clínica a nivel de atención primaria en salud.
2. Identificar intervenciones en la prevención de Síntoma de Parto Prematuro para población de riesgo a nivel de atención secundaria en salud.
3. Identificar intervenciones en gestantes con Síntoma de Parto Prematuro a nivel de atención terciaria en salud.
4. Identificar el manejo del parto prematuro en gestantes con Rotura Prematura de Membranas hospitalizadas en el nivel terciario de salud.
5. Identificar intervenciones para el manejo en la atención del parto prematuro recomendadas por la Guía Clínica.
6. Describir las características del RN prematuro.

3.2 Objetivos específicos

Para Nivel Primario de Atención en Salud

- 1.1 Determinar gestantes con parto prematuro que correspondían a la población de riesgo para parto de pre-término.
- 1.2 Reconocer en gestantes con parto prematuro screening de ITU.
- 1.3 Identificar en gestantes con parto prematuro la presencia de ITU.
- 1.4 Reconocer en gestantes con parto prematuro la realización de tratamiento para ITU.
- 1.5 Identificar derivación de gestantes con parto prematuro, que presentaban factores de riesgo para parto de pre-término a Nivel Secundario de Atención.
- 1.6 Reconocer causa de derivación de gestantes con parto prematuro a Nivel Secundario de Atención.
- 1.7 Reconocer en gestantes con parto prematuro diagnóstico de SPP.
- 1.8 Identificar derivación de gestantes con parto prematuro con diagnóstico de SPP a Nivel Terciario de Atención.

Para Nivel Secundario de Atención en Salud

- 2.1 Reconocer en gestantes con parto prematuro realización de screening para vaginosis bacteriana.
- 2.2 Identificar en gestantes con parto prematuro realización de cervicometría en Nivel Secundario de Atención
- 2.3 Reconocer en gestantes con parto prematuro realización de Doppler de arteria uterina.
- 2.4 Identificar en gestantes con parto prematuro presencia de Doppler de arteria uterina alterado.
- 2.5 Reconocer seguimiento de gestantes con parto prematuro que presentaron Doppler de arteria uterina alterado.

SPP para Nivel Terciario de Atención en Salud

- 3.1 Identificar gestantes con diagnóstico confirmado de SPP según edad gestacional
- 3.2 Reconocer búsqueda etiológica del SPP.
- 3.3 Reconocer identificación etiológica del SPP.
- 3.4 Reconocer realización de tratamiento del SPP.
- 3.5 Identificar administración de tocólisis en SPP.
- 3.6 Reconocer administración de corticoterapia en SPP.
- 3.7 Identificar esquema de corticoterapia administrado en SPP.

RPM para nivel terciario de atención en salud

- 4.1 Identificar cumplimiento del rol de la matrona en gestantes con RPM.
- 4.2 Reconocer administración de tocólisis en gestantes con RPM, según edad gestacional
- 4.3 Reconocer administración de corticoterapia en gestantes con RPM
- 4.4 Identificar esquema de corticoterapia administrado en gestantes con RPM
- 4.5 Identificar administración de antibioticoterapia en gestantes con RPM, según edad gestacional.
- 4.6 Identificar búsqueda etiológica de RPM, según edad gestacional.
- 4.7 Reconocer identificación etiológica de RPM, según edad gestacional.
- 4.8 Identificar realización de tratamiento de RPM, según edad gestacional.
- 4.9 Identificar seguimiento hematológico semanal en gestantes con RPM, según edad gestacional.
- 4.10 Identificar seguimiento ecográfico semanal en gestantes con RPM, según edad gestacional.
- 4.11 Identificar presencia de complicaciones en gestantes con RPM, según edad gestacional

Manejo y atención del Parto Prematuro

- 5.1 Reconocer ingreso de gestantes a sala de pre-partos con diagnóstico de edad gestacional menor a 37 semanas
- 5.2 Identificar búsqueda etiológica del parto prematuro.
- 5.3 Reconocer identificación etiológica del parto prematuro.
- 5.4 Identificar realización de tratamiento para etiología del parto prematuro.
- 5.5 Identificar administración de tocólisis previo al parto prematuro.
- 5.6 Identificar administración de corticoterapia previo al parto prematuro.
- 5.7 Determinar esquema de corticoterapia administrado previo al parto prematuro.
- 5.8 Identificar indicación de interrupción del embarazo, según edad gestacional.
- 5.9 Reconocer causa interrupción del embarazo, según edad gestacional
- 5.10 Identificar procedimientos realizados previos al parto prematuro.
- 5.11 Identificar método de interrupción del embarazo.
- 5.12 Establecer vía del parto prematuro.

Características del Recién Nacido Prematuro

- 6.1 Reconocer sexo del recién nacido prematuro.
- 6.2 Determinar clasificación de peso del recién nacido prematuro.
- 6.3 Identificar diagnóstico pediátrico según peso de nacimiento del recién nacido prematuro.
- 6.4 Identificar puntaje Apgar del recién nacido prematuro.
- 6.5 Reconocer reanimación neonatal en la atención inmediata del recién nacido prematuro.
- 6.6 Identificar presencia de morbilidad neonatal del recién nacido prematuro.
- 6.7 Determinar muerte neonatal del recién nacido prematuro

3.3 Definición de variables

1.1

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Gestantes con parto prematuro que correspondían a la población de riesgo para parto de pre-término.	Gestantes con parto prematuro que presentaban factores de riesgo para desarrollar un parto pre-término.	Embarazo actual Embarazos previos	Si No

1.2

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Screening de ITU en gestantes con parto prematuro.	Exploración de infección del tracto urinario, en el primer control prenatal, mediante Urocultivo y/o sedimento urinario.		Si * No

1.3

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Gestantes con parto prematuro con presencia de ITU.	Infección del tracto urinario, provocada por bacterias.		Si No

1.4

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Realización de tratamiento para ITU en gestantes con parto prematuro.	Esquema antibiótico que se indica para tratar la infección urinaria.		Si No

1.5

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Derivación de gestantes con parto prematuro con presencia de factores de riesgo para parto pretérmino a Nivel Secundario de Atención.	Interconsulta para una atención especializada, a gestante con factores de riesgo.		Si No

1.6

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Causa de derivación de gestantes con parto prematuro a Nivel Secundario de atención.	Presencia de factor/es de riesgo que interfieran en el bienestar materno-fetal.		Factores de riesgo para PP Otras Patologías Ambas

1.7

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Diagnóstico de SPP en gestantes con parto prematuro.	Presencia de contracciones uterinas, 3 en 30 minutos, durante al menos una hora de observación. Con o sin cambios cervicales: borramiento del más de 50% o dilatación cervical mayor a 1 cm.		Si No

1.8

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Derivación de gestantes con parto prematuro con diagnóstico de SPP a Nivel Terciario de Atención.	Interconsulta para referir a la usuaria a Nivel Terciario de Atención.		Si No

2.1

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Realización de Screening para vaginosis bacteriana en gestantes con parto prematuro.	Visualización directa de signos de infección y muestra cervicovaginal para análisis.		Si No

2.2

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Realización de Cervicometría en gestantes con parto prematuro.	Presencia del cálculo de la longitud cervical uterina (cervicometría) mediante ultrasonido vaginal.		Si No

2.3

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Realización de Doppler de arteria uterina en gestantes con parto prematuro.	Explorar el flujo arterial utero-placentario.		Si No

2.4

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Presencia de Doppler de arteria uterina alterado en gestantes con parto prematuro.	Identificar la presencia de isquemia útero-placentaria.		Si No

2.5

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Seguimiento de gestantes con parto prematuro con Doppler de arteria uterina alterado.	Vigilancia en las gestantes.		En ARO Hospitalización

3.1

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Diagnóstico confirmado de SPP según edad gestacional.	Presencia de contracciones uterinas, 3 en 30 minutos, durante al menos 1 hora de observación clínica y/o registro basal no estresante, con o sin cambios cervicales (clínico y/o ultrasonográfico): borramiento de más de 50% o dilatación cervical mayor de 1 cm.	< o = 32 semanas > 32 semanas	Si No

3.2

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Búsqueda etiológica.	Realización de acciones para encontrar causa que está generando SPP.		Si * No

3.3

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Identificación etiológica.	Identificación de la causa que está generando SPP.		Si No

3.4

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Realización de tratamiento.	Corrección de la causa que produce SPP.		Si No

3.5

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Administración de tocólisis.	Uso de fármacos que inhiben las contracciones uterinas.		Si No

3.6

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Administración de corticoterapia.	Uso de fármacos que ayuden a la maduración pulmonar.		Si No

3.7

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Esquema de corticoterapia administrado.	Posología utilizada en los fármacos para maduración pulmonar fetal.		Completa Incompleta

4.1

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Cumplimiento del rol de la matrona.	Funciones clínicas y administrativas, que realiza la matrona con el fin de resguardar el bienestar materno-fetal.		Total Parcial

4.2

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Administración de tocólisis según edad gestacional.	Uso de fármacos que inhiben las contracciones uterinas.	< o = 32 semanas > 32 semanas	Si No

4.3

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Administración de corticoterapia.	Empleo de fármacos que ayudan a la maduración pulmonar.		Si No

4.4

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Esquema de corticoterapia administrado.	Posología utilizada en los fármacos para maduración pulmonar fetal.		Completa Incompleta

4.5

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Administración de antibioticoterapia según edad gestacional.	Esquema antibiótico que se indica para tratar y/o prevenir una infección.	< o = 32 semanas > 32 semanas	Si No

4.6

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Búsqueda etiológica según edad gestacional.	Acciones clínicas que permiten identificar la causa que generó RPM.	< o = 32 semanas > 32 semanas	Si No

4.7

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Identificación etiológica según edad gestacional.	Identificación de la causa que generó RPM.	< o = 32 semanas > 32 semanas	Si No

4.8

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Realización de tratamiento según edad gestacional.	Corrección de la causa que generó RPM.	< o = 32 semanas > 32 semanas	Si No

4.9

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Seguimiento hematológico semanal según edad gestacional.	Exámenes de sangre materna:	< o = 32 semanas	Si
	Recuento de Blancos y PCR semanalmente.	> 32 semanas	No

4.10

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Seguimiento ecográfico semanal según edad gestacional.	Ultrasonido semanal que otorga información del bienestar fetal.	< o = 32 semanas	Si
		> 32 semanas	No

4.11

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Presencia de complicaciones según edad gestacional.	Presencia de patologías que pueden intervenir en el bienestar materno-fetal.	< o = 32 semanas	Si
		> 32 semanas	No

5.1

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Diagnóstico al ingreso a sala de pre-partos de gestación menor a 37 semanas.	Gestantes con parto prematuro con EG < a 37 semanas.		Con diagnóstico Sin diagnóstico

5.2

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Búsqueda etiológica.	Procedimientos para identificar la causa que generó el parto prematuro.		Si No

5.3

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Identificación etiológica.	Identificación de la causa que generó el parto prematuro.		Si No

5.4

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Realización de tratamiento para etiología.	Corrección de la causa que generó SPP.		Si No

5.5

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Administración de tocólisis	Uso de fármacos que inhiben las contracciones uterinas.		Si No

5.6

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Administración de corticoterapia.	Empleo de fármacos que ayudan a la maduración pulmonar, como: Betametasona o Dexametasona.		Si No

5.7

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Esquema de corticoterapia administrado.	Posología utilizada en los fármacos para la maduración pulmonar fetal.		Completa Incompleta

5.8

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Indicación de interrupción del embarazo según edad gestacional.	Indicación médica de para favorecer el bienestar materno-fetal.	< o = 32 semanas > 32 semanas	Si No

5.9

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Causas de interrupción del embarazo según edad gestacional.	Motivo que afecta el bienestar materno-fetal, por el cual se decide interrumpir la gestación.	< o = 32 semanas > 32 semanas	Especifique

5.10

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Procedimientos realizados.	Vigilancia antenatal que facilite el bienestar materno-fetal.		Sólo monitorización Sólo Anestesia peridural continua Monitorización y anestesia peridural continua Ninguna Otras

5.11

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Método de interrupción del embarazo.	Forma de inducir el trabajo de parto de acuerdo a las condiciones materno-fetales.		Misotrol Ocitocina Misotrol y ocitocina Quirúrgico Espontáneo

5.12

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Vía del parto prematuro.	Vía o forma por la cual se interrumpe el embarazo.		Vaginal Cesárea Fórceps

6.1

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Sexo	Condición física, según la manifestación de los órganos sexuales.		Masculino Femenino Ambiguo Sin datos

6.2

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Clasificación de peso.	Expresado en gramos o kilogramos en un recién nacido prematuro.		Óptimo Bajo peso Muy bajo peso Extremo Sin datos

6.3

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Diagnóstico pediátrico según peso de nacimiento.	Análisis que relaciona la edad gestacional según examen físico y el peso de nacimiento.		AEG PEG GEG Mortinato Sin datos

6.4

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Puntaje apgar	Evaluación clínica de la adaptación extrauterina, que se realiza al recién nacido prematuro.	1 Minuto 5 minutos	7-10 4-6 0-3 Mortinato Sin datos

6.5

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Reanimación neonatal.	Maniobras que ayuden en el mejoramiento del esfuerzo respiratorio y la frecuencia cardiaca del recién nacido en la atención inmediata.		Si No Sin datos

6.6

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Presencia de morbilidad neonatal.	Presencia de enfermedades asociadas a la prematurez en el recién nacido.		Si No Mortinato Sin datos

6.7

Variable	Concepto	D. R	Indicadores
Muerte neonatal.	Fallecimiento del recién nacido prematuro durante la atención inmediata.		Si No Sin datos

IV. Capítulo Cuarto: Metodología de la Investigación

4.1 Organización del grupo de trabajo

Durante el mes de marzo del año 2008, ocho estudiantes de la Carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, se reúnen para definir un tema de investigación e iniciar el seminario tesis. La asesoría de esta investigación estuvo a cargo de la Sra. Adriana Castillo Valencia, docente del Departamento de Obstetricia de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso. Con el fin de lograr la organización del equipo de investigación se consignaron reuniones de carácter formal, para los días lunes con duración de cuatro horas pedagógicas. Adicional a éstas se decide de manera espontánea reuniones extraordinarias, si la ocasión lo ameritaba.

En conjunto con la docente guía se adoptaron cargos rotativos cada 5 meses para las siguientes funciones: Presidente, Secretaria, Tesorera. Las funciones, obligaciones y responsabilidades, se definieron al inicio del Seminario, con respaldo escrito en un informe de cumplimiento de responsabilidades.

4.2. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo.

4.3 Universo

El universo estuvo constituido por 394 fichas maternas de usuarias gestantes que tuvieron partos prematuros en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso en el año 2008. De este total, finalmente se seleccionaron se 167 fichas maternas para la realización de la investigación, posterior a la aplicación de criterios de exclusión. Por lo anterior:

Muestra: 167 fichas maternas.

Unidad de análisis: Gestante con parto prematuro.

4.4 Metodología de recolección de datos

La investigación, consideró 3 fuentes de información:

- Planillas de registro de partos año 2008 del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
 - Fichas clínicas.
 - Fichas de control prenatal
-
- Los primeros datos se obtuvieron a partir de la revisión de los registros existentes en nuestra primera fuente de información, las Planillas de Partos año 2008 del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Con el fin de recabar el número total de partos prematuros ocurridos de enero a diciembre del año 2008.
 - Para la obtención del número exacto de partos prematuros, se aplicaron criterios de exclusión. Para recabar número de partos prematuros consideramos el peso de los recién nacidos registrado en las planillas, clasificando como prematuros a todos los recién nacidos con peso menor a 3000 grs, para evitar sesgos de selección en la investigación. De esta manera obtuvimos un universo de 394 fichas clínicas. Posterior a esto acudimos a nuestra segunda fuente de información, las fichas clínicas, facilitadas por el Centro de Archivos de Fichas Clínicas del hospital Carlos Van Buren, previa autorización. De este total, fueron descartadas 188 fichas maternas, ya que durante su revisión, comprobamos que correspondían a partos de término, abortos, el domicilio de las gestantes no pertenecían al área de jurisdicción de Valparaíso o las fichas no fueron encontradas. La muestra final corresponde a 167 gestantes con parto prematuro.
 - Luego, de aplicar los criterios de exclusión, se inició la recolección de datos en las fichas clínicas. De donde se obtuvieron los datos correspondientes a Nivel Terciario y Nivel Secundario (Los datos de Nivel Secundario, se encontraban adjuntos en las fichas clínicas)
 - En Nivel Secundario, obtuvimos datos de 61 fichas clínicas lo que corresponde a un 36,52% de la muestra.
 - Finalmente, una vez recolectada la información en Nivel Terciario y Secundario, acudimos a la tercera fuente de información, las fichas de control prenatal de los

distintos Centros de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso. Cabe mencionar que solo tuvimos acceso a 61 fichas prenatales, lo que corresponde al 36,52% de la muestra.

Las tablas que se incluyen a continuación, corresponden a la distribución de las gestantes con parto prematuro según acceso a sus fichas clínicas en los diferentes Niveles de Atención

TABLA A. Distribución de gestantes según acceso a sus fichas clínicas en APS, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Fichas encontradas	61 (36,52%)
Sin control en APS	3 (1,80%)
Pertenecientes a extrasistema	13 (7,78%)
Fichas no encontradas	21 (12,57%)
Sin acceso a fichas	69 (41,32%)
Totales	167 (100,00%)

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

TABLA B. Distribución de gestantes según acceso a sus fichas clínicas en nivel secundario de atención, año 2008

Categorías	Frecuencia (%)
Fichas encontradas	61 (36,53%)
Sin control en ARO	66 (39,52%)
Pertenecientes a extrasistema	6 (3,59%)
No se presentaron a control	2 (1,20%)
Fichas no encontradas	32 (19,16%)
Totales	167 (100,00%)

Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren

TABLA C. Distribución de gestantes según acceso a fichas clínicas y edad gestacional en nivel terciario de atención, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Con SPP	25 (40,98)	39 (36,79%)	64 (38,32%)
Sin SPP	36 (59,02%)	67 (63,21%)	103 (61,68%)
Totales	61 (100,00%)	106 (100,00)	167 (100,00)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

4.5 Descripción del instrumento

Con el fin de facilitar el estudio, se confeccionó un cuestionario para la recolección de datos, en base a las intervenciones recomendadas por la Guía Clínica para Prevención del Parto Prematuro, elaborada por el Ministerio de Salud el año 2005.

Este instrumento consta de seis ítems, con preguntas y respuestas de carácter cerrado que abarcan los tres Niveles de Atención en Salud. El primer ítem corresponden a preguntas dirigidas al Nivel Primario, el Segundo ítem al Nivel Secundario y los ítems III, IV, V y VI fueron orientados al Nivel Terciario de Salud.

4.6 Prueba del Instrumento

En el mes de marzo del año 2009, este instrumento fue sometido a prueba en 39 fichas clínicas de usuarias que tuvieron partos prematuros durante el año 2008, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, siendo seleccionadas al azar.

La finalidad de considerar este estudio piloto, llevó a corregir errores y deficiencias en el planteamiento de los objetivos de la investigación.

4.7 Aplicación del instrumento

La docente guía Sra. Adriana Castillo Valencia, gestionó de manera formal la aplicación del instrumento, mediante una carta dirigida a:

- Dr. Dagoberto Duarte Quaspper, Director Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
- Dr. Fernando Novoa Sotta, Presidente Comité de Evaluación Ético Científico SSVVA
- Dr. Andrés Cubillos Gómez, Médico Jefe Centro Responsabilidad Gineco-Obstétrica
- Dr. Alejandro Carmona Bello, Médico jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren
- Sra. Gladys Cordero Hodde, Matrona Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren

Mediante esta carta, se especificó tema y objetivos del estudio, con los respectivos nombres y número de cédula de identidad de cada seminarista.

Con las autorizaciones oficiales pertinentes, se inició la aplicación definitiva del cuestionario, por parte de las seminaristas, según disponibilidad de horarios, siendo plazo máximo para reunir todos los datos a finales de abril del presente año. Iniciando la aplicación del instrumento en Nivel Terciario de atención en salud, luego en Secundario y finalmente en Nivel Primario.

4.8 Metodología de análisis de datos

Con los datos obtenidos en el estudio, la tabulación de la información se realizó manualmente, para luego procesar los resultados finales en gráficos y tablas simples en el Programa Computacional Microsoft Excel 2007, con asesoría estadística

4.9 Revisión bibliográfica

Para lograr facilitar esta fase, se distribuyó a cada seminaristas distintos temas, en base a los objetivos del estudio. El cual fue expuesto para su análisis y discusión grupal.

La revisión bibliográfica se realizó en las bibliotecas de la Universidad de Chile, Universidad de Valparaíso, aportando a nuestra investigación el uso de páginas webs, especializadas en el tema, donde también se incluyen libros y revistas.

V. Capítulo Quinto: Presentación y análisis de los datos obtenidos

5.1 Análisis Descriptivo

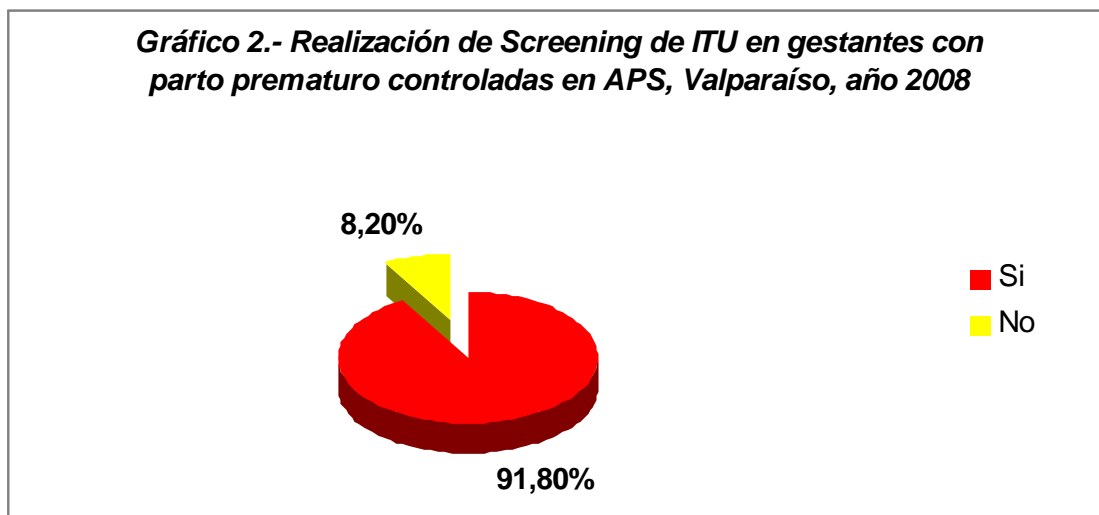
5.1.1 Análisis Descriptivo para nivel primario de atención de salud

TABLA 1. Presencia en gestantes con parto prematuro de factores de riesgo para parto pretérmino, Valparaíso, año 2008

Categorías	Embarazo Actual Frecuencia (%)	Embarazos Previos Frecuencia (%)
Si	35 (57,38%)	13 (21,31%)
No	26 (42,62%)	48 (78,69%)
Totales	61(100,00%)	61 (100,00%)

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

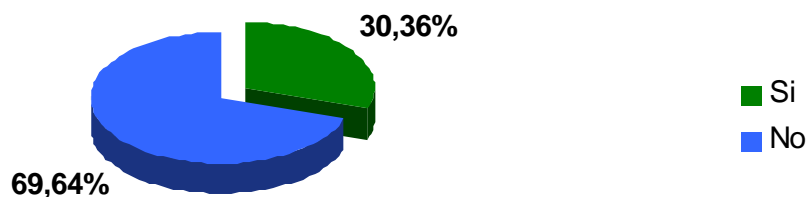
COMENTARIOS.- Al 57,38% de las gestantes con parto prematuro se les detectó factores de riesgo en el embarazo actual y al 21,31% en los embarazos anteriores.



Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 91,80% de las gestantes con parto prematuro controladas en APS se les realizó Screening de ITU.

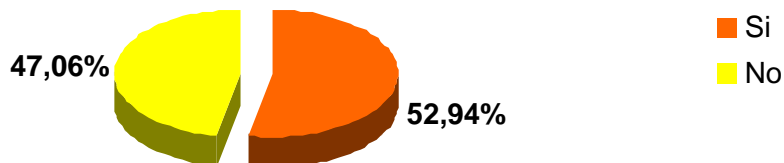
Gráfico 3.- Presencia de ITU en gestantes con parto prematuro, Valparaíso, año 2008



Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 30,36% de las gestantes con parto prematuro se les identificó presencia de ITU.

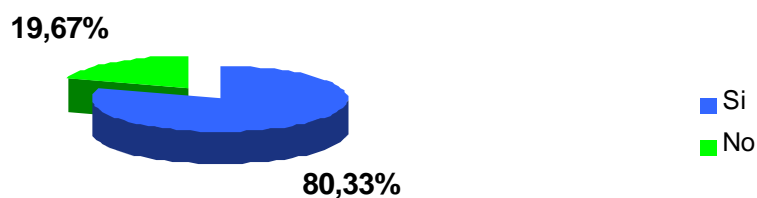
Gráfico 4.- Gestantes con parto prematuro según realización de tratamiento para ITU, Valparaíso, año 2008



Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 52,94% de las gestantes que presentaron de ITU, recibieron tratamiento.

Gráfico 5.- Derivación de gestantes con parto prematuro que presentaron factores de riesgo para parto pretérmino desde APS a Atención Secundaria, Valparaíso, año 2008



Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.
Tabla en anexos

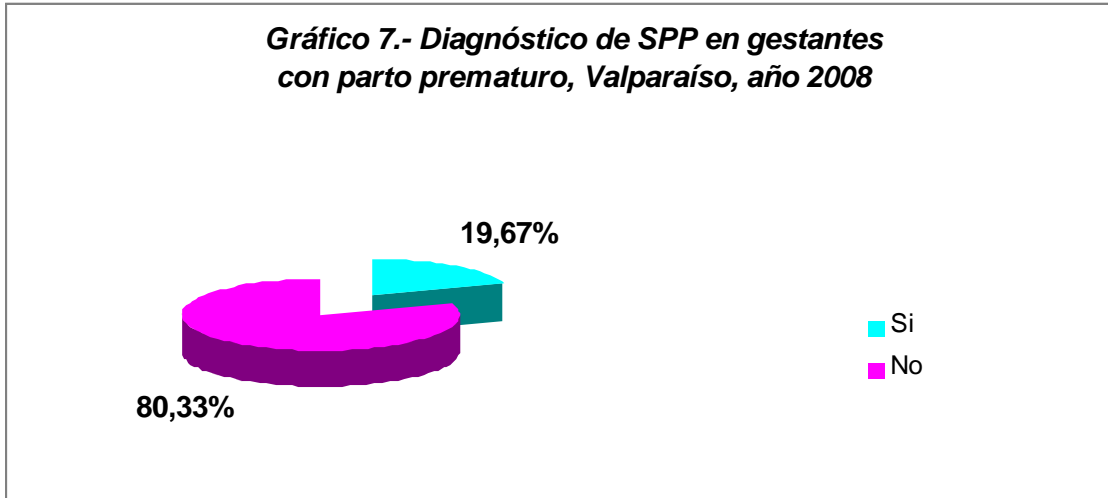
COMENTARIOS.- Al 80,33% de las gestantes con parto prematuro se les derivó desde APS a nivel secundario.

Gráfico 6.- Causas de derivación de gestantes con parto prematuro desde APS a Atención Secundaria, Valparaíso, año 2008



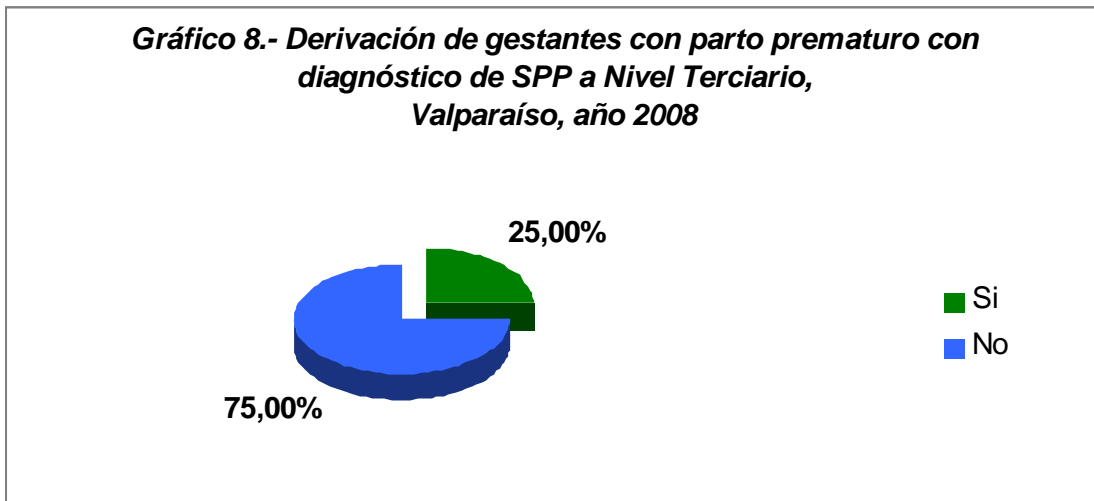
Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 10,20% de las gestantes con parto prematuro se les derivó al Nivel Secundario de Atención por factores de riesgo de parto prematuro. Al 87,76% de las gestantes con parto prematuro se les derivó a Nivel Secundario de Atención por otras patologías.



Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.
Tabla en anexos

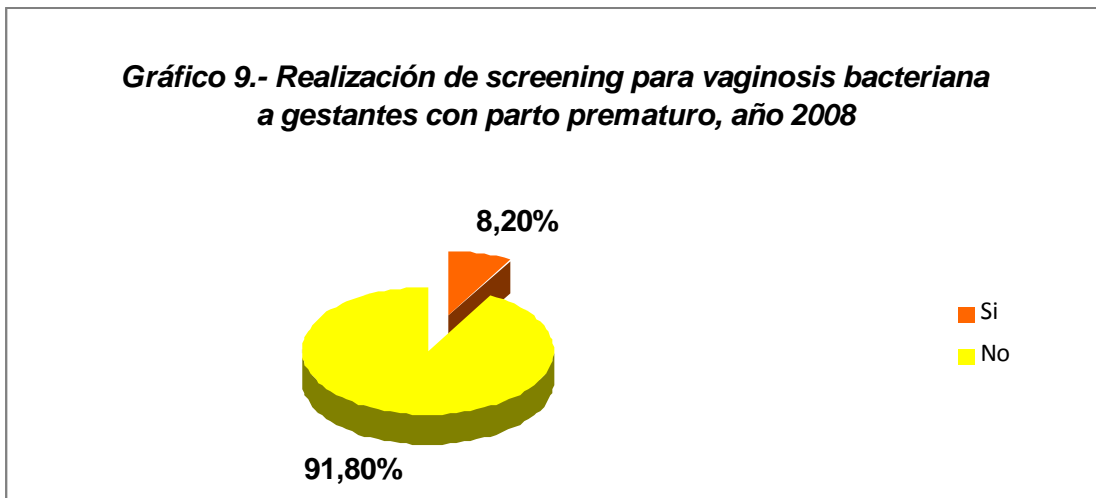
COMENTARIOS.- Al 80,33% de las gestantes con parto prematuro no se les diagnosticó SPP durante sus controles prenatales.



Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.
Tabla en anexos

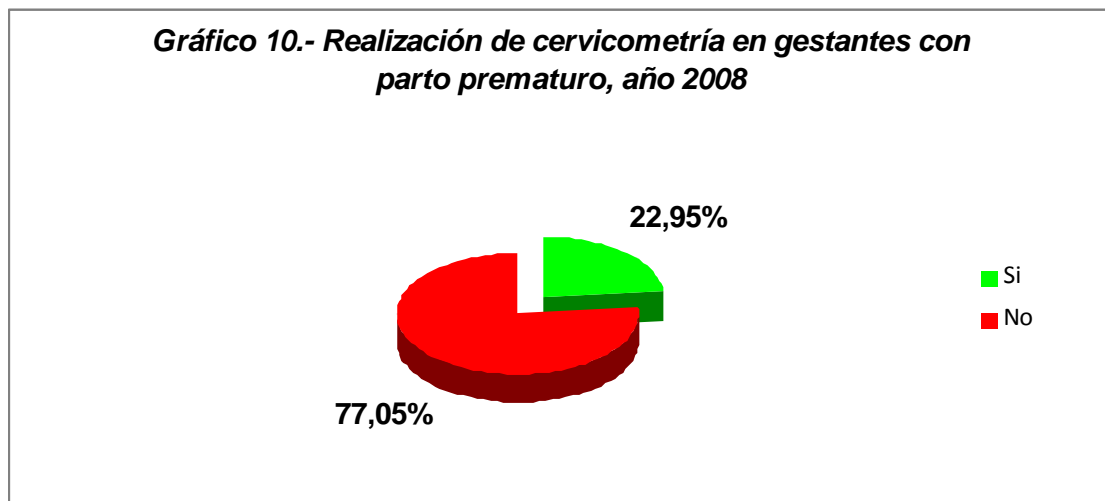
COMENTARIOS.- Al 75% de las gestantes con parto prematuro no se les derivó al nivel terciario de atención.

5.1.2 Análisis descriptivo para Nivel secundario de atención en salud



Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

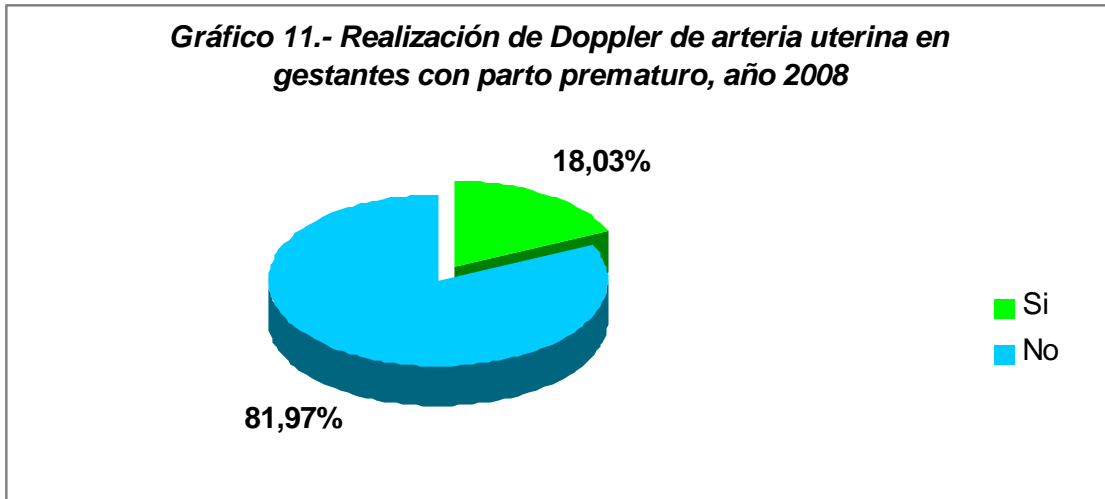
COMENTARIOS.- Al 91,80% de las gestantes con parto prematuro no se les realizó screening para vaginosis bacteriana.



Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 77,05% de las gestantes con parto prematuro no se les realizó cervicometría.

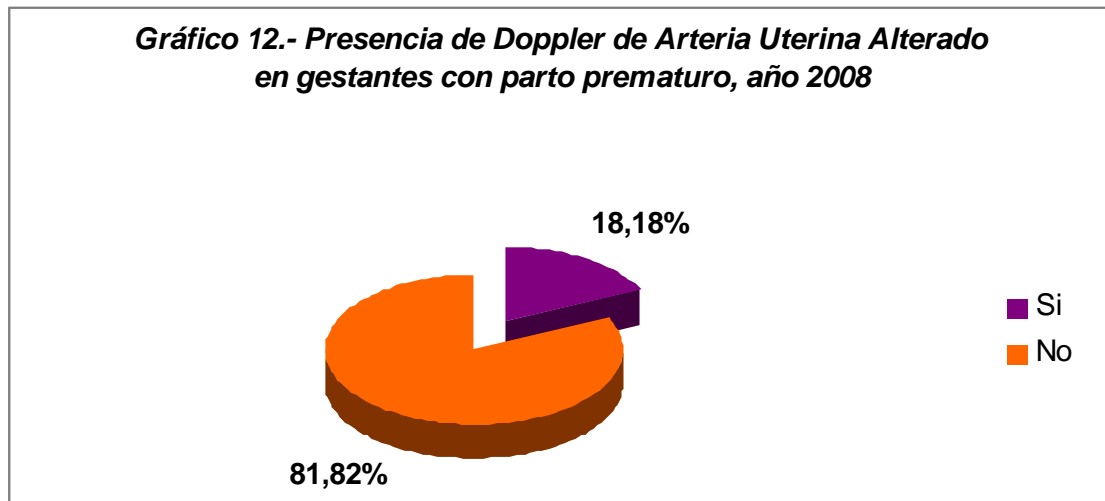
Gráfico 11.- Realización de Doppler de arteria uterina en gestantes con parto prematuro, año 2008



Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 81,97% de las gestantes con parto prematuro no se les realizó Doppler de arteria uterina.

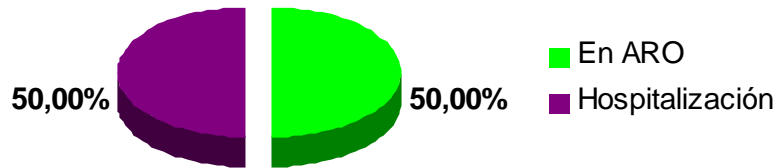
Gráfico 12.- Presencia de Doppler de Arteria Uterina Alterado en gestantes con parto prematuro, año 2008



Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- El 18,18% de las gestantes presentó Doppler alterado.

Gráfico 13.- Seguimiento con Doppler de arteria uterina alterado en gestantes con parto prematuro, año 2008



Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 50% de las gestantes con parto prematuro con Doppler alterado se les realizó seguimiento en ARO, mientras que el otro 50% fueron hospitalizadas.

5.1.3 Análisis Descriptivo en SPP para nivel terciario de atención en salud

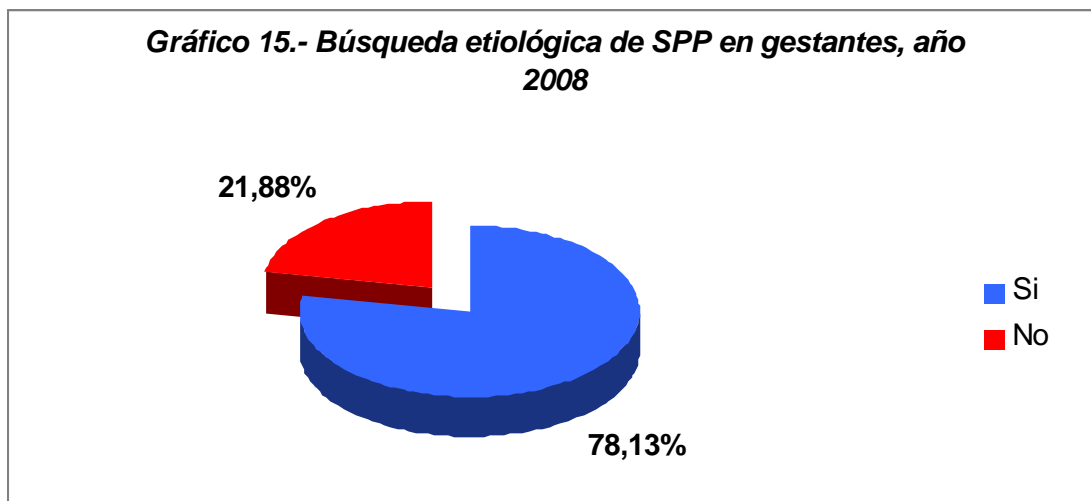
TABLA 14. Gestantes con diagnóstico confirmado de SPP según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si	25 (100,00%)	37 (94,87%)	62 (96,88%)
No	0 (0,00%)	2 (5,13%)	2 (3,13%)
Totales	25 (100,00%)	39 (100,00)	64 (100,00)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 100,00% de las usuarias con edad gestacional menor e igual a 32 semanas se les confirmó diagnóstico SPP.

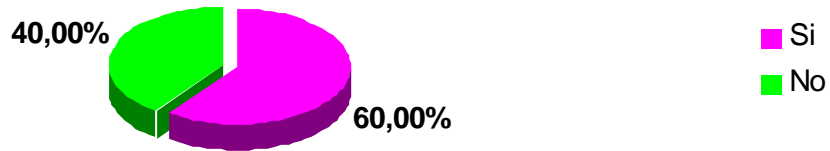
Al 94,87% de las usuarias con edad gestacional mayor a 32 semanas se les confirmó diagnóstico de SPP.



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 78,13% de las gestantes se les realizó búsqueda etiológica de síntoma de parto prematuro.

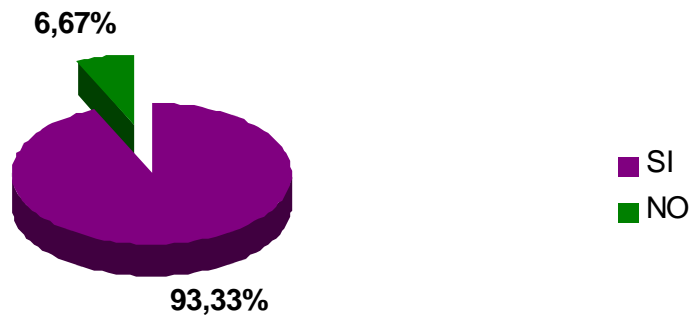
Gráfico 16. - Identificación etiológica de SPP en gestantes, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 60% de las gestantes se les identificó etiología de SPP.

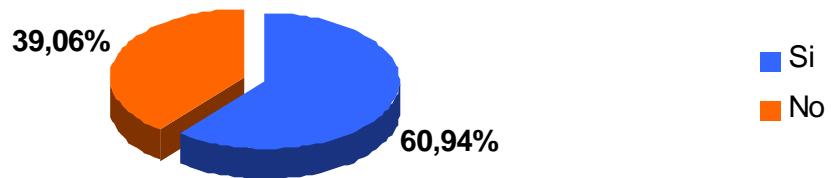
Gráfico 17.- Realización de tratamiento en gestantes con SPP, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 93,33% de las gestantes con SPP se les realizó tratamiento para la causa.

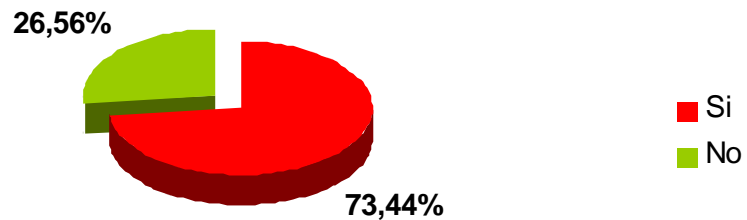
Gráfico 18.- Administración de tocólisis a gestantes con SPP, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 60,94% de las gestantes se les administró tocólisis para SPP.

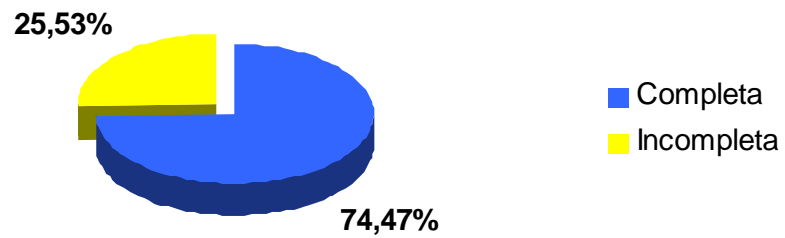
Gráfico 19.- Administración de corticoterapia a gestantes con SPP, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 73,44% de las gestantes con SPP se les administró corticoterapia.

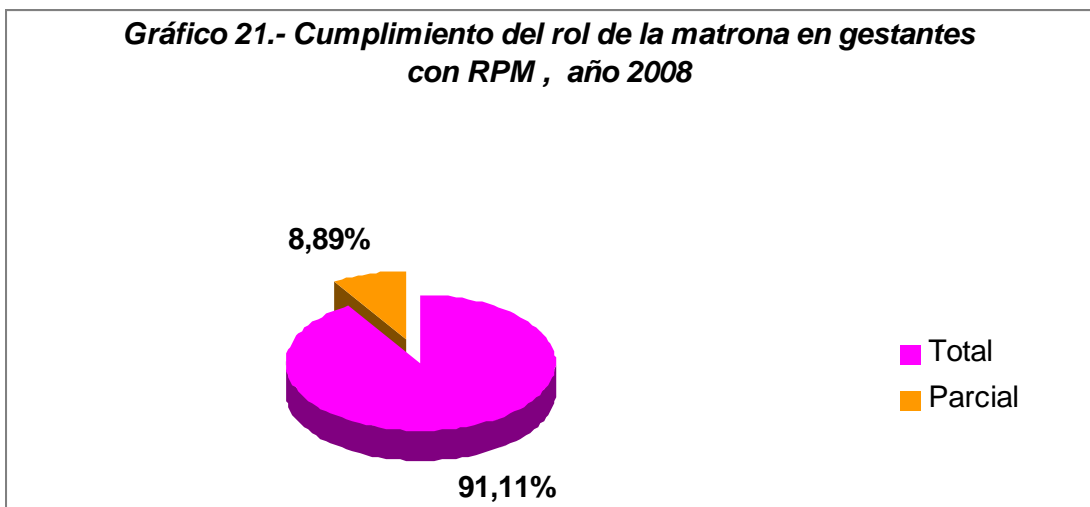
Gráfico 20.- Esquema de corticoterapia administrado a gestantes con SPP, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 74,47% de las gestantes se les administró el esquema corticoidal completo para maduración pulmonar.

5.1.4 Análisis descriptivo en RPM para nivel terciario de atención en salud



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- El profesional matrona/ón cumplió totalmente el rol descrito en un 91,11% y parcialmente en un 8,89% de las gestantes con RPM.

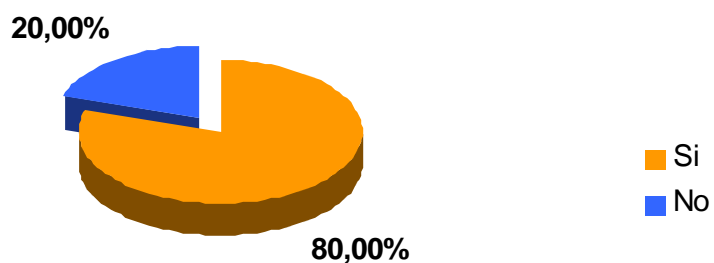
TABLA 22. Administración de tocólisis a gestantes con RPM según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si	6 (42,86%)	5 (16,13%)	11 (24,44%)
No	8 (57,14%)	26 (83,87%)	34 (75,56%)
Totales	14 (100,00%)	31 (100,00%)	45 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 57,14% de las usuarias con edad gestacional menor o igual a 32 semanas y al 83,87% de las usuarias con edad gestacional superior a 32 semanas, no se les administró tocólisis.

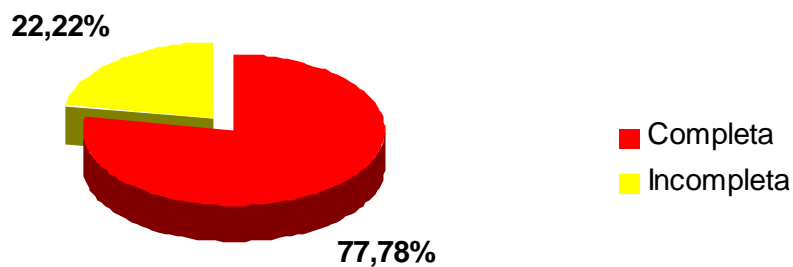
Gráfico 23.- Administración de corticoterapia a gestantes con RPM, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 80% de los gestantes con RPM se les administró corticoides.

Gráfico 24.- Esquema de corticoterapia administrado a gestantes con RPM, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 77,78% de las gestantes con RPM se les administró el esquema completo de corticoterapia.

TABLA 25. Administración de antibioticoterapia a gestantes con RPM según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si	12 (85,71%)	24 (77,42%)	36 (80,00%)
No	2 (14,29%)	7 (22,58%)	9 (20,00%)
Totales	14 (100,00%)	31 (100,00%)	45 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 85,71% de las gestantes con RPM con edad gestacional menor o igual a 32 semanas y al 77,42% de las usuarias con edad gestacional mayor de 32 semanas se les administró antibioticoterapia.

TABLA 26. Búsqueda etiológica de RPM en usuarias según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si	12 (85,71%)	24 (77,42%)	36 (80,00%)
No	2 (14,29%)	7 (22,58%)	9 (20,00%)
Totales	14 (100,00%)	31 (100,00%)	45 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 85,71% de las gestantes con edad gestacional menor o igual a 32 semanas y al 77,42% de las usuarias con edad gestacional mayor a 32 semanas se les realizó búsqueda etiológica.

TABLA 27. Identificación etiológica en gestantes con RPM según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si	10 (83,33%)	13 (54,17%)	23 (63,89%)
No	2 (16,67%)	11 (45,83%)	13 (36,11%)
Totales	12 (100,00%)	24 (100,00%)	36 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 83,33% de las gestantes con edad gestacional menor o igual a 32 semanas y al 54,17% de las usuarias con edad gestacional mayor a 32 semanas se les identificó la etiología.

TABLA 28. Realización de tratamiento en gestantes con RPM según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si	10 (100,00%)	12 (92,31%)	22 (95,65%)
No	0 (0,00%)	1 (7,69%)	1 (4,35%)
Totales	10 (100,00%)	13 (100,00%)	23 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 100% de las gestantes con edad gestacional menor o igual a 32 semanas y al 92,31% de las usuarias con edad gestacional mayor a 32 semanas se les realizó tratamiento para la causa.

TABLA 29. Seguimiento hematológico semanal en gestantes con RPM según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si	13 (92,86%)	26 (83,87%)	39 (86,67%)
No	1 (7,14%)	5 (16,13%)	6 (13,33%)
Totales	14(100,00%)	31 (100,00%)	45 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 92,86% de las gestantes con edad gestacional menor o igual a 32 semanas y al 83,87% de las usuarias con edad gestacional mayor a 32 semanas se les realizó seguimiento hematológico semanal.

TABLA 30. Seguimiento ecográfico semanal en gestantes con RPM según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si	13 (92,86%)	24 (77,42%)	37 (82,22%)
No	1 (7,14%)	7 (22,58%)	8 (17,78%)
Totales	14 (100,00%)	31 (100,00%)	45 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 92,86% de las gestantes con edad gestacional menor o igual a 32 semanas y al 77,42% de las usuarias con edad gestacional mayor a 32 semanas se les realizó seguimiento ecográfico semanal.

TABLA 31. Presencia de complicaciones en gestantes con RPM según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si*	8 (57,14%)	5 (3,23%)	13 (28,89%)
No	6 (42,86%)	26 (96,77%)	32 (71,11%)
Totales	14 (100,00%)	31 (100,00%)	45 (100,00%)

*Incluye corioamnionitis y/o deterioro UFP.

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 57,14% de las gestantes con RPM menor o igual a 32 semanas de gestación se les identificó presencia de complicaciones asociadas a RPM.

Al 96,77% de las gestantes con RPM mayor de 32 semanas no se les identificó presencia de complicaciones.

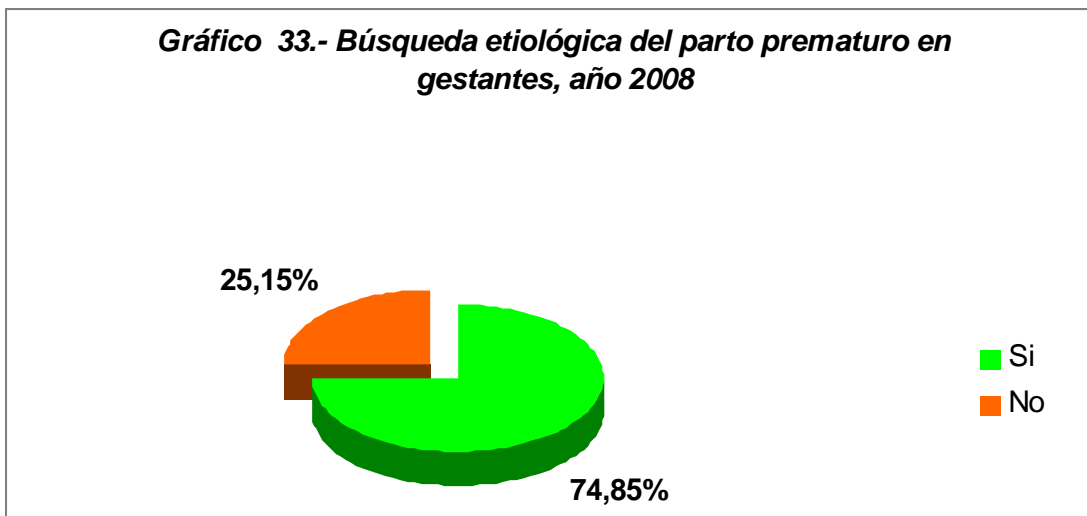
5.1.5 Análisis descriptivo para la atención del parto prematuro en nivel terciario de atención en salud

TABLA 32. Diagnóstico de edad gestacional menor a 37 semanas al ingreso a Sala de Pre- Parto, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Con Diagnóstico	167 (100,00%)
Sin Diagnóstico	0 (0,00%)
Totales	167 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

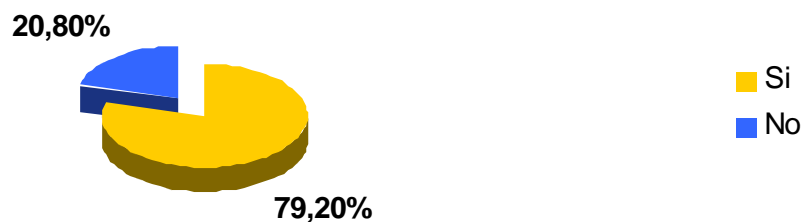
COMENTARIOS. - Al 100,00% de las gestantes se les diagnóstico edad gestacional menor a 37 semanas al ingreso a sala de Pre- Parto.



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS. - Al 74,85% de las gestantes se le buscó etiología del parto prematuro.

Gráficos 34.- Identificación etiológica del parto prematuro en gestantes, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 79,20% de las gestantes se les identificó etiología del parto prematuro

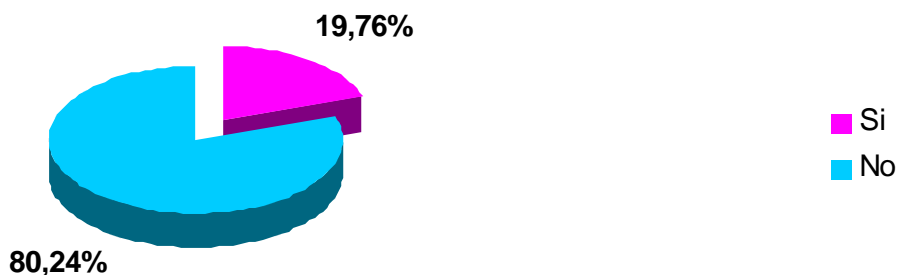
TABLA 35. Realización de tratamiento para etiología del parto prematuro a gestantes, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	98 (98,99%)
No	1 (1,01%)
Totales	99 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 98,99% de las gestantes se les dio tratamiento para etiología del parto prematuro.

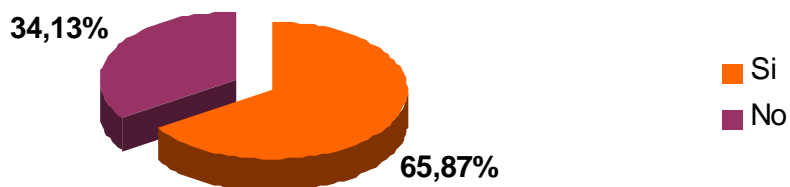
Gráfico 36.- Administración de tocólisis a gestantes previo al parto prematuro, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 80,24% de las gestantes no se les administró tocólisis previo al parto prematuro.

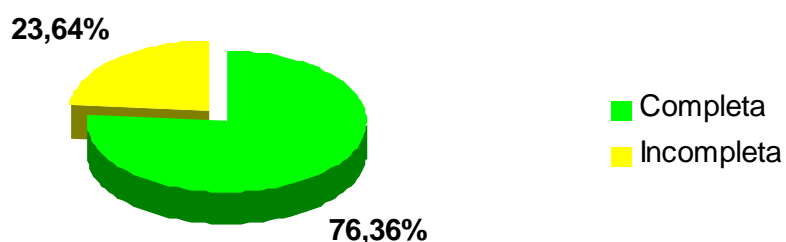
Gráfico 37.- Administración de corticoterapia a gestantes previo al parto prematuro, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 65,87% de las gestantes se les administró corticoterapia previo al parto prematuro.

Gráfico 38.- Esquema de corticoterapia administrado a gestantes previo al parto prematuro, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS. - Al 76,36% de las gestantes se les administró el esquema corticoidal completo previo al parto prematuro.

TABLA 39. Indicación de interrupción del embarazo según edad gestacional, año 2008.

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
Si*	41 (74,55%)	79 (70,54%)	120 (71,86%)
No	14 (25,45%)	33 (29,46%)	47 (28,14%)
Totales	55 (100,00%)	112 (100,00%)	167 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS. - Al 74,55% de las gestantes con edad gestacional menor o igual a 32 semanas y al 70,54% de las usuarias con edad gestacional mayor a 32 semanas se les indicó interrupción del embarazo.

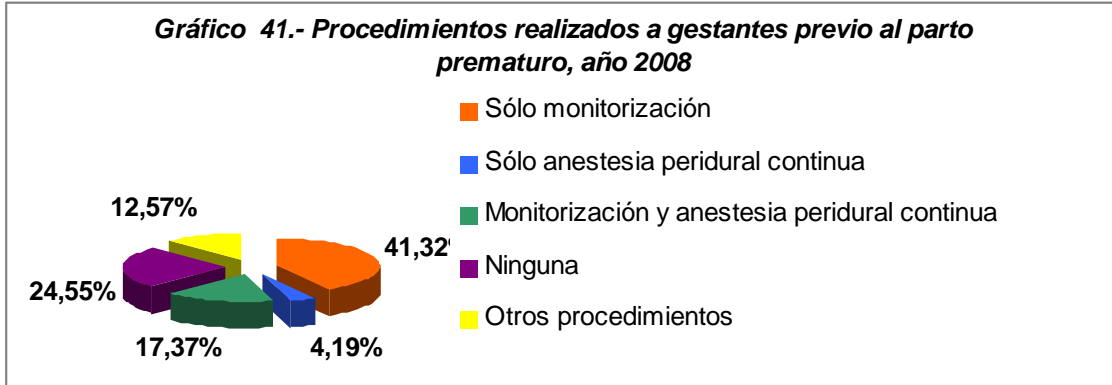
TABLA 40. Causas de interrupción del embarazo según edad gestacional, año 2008

Categorías	< o = 32 Semanas Frecuencia (%)	> 32 Semanas Frecuencia (%)	Total (%)
SHE	17 (31,48%)	26 (32,50%)	43 (32,08%)
Deterioro UFP	10 (18,52%)	20 (25,00%)	30 (22,38%)
Embarazo multiple	6 (11,11%)	8 (10,00%)	14 (10,44%)
Distocia posición	6 (11,11%)	5 (6,25%)	11 (8,20%)
Corioamnionitis	5 (9,26%)	3 (3,75%)	8 (5,97%)
Malformación fetal	2 (3,70%)	0 (0,00%)	2 (1,49%)
RPM	3 (5,56%)	6 (7,50%)	9 (6,71%)
Metrorragia de II-III Trimestre	1 (1,85%)	6 (7,50%)	7 (5,22%)
Otras*	4 (7,41%)	6 (7,50%)	10 (7,46%)
Totales	54 (100,00%)	80(100,00%)	134 (100,00%)

*Otras patologías como: Óbito fetal del gemelo II, prociencia de extremidad superior, linfoma de Hodgking, RCIU selectivo de GII, entre otras.

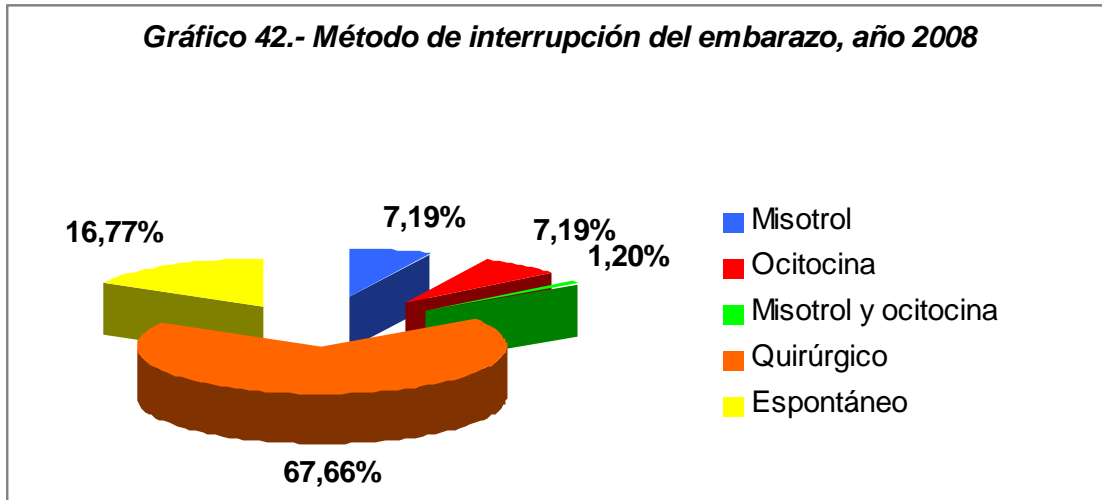
COMENTARIOS.- Al 31,48% de las gestantes con parto prematuro con edad gestacional menor o igual a 32 semanas se les diagnosticó algún tipo de SHE y al 32,50% mayor a 32 semanas.

Al 18,52% de las gestantes con parto prematuro con edad gestacional menor o igual a 32 semanas se les diagnosticó deterioro de la UFP y al 25,00% mayor a 32 semanas.



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

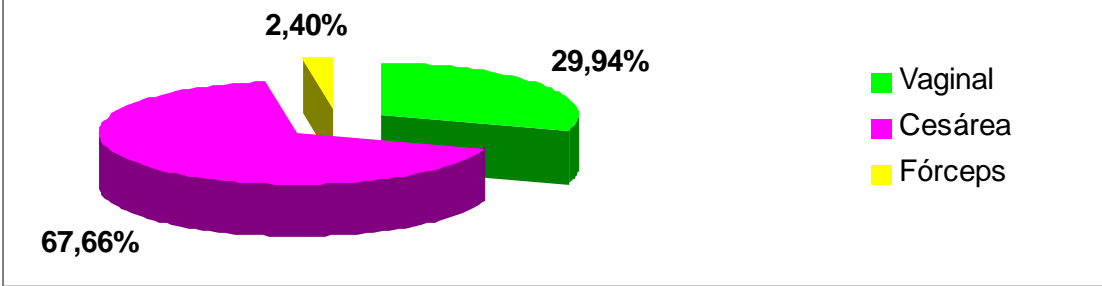
COMENTARIOS.- Al 41,32% de las gestantes con parto prematuro se les realizó monitoreo cardiorfetal previo al parto, al 17,37% se les realizó monitorización y anestesia peridural continua y al 24,55% no se les realizó ningún procedimiento.



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 67,66% de las gestantes con parto prematuro se les realizó método quirúrgico para interrupción de su gestación y en el 16,77% su inicio fue espontáneo.

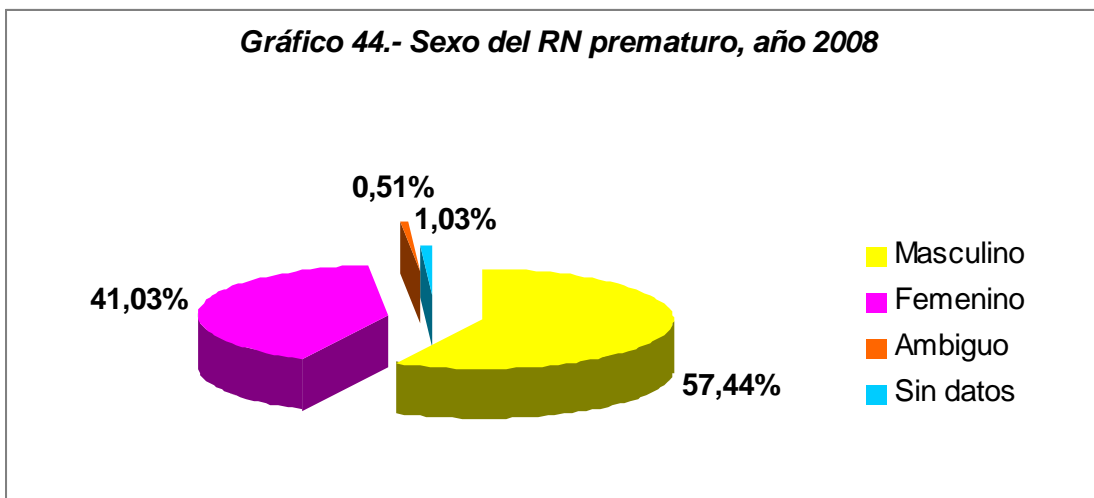
Gráfica 43.- Vía del parto prematuro, año 2008



Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS. - El 67,66% de los partos prematuros fueron cesárea, el 29,94% fueron parto vaginal y el 2,4% fueron fórceps.

5.1.6 Análisis descriptivo de las características del Recién Nacido Prematuro en nivel terciario de atención en salud



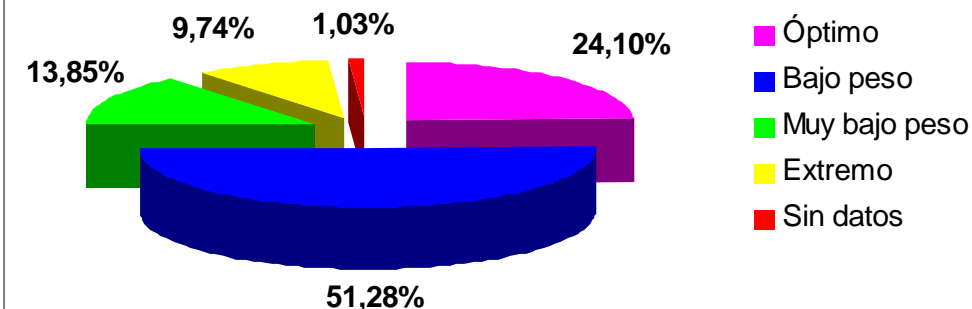
* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

Tabla en anexos

COMENTARIOS. - El 57,44% de los recién nacidos prematuros fueron sexo masculino y el 41,03% corresponden al sexo femenino.

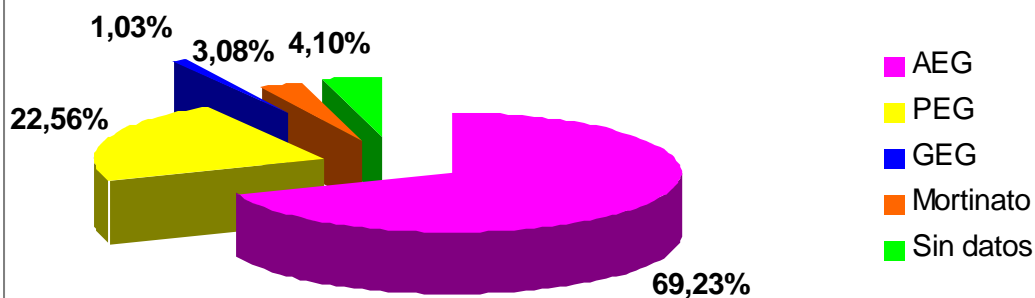
Gráfico 45.- Clasificación de peso del RN prematuro, año 2008



* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos
 Fuente: Hospital Carlos Van Buren
 Tabla en anexos

COMENTARIOS.- El 51,28% de los RN prematuros tuvieron bajo peso al nacer, el 13,85% muy bajo peso y el 9,74% tuvo un peso extremo.

Gráfico 46.- Diagnóstico pediátrico según peso de nacimiento del RN prematuro, año 2008



* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos
 Fuente: Hospital Carlos Van Buren
 Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 69,23% de los recién nacidos prematuros se les realizó el diagnóstico de AEG; al 22,56% como PEG y al 1,03% como GEG.

TABLA 47. Puntaje Apgar del RN prematuro, año 2008.

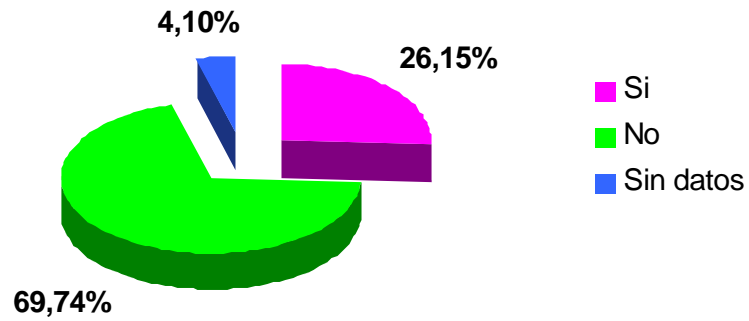
Categorías	Apgar (1° minuto) Frecuencia (%)	Apgar (5° minuto) Frecuencia (%)
7-10	158 (81,03%)	183 (93,85%)
4-6	22 (11,28%)	3 (1,54%)
0-3	7 (3,59%)	1 (0,51%)
Mortinatos	5 (2,56%)	5 (2,56%)
Sin datos	3 (1,54%)	3 (1,54%)
Totales*	195 (100,00%)	195 (100,00%)

* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

COMENTARIOS.- Al 81,03% de los recién nacidos prematuros se les asignó un puntaje de 7 a 10 al primer minuto de vida y al 93,85% se les asignó el mismo puntaje al quinto minuto de vida.

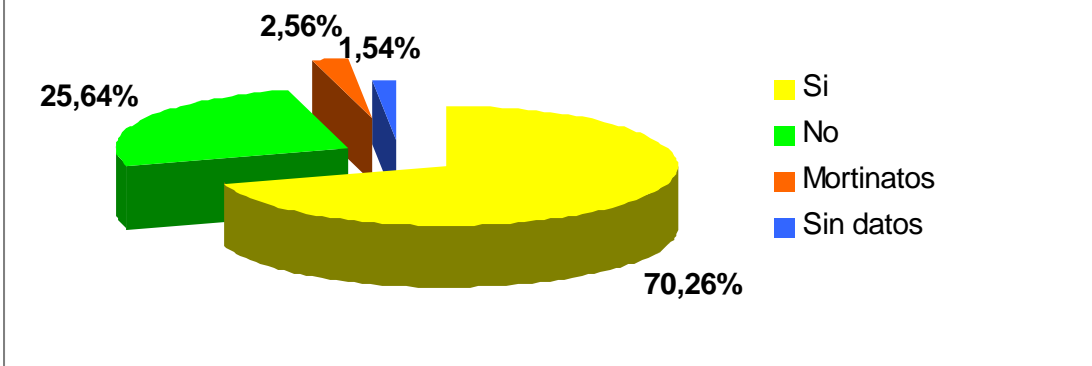
Gráfico 48.- Reanimación neonatal en la atención inmediata del RN prematuro, año 2008



* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos
Fuente: Hospital Carlos Van Buren
Tabla en anexos

COMENTARIOS.- Al 69,74% de los recién nacidos prematuros no se les realizó reanimación, mientras que al 26,15% si se les realizó reanimación.

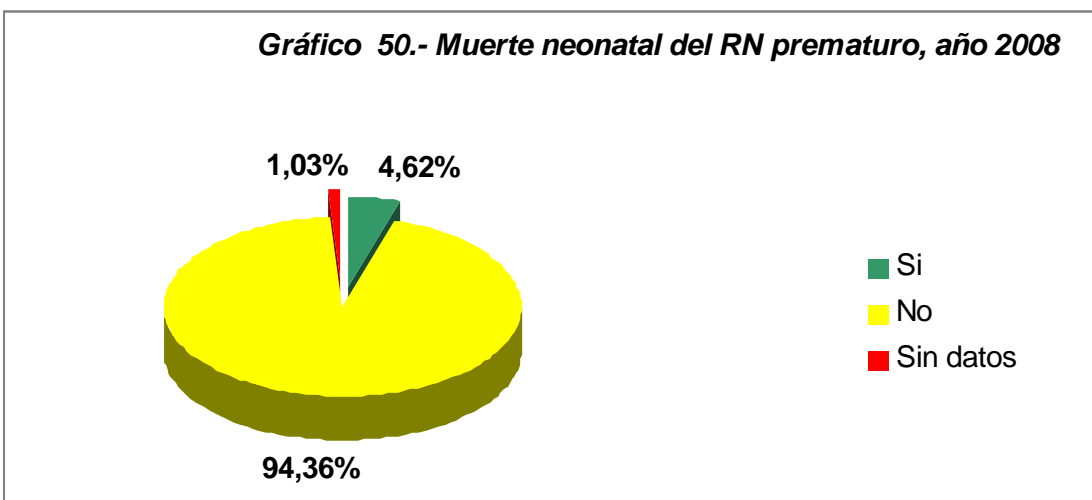
Gráfico 49.- Presencia de morbilidad neonatal del RN prematuro, año 2008



* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos
 Fuente: Hospital Carlos Van Buren
 Tabla en anexos

COMENTARIOS.- El 70,26% de los recién nacidos prematuros presentó morbilidad.

Gráfico 50.- Muerte neonatal del RN prematuro, año 2008



* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos
 Fuente: Hospital Carlos Van Buren
 Tabla en anexos

COMENTARIOS.- El 94,36% de los recién nacidos prematuros no fallecieron en la atención inmediata, mientras que el 4,62% si.

V.I Capítulo Sexto: Conclusiones

Conclusiones

Con respecto al nivel primario de atención:

Se debe considerar que el instrumento fue aplicado al 36,5% de la muestra, lo que corresponde a 61 fichas maternas, ya que no se tuvo acceso o no se encontraron las fichas restantes, por lo cual los resultados obtenidos consideran este porcentaje y no la totalidad de la muestra.

- El 57,38% de las gestantes presentaba factores de riesgo para parto prematuro en el transcurso del embarazo actual, es decir, cumplen con los criterios establecidos por la Guía Clínica. Por el contrario, sólo el 21,31% lo presentaba en embarazos previos.
- Al 91,80% de las gestantes se les realizó búsqueda de ITU en el primer control prenatal, de ellas el 30,36% la presentó y el 52,94%, recibió tratamiento. Esto refleja una deficiencia en el manejo adecuado establecido por la Guía Clínica. La totalidad de las ITU debiesen ser tratadas.
- El 80,33% de las gestantes fueron derivadas a nivel secundario de atención, de éstas, el 10,20% fueron por causas de derivación relacionadas con riesgos de SPP. En cambio, el 87,76% de las gestantes fueron derivadas por otras patologías. Esto significa, que la proporción de gestantes derivadas por riesgo de SPP desde nivel primario a nivel secundario de atención, es casi 9 veces menor que las derivadas por otras patologías, que también se podrían asociar con parto prematuro, como los Síndromes Hipertensivos del Embarazo y/o embarazo múltiple, entre otros.
- El 19,67% de las gestantes presentaron sospecha clínica de SPP al momento del control prenatal, de éstas, el 75% no fueron derivadas. Con estos resultados, se aprecia la deficiencia en el manejo de las derivaciones recomendadas para prevenir un parto prematuro.

Con respecto al nivel secundario de atención:

- Al 91,80% de las gestantes que tuvieron control en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico no se les realizaron procedimientos establecidos por la Guía Clínica para detectar vaginosis bacteriana. Con este resultado, se

puede concluir la importancia de su realización, ya que de haber sido este realizado hubiese disminuido en 2 a 6 veces el riesgo de desencadenar un parto prematuro³⁶.

- Al 77,05% de las gestantes no se les realizó cervicometría. Esto determina la falta de detección de disfunción cervical, cuya realización identifica el 25 a 50% de las mujeres que efectivamente desencadenarán parto prematuro antes de las 35 semanas³⁷.
- Al 81,97% de las gestantes no se les realizó Doppler de arteria uterina. Esto establece, una disminución en la detección de disfunción útero-placentaria, causante de partos prematuros idiopático, por RCIU y/o Preeclampsia.
- Del 18,03% de gestantes con Doppler de arteria uterina realizado, el 18,18% presentó alteración en el examen. En un 100% se mantuvo seguimiento tanto en ARO, como a nivel terciario de atención, para completar estudio y otorgar tratamiento adecuado.

Con respecto al nivel terciario de atención en gestantes con Síntoma de Parto Prematuro:

- Al 39,06% de las gestantes con SPP no se les administró tocólisis según esquemas descritos por la Guía Clínica. En este porcentaje se incluyen los SPP mayor a 35 semanas de gestación, ya que se recomienda en la Guía clínica no administrar a embarazos sobre esta edad gestacional
- La administración de tocólisis es utilizada para disminuir la dinámica uterina hasta en 48 horas y por consecuencia prevenir el parto prematuro. La ausencia de esta intervención, provoca pérdida valiosa de horas para determinar la causa, un eventual tratamiento o facilitar la maduración pulmonar corticoidal completa.
- Al 26,56% de las gestantes con SPP no se les administró corticoterapia para la maduración pulmonar fetal, lo que se asocia con aumento en la morbimortalidad neonatal.

³⁶ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

³⁷ MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

- Al 73,44% de las gestantes se les administró corticoterapia, de las cuales en el 25,53%, la dosis administrada fue incompleta según el esquema de maduración pulmonar. En esta cifra debemos considerar los SPP que desencadenaron un parto prematuro en menos de 24 horas de evolución.

Con respecto al nivel terciario de atención en gestantes RPM:

- Se observa que el profesional matrn/a cumpli3 en un 91,11% las acciones recomendadas por la Gu3a Cl3nica en gestantes con RPM, teniendo un desempe3o adecuado en el manejo de parto prematuro. El 8,89% restante, no implica el incumplimiento de su labor, dado que fueron desarrolladas parcialmente.
- En los RN menores de 32 semanas de gestaci3n se concentra el mayor riesgo morbi-mortalidad perinatal³⁸.
- Al 57,14% de las gestantes con RPM menor de 32 semanas no se les administr3 toc3lisis, mientras que al 42,86% si se les administr3. Esto se contradice con lo planteado en la Gu3a Cl3nica que sugiere no administrar toc3lisis a esta edad gestacional ya que a prevenir una eventual infecci3n ovular, por sobre prolongar la vida intrauterina, trae beneficios tanto fetales, como maternos, m3s que la prevenci3n del parto prematuro.
- Al 83,87% de las gestantes con RPM mayor a 32 semanas no se le administr3 toc3lisis y si se les administr3 en un 16,13%. La amplia brecha entre estos resultados, destaca el manejo de prevenir de una eventual infecci3n ovular por sobre la prolongaci3n de la vida intrauterina; ya que la gu3a cl3nica recomienda evitar el uso de tocol3ticos en gestantes con RPM.
- Al 80,00% de las gestantes con RPM se les administr3 preventivamente corticoides, lo que disminuye el riesgo de enfermedades respiratorias propias de la inmadurez pulmonar en los Reci3n Nacidos de Pret3rmino. De este porcentaje se administr3 dosis completa en un 77,78% de las gestantes con RPM, mientras que en 22,22% restante se le administr3 de manera incompleta, debido a gestantes con RPM que terminaron en parto

³⁸ MINISTERIO DE SALUD. Gu3a Cl3nica Prevenci3n Del Parto Prematuro. 1st ed. Santiago: Minsal, 2005.

prematureo dentro de las 24 horas a administrar la segunda dosis corticoidal, con cesáreas de urgencia.

- Se puede observar que al 85,71% de las usuarias con edad menor a 32 semanas de gestación y al 77,42% de las mayores a 32 semanas, se les administró terapia antibiótica, según los esquemas recomendados por la Guía Clínica. Por el contrario, al 14,29% menor a 32 semanas y 22,58% mayor a 32 semanas no se les administró antibioticoterapia, lo que representa mayor riesgo de desarrollar complicaciones derivadas de RPM como corioamnionitis clínica, y/o una infección perinatal asociada a costos económicos, sociales y culturales.
- Al 100% de las usuarias con edad gestacional menor a 32 semanas y al 92,31% con mayor de 32 semanas de gestación, se les otorgó tratamiento según la etiología identificada.
- Considerando que al 100% de las usuarias con RPM menor de 32 semanas se les otorgó tratamiento para la causa, llama la atención el 57,14% de complicaciones. Lo cual hace posible el cuestionamiento de eficacia de los tratamientos en gestantes con menor de 32 semanas, que actualmente se aplican en la maternidad del Hospital Carlos Van Buren en el año 2008. En contraste con el 3,23% de las complicaciones en embarazos de mayor a 32 semanas.

Con respecto al nivel terciario de salud, en la atención previa del parto prematuro:

- Al 100% de las gestantes al ingreso a sala de pre-parto se le diagnosticó una edad gestacional menor a 37 semanas, lo que deduce, que todas ellas tuvieron un manejo correspondiente a parto prematuro por parte del equipo de salud.
- De los 98,99% de los tratamientos otorgados para la causa del parto prematuro, todos terminaron en un parto pre-término. Se cuestiona nuevamente los tratamientos en gestantes con tal situación.
- Al 80,24% de las gestantes con trabajo de parto prematuro no se les administró tocólisis, puesto que no se encuentra indicado ni recomendado

por la Guía Clínica debido al avance presentado en el trabajo de parto. Se puede mencionar que al 19,76% se le administró tocólisis, con la hipótesis de un intento de detener el parto prematuro.

- El 74,55% de las gestantes con trabajo de parto prematuro menor de 32 semanas y el 70,54% de los embarazos mayores a 32 semanas, presentaron alguna patología que condicionó la interrupción del embarazo prematuro.
- Con respecto a las causas de indicación de interrupción del embarazo en gestantes con trabajo de parto prematuro menor de 32 semanas, se destaca un 31,48% relacionadas con hipertensión, de la cual, un 18,52% representa a gestantes con preeclampsia severa. Paralelo a esto, el deterioro de la UFP se presentó en un 18,52% seguido del embarazo múltiple con un 11,11% y las distocias de posición con el mismo porcentaje.
- Con respecto a las causas de indicación de interrupción del embarazo en gestantes con trabajo de parto prematuro mayor de 32 semanas, se destaca un 24,53% aquellas relacionadas con hipertensión, de la cual, un 0,94% representó a las gestantes con eclampsia, un 14,15% a las gestantes con preeclampsia severa. El deterioro de la UFP representó un 18,87% seguido del embarazo múltiple con un 7,55%.
- Dentro de los procedimientos recomendados por la Guía clínica en la atención del parto prematuro, la monitorización cardiofetal se destaca con un 41,32% de las acciones realizadas. Sin embargo la Guía clínica sugiere el uso en conjunto con anestesia peridural continua, esta última sólo utilizada en un 4,19%. Por lo tanto no se cumplen las intervenciones recomendadas por la Guía Clínica.
- El 67,66% de las gestantes finalizó su embarazo de pretérmino vía cesárea, mientras que el 29,94% lo hizo vía vaginal. Esto refleja la alta incidencia de partos quirúrgicos, lo que se contradice con lo planteado por la Guía clínica que sugiere realización de cesáreas en presencia de condiciones obstétricas desfavorables para parto vía vaginal, como presentaciones distócicas, embarazos múltiples, entre otros.

Con respecto a las características del Recién Nacido Prematuro

- Considerando que uno de los objetivos más importantes de la Guía Clínica es la disminución del nacimiento de Prematuros de alto riesgo, es decir, menores a 32 semanas de gestación y/o menores a 1500 gramos de peso al nacimiento, los resultados obtenidos muestran un bajo porcentaje de Recién nacidos con las características recién mencionadas, por lo que el manejo antenatal pudo haber influido positivamente en esto.
- La condición de Prematurez del RN se relaciona con morbilidad en un 70,26%, cifra bastante elevado, y se correlaciona con la importancia de prevenir un Parto Prematuro.

VII. Capítulo Séptimo: Sugerencias

Sugerencias

Durante la realización del presente estudio, se pudo observar numerosas situaciones y prácticas dentro de los Centros de Salud de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria en lo que respecta a la prevención, manejo y atención del parto prematuro. A continuación se proponen sugerencias formuladas a raíz de las conclusiones y desarrollo de la investigación.

- Se sugiere aplicar y evaluar sistemáticamente las prácticas clínicas recomendadas en los protocolos y Guías Clínicas Ministeriales para las respectivas patologías, sean éstas incluidas o no en el plan AUGE o GES. De esta manera, se establecería un orden universal en el manejo de cada caso y por consiguiente, mayor coordinación, equidad y eficiencia en la atención de las(os) usuarias(os).
- Se debe mejorar el manejo de las ITU en las gestantes, debido a su relación con el aumento de la incidencia de partos prematuros. El tratamiento debiera otorgarse al 100% de las gestantes que presenten patologías del tracto urinario, incluida la Bacteriuria asintomática. Quedó demostrado en el presente estudio que un número importante, correspondiente al 47,06% de las gestantes con ITU en control en APS, no fueron tratadas.
- Se sugiere que la búsqueda de Vaginosis Bacteriana debiera realizarse en todas las gestantes con factores de riesgo para parto prematuro, ya que su presencia aumenta significativamente el riesgo de esta patología. En este estudio se comprueba que la frecuencia de esta práctica en Valparaíso es muy baja, con un 8,20% de realización.
- Se recomienda a los Centros de Salud, mejorar su sistema de almacenamiento, administración y registro de fichas clínicas, ya que en un importante número de usuarias no fue posible encontrar dicho documento, específicamente en un 12,57% en atención primaria y en un 19,16% atención secundaria de salud.

- Mejorar el sistema de referencia y contra referencia entre los tres niveles de atención de Salud, para que exista una mejor coordinación y comunicación con el fin de optimizar la calidad de la atención.
- Facilitar las futuras investigaciones de estudiantes y/o profesionales de la salud, generando nuevos y óptimos canales de comunicación entre las instituciones solicitantes y los diferentes servicios. La obtención de datos de la investigación se vio dificultada por la negación de acceso a la información por parte de autoridades directivas de algunos centros de salud primario.
- Se propone que se consideren los factores de riesgo psicosociales en el manejo de esta patología, y que no se aborde el tema sólo del punto de vista biológico, ya que está demostrado que un bajo nivel socioeconómico y problemas psicológicos aumentan significativamente el riesgo de Parto Prematuro.
- Se recomienda la realización de estudios posteriores con respecto al Parto Prematuro, para mejorar la prevención y tratamiento de esta patología.

VIII. Capítulo Octavo: Bibliografía

Textos y revistas

- Althabe Fernando y colaboradores *“El parto de pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos”*, Revista Panamericana de de Salud Pública, junio 1999 Pág: 373-385.
- Borrelli Evelyn Eliana y colaboradores, *“Cursos simples vs/ múltiples de corticoides para la maduración pulmonar fetal en amenaza de parto pretérmino”*, Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina N° 151, Noviembre 2005. Pág: 4-7.
- Drs. Donoso Bernardita, Vera Claudio, Carvahal Jorge, Ph.D. *“Dosis única versus repetida de corticoides antenatales en rotura prematura de membranas de pretérmino”*, Revista chilena de obstetricia y ginecología 2004, Santiago de Chile.
- González Antonio y colaboradores, *“Asociación entre la cervicometría y el parto prematuro en pacientes con sospecha de trabajo de parto Pretérmino inicial”*, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.2, año 2005.
- González R., Germain A., Gutiérrez J., Barrera C., Varela J. *“Trabajo de Parto Prematuro y Prematuridad”*. Guía Perinatal, Chile: 2003. Pág. 125-159.
- Kattwinkel John y colaboradores, *“Recomendaciones Actuales en Reanimación Neonatal”*, Curso taller Hospital Clínico Universidad de Chile, 5ta. Edición, Año 2006.
- Laterra Cristina y colaboradores, *“Guía de Prácticas Clínicas. Amenaza de Parto Prematuro”*. Revista del Hospital Médico Infantil Ramón Sardá 2003, volumen 22, nº 001. Buenos Aires, Argentina.
- Manzanares Sebastián y colaboradores, *“Amenaza de parto prematuro. Valor de la cervicometría y la fibronectina”*, Medicina materno fetal, Actualización Obstetricia y Ginecología 2009.

- Miracle X., Di Renzo GC., Saling E. *“Normas para el Uso de Corticoides Prenatales para la Maduración Fetal”*, Journal of Perinatal Medicine, 2008. Barcelona, España Pág.191-196.
- Ministerio de Salud Chile, *“Guía Clínica Prevención Del Parto Prematuro”*. Primera edición, Santiago de Chile 2005.
- Ministerio de Salud Chile, *“Guías Nacionales de Neonatología”*. Santiago 2005.
- Nazer Herrera Julio y colaboradores. *“Manual de Neonatología”*, Hospital clínico Universidad de Chile, Laboratorio Saval, Año 2001. Capítulos 2, 3 , 4 , 5, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 28 y 29.
- Paul L. Allan y colaboradores. *“Ecografía Doppler clínica”*. Ediciones Elsevier. España 2002. Pág. 267-268.
- Riquelme Elisa y colaboradores, *“Manual de Procedimientos y Cuidados de Enfermería Neonatal”*, Editorial Mediterráneo, Año 2004, Capitulo 2 y 4.
- Salinas Hugo, *“Obstetricia”*, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Año 2005, Pág. 227-240.
- Schwarcz Ricardo Leopoldo, *“Obstetricia”*, Buenos Aires, Ateneo, Año 2005.
- Stan C, Boulvain M., Hirsbrunner-Amagbaly P., Pfister R. *“Hidratación para el Tratamiento del Parto Prematuro”* Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Limitada.
- Tapia José Luis y colaboradores, *“Manual de Neonatología”*, Santiago, Mediterráneo, Año 2000.

Páginas Web

- www.amiif.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=501&Itemid=41
- www.apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/preterm_birth/zqcom/es/index.html
- www.cedip.cl
- www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/formacion_continuada/documentos/Ponencias2009/Obstetricia/07APPValordelacervicometriaSManzanares.pdf
- www.med.unne.edu.ar/revista/revista151/2_151.pdf
- www.minsal.cl
- www.prematuros.cl
- www.scielo.org
- www.update-software.com/abstractses/AB003096-ES.htm
- <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/septiembre2008/Ginecol-542-8.pdf>
- http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/preterm_birth/socom/es/index.html

IX. Capítulo Noveno: Anexos

INSTRUCTIVO

Conceptos:

1) Extrasistema

Incluye a aquella usuaria que no pertenece al sistema FONASA, es decir a ISAPRE, particulares, DIPRECA, entre otros.

2) Población de Riesgo

Si: Incluye uno o más de los siguientes factores en el embarazo actual como: infecciones genito- urinarias, gestación múltiple, metrorragia de la segunda mitad del embarazo y/o polihidroamnios.

En embarazo previo: parto pretérmino previo hasta 35 semanas de edad gestacional, antecedentes de isquemia placentaria, antecedentes de RPM y/o antecedentes de incompetencia cervical.

No: No poseía factores de riesgo, tanto en embarazo actual como anteriores.

3) Screening de ITU

Si: Realización antes de las 12 semanas de gestación o en primer control prenatal, examen de sedimento de orina y/o urocultivo a gestantes que tuvieron parto prematuro año 2008.

No: No se le realizó screening.

4) Presencia de ITU

Si: Indica que la gestante cursó una ITU, ya sea bacteriuria asintomática, ITU baja o alta, mediante un sedimento de orina alterado y urocultivo positivo.

No: Gestante no presentó ITU.

5) Tratamiento para ITU

Si: Gestante que fue tratada con antibióticos específicos para ITU, como Nitrofurantoína 100mg vo c/8 hrs por 10 días, Cefradina 500mg vo c/6 hrs por 7 o según antibiograma.

No: No se le realizó tratamiento para ITU.

6) Causa derivación a Nivel Secundario

Otras patologías: se refiere a cualquier condición patológica, ya sea materna o fetal, que desencadena la derivación, como: Diabetes gestacional, Síndrome Hipertensivo del Embarazo, entre otros.

7) Diagnóstico de SPP

Si: Incluye a toda usuaria que presente 1 o más contracciones uterinas en 10 minutos, con o sin modificaciones cervicales (borramiento 50% y/o dilatación mayor a 1cm) en algún control prenatal.

No: No presentó los signos anteriormente mencionados.

8) Screening de Vaginosis bacteriana

Si: Incluye la realización de una muestra cervico-vaginal o flujo vaginal para su análisis mediante Test de Nitrazina, Test de Aminas y búsqueda de infección.

No: No se realizaron los procedimientos mencionados.

9) Seguimiento

Corresponde al nivel de atención de salud que fue derivada, ya sea **ARO** (atención secundaria), **Hospitalización** (atención terciaria) o **no se realizó** la derivación a ningún nivel, luego de presentar un Doppler Alterado.

10) Confirmación diagnóstica

Si: Considera la presencia de contracciones uterinas, 3 en 30 minutos, durante al menos 1 hora de observación clínica y/o RBNS, con o sin cambios cervicales (clínico y/o ultrasonográfico), como borramiento de más de 50% o dilatación cervical mayor de 1 cm.

No: No se hicieron procedimientos de confirmación diagnóstica.

11) Búsqueda etiológica

Si: Incluye una o más de los siguientes acciones o procedimientos: búsqueda de vaginosis bacteriana, cervicometría, realización de Doppler de arteria uterina, examen de urocultivo, examen citoquímico y bacteriológico de líquido amniótico,

búsqueda de causa de sobredistención uterina, y/o cualquier otro método que detecte patologías o condiciones materno-fetales.

No: No se realizaron acciones o procedimientos anteriormente descritos.

12) Identificación etiológica

Si: Implica la detección de alguna causa referida a patología materna o fetal, asociada a SPP, RPM o Parto prematuro.

No: No se identificó la causa materna o fetal, asociada a SPP, RPM o Parto prematuro.

13) Realización de tratamiento

Si: Incluye cualquier método terapéutico, ya sea farmacológico, no farmacológico (reposo, hidratación) o quirúrgico, que se realizó a gestantes.

No: No se realizó ningún método terapéutico para la causa.

14) Administración de corticoterapia

Si: Incluye a gestantes que se les administró corticoides para la maduración pulmonar fetal, sobre las 24 semanas de embarazo.

No: No se administró corticoide a gestante.

15) Esquema de corticoides administrado

Completa: Administración de Betametasona 12mg cada 24 hrs por 2 dosis vía IM, o Dexametasona 6mg cada 12 hrs por 4 dosis vía IM, administradas 7 días antes del parto prematuro.

Incompleta: Administración parcial de dosis de Betametasona o Dexametasona.

16) Cumplimiento rol de la matrona

Total: Incluye todas las medidas realizadas por matrona (ón) que como: reposo, apósito genital estéril, supervisión y evaluación de control de signos vitales, control obstétrico (dinámica uterina, flujo vaginal y latidos cardíofetales), evaluación de signos de infección (parámetros sépticos), RBNS.

Parcial: Realización de al menos una de las medidas mencionadas anteriormente.

17) Administración de antibioticoterapia

Si: Administración de cualquier tipo de antibiótico utilizado para la profilaxis y/o tratamiento de un cuadro infeccioso o séptico en RPM, como: penicilinas (ampicilina, amoxicilina, ampicilina-sulbactam), eritromicina, cefalosporinas (cefazolina, cefoxitina), gentamicina y clindamicina.

No: No se administró profilaxis y/o tratamiento antibiótico.

18) Seguimiento hematológico semanal

Si: Implica la realización cada 7 días, de uno o más de los siguientes exámenes, durante la hospitalización de gestantes: recuento de leucocitos, PCR, VHS, hemograma, entre otros.

No: No se realizó ningún examen hematológico en 7 días.

19) Seguimiento ecográfico semanal

Si: Considera la realización de al menos 1 ecotomografía obstétrica cada 7 días durante la hospitalización de la gestante.

No: No se realizó ninguna ecotomografía obstétrica en 7 días.

20) Complicaciones

Si: Incluye una o más de las siguientes patologías: corioamnionitis y/o deterioro de UFP.

No: No presentó complicaciones.

21) Diagnóstico al ingreso

Si: Considera aquel diagnóstico realizado por matrona (ón) o médico al ingreso a sala de Pre-partos, con edad gestacional menor a 37 semanas.

No: No se realizó diagnóstico de prematuridad.

22) Indicación de interrupción del embarazo

Determinación médica condicionada por situación materna o fetal que se beneficie con la interrupción.

Si: Hubo interrupción de la gestación.

No: No se interrumpió la gestación.

23) Causa interrupción del embarazo

Especificar: Describir una o más causas directas que provocaron la decisión de interrumpir el embarazo.

24) Procedimientos realizados

Realización de procedimientos durante el trabajo de parto o parto, al menos 1 vez realizados.

Otras: Incluye aquellos casos en que no se alcanzó su realización, por tener indicación directa a pabellón, como son los partos en etapa avanzada y/o expulsivo, partos fuera de servicio y cesáreas de urgencias.

25) Método de interrupción de la gestación

Medicamentos utilizados para interrumpir la gestación hasta el momento del trabajo de parto o parto prematuro.

Quirúrgico: Incluye a gestantes que tengan indicación de cesárea, ya sea electiva o de urgencia.

Espontáneo: Incluye a gestantes con trabajo de parto en periodo expulsivo o precipitado.

26) Peso

Indicados en la ficha maternal

Óptimo: Recién nacidos que pesan mayor o igual a 2.500 grs.

Bajo Peso: Recién nacidos con peso entre 1.500 y 2.500 grs.

Muy Bajo Peso: Recién nacidos con peso entre 1.500 y 1.000 grs.

Extremo: Recién nacidos con peso menor a 1.000 grs.

27) Diagnóstico Pediátrico según peso de nacimiento

Se considera el diagnóstico según peso de nacimiento realizado por el médico pediatra, consignado en la ficha maternal.

28) Reanimación neonatal

Abarca cualquier método utilizado para la reanimación neonatal durante la atención inmediata del recién nacido, consignado en la ficha maternal. Esta variable no incluye a los mortinatos.

29) Presencia de morbilidad Neonatal

Si: Incluye patologías que presentó el recién nacido prematuro durante la atención inmediata, ya sean asociadas o no a la condición de prematurez, consignado en la ficha maternal como hospitalizado luego de su atención.

No: No presentó patologías durante la atención inmediata.

30) Muerte neonatal

Si: Considera el momento de la atención inmediata del recién nacido, consignado en el Apgar al 1er minuto y a los 5 minutos de vida, en la ficha maternal.

No: No hubo muerte neonatal en la atención inmediata.

9.2 Instrumento para la recolección de la información: Cuestionario



Tesis: “Cumplimiento de la Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro, en establecimientos de los tres niveles de atención, comuna de Valparaíso, año 2008”

ARO

SPP

Rut:	Ficha Clínica:
Dirección:	Edad:
Fecha PP:	Ficha APS:
Consultorio de origen:	Hora PP:
Encuestador:	Código:
Observación:	Fecha de recolección:

Diagnóstico de ingreso:

Diagnóstico de egreso:

Diagnóstico preoperatorio:

Marcar con una X al costado derecho (de la hoja) la alternativa correcta.

I.- Identificar intervenciones en la prevención de Parto Prematuro recomendado por la Guía Clínica y Garantías Explícitas en Salud a nivel de atención primaria en salud.

Variable	Indicadores
A.- Distribución según acceso a fichas clínicas	Fichas clínicas encontradas*
	Sin control
	Pertencientes a extrasistema (1)
	Fichas clínicas no encontradas
	Sin acceso

* Solo si respondió “Ficha clínica encontrada” en la variable anterior, contestar todas las siguientes:

Variable	Indicadores
1.1 Factores de Riesgo ⁽²⁾ (Embarazo Actual)	Si
	No
Factores de Riesgo ⁽²⁾ (Embarazos Previos)	Si
	No

Variable	Indicadores
1.2 Screening de ITU ⁽³⁾	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
1.3 Presencia de ITU ⁽⁴⁾	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
1.4 Tratamiento para ITU ⁽⁵⁾	Si
	No

Variable	Indicadores
1.5 Derivación de gestantes con factores de riesgo a Nivel Secundario	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
1.6 Causa derivación a Nivel Secundario ⁽⁶⁾	Factores de riesgo para parto prematuro
	Otras Patologías
	Ambas

Variable	Indicadores
1.7 Diagnóstico de SPP ⁽⁷⁾	Si *
	No

***Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:**

Variable	Indicadores
1.8 Derivación de gestantes con SPP a Nivel Terciario	Si
	No

II.- Identificar intervenciones para la prevención de SPP para población de riesgo en nivel secundario de atención.

Variable	Indicadores
B.- Distribución de gestantes según acceso a fichas clínicas	Ficha clínica encontrada*
	Sin control en ARO
	Extrasistema
	No se presentaron a control
	Ficha clínica no encontrada

*** Solo si respondió “Ficha clínica encontrada” en la variable anterior contestar todas las siguientes:**

Variable	Indicadores
2.1 Screening para vaginosis bacteriana ⁽⁸⁾	Si
	No

Variable	Indicadores
2.2 Realización de cervicometría	Si
	No

Variable	Indicadores
2.3 Realización de Doppler de Arteria Uterina	Si*
	No

***Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:**

Variable	Indicadores
2.4 Doppler de arteria uterina alterado	Si*
	No

***Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:**

Variable	Indicadores
2.5 Seguimiento de gestantes con Doppler de arteria uterina alterado ⁽⁹⁾	En ARO
	Hospitalización

III.- Identificar intervenciones en gestantes con Síntoma de Parto Prematuro a nivel terciario de salud.

Variable	Indicadores	
C.- Distribución de gestantes según presencia de SPP	< o = 32 semanas	> 32 semanas
	Si*	Si*
	No	No

*Sólo si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar todas las siguientes:

Variable	Indicadores	
3.1 Diagnóstico confirmado de SPP ⁽¹⁰⁾	< o = 32 semanas	> 32 semanas
	Si	Si
	No	No

Variable	Indicadores
3.2 Búsqueda etiológica ⁽¹¹⁾	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
3.3 Identificación etiológica ⁽¹²⁾	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
3.4 Realización de tratamiento ⁽¹³⁾	Si
	No

Variable	Indicadores
3.5 Administración tocólisis	Si
	No

Variable	Indicadores
3.6 Administración corticoterapia ⁽¹⁴⁾	Si *
	No
	No es SPP

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
3.7 Esquema de corticoterapia administrado ⁽¹⁵⁾	Completa
	Incompleta

IV.- Identificar el manejo del parto prematuro en gestantes RPM hospitalizadas en el nivel terciario de salud.

Variable	Indicadores
D.- Distribución de gestantes según presencia de RPM	Si*
	No

*Sólo si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar todas las siguientes:

Variable	Indicadores
4.1 Cumplimiento rol de la matrona ⁽¹⁶⁾	Total
	Parcial

Variable	Indicadores	
	4.2 Administración tocólisis	< o = 32 semanas
Si		Si
No		No

Variable	Indicadores
4.3 Administración corticoterapia ⁽¹⁴⁾	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
4.4 Esquema de corticoterapia administrado ⁽¹⁵⁾	Completa
	Incompleta

Variable	Indicadores	
	4.5 Administración de antibioticoterapia ⁽¹⁷⁾	< o = 32 semanas
Si		Si
No		No

Variable	Indicadores	
	4.6 Búsqueda etiológica ⁽¹¹⁾	Si *
No		No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores	
	4.7 Identificación etiológica ⁽¹²⁾	< o = 32 semanas
Si *		Si *
No		No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores	
4.8 Realización de tratamiento ⁽¹³⁾	< o = 32 semanas	> 32 semanas
	Si	Si
	No	No

Variable	Indicadores	
4.9 Seguimiento hematológico semanal ⁽¹⁸⁾	< o = 32 semanas	> 32 semanas
	Si	Si
	No	No

Variable	Indicadores	
4.10 Seguimiento ecográfico semanal ⁽¹⁹⁾	Si	Si
	No	No

Variable	Indicadores	
4.11 Presencia de complicaciones ⁽²⁰⁾	< o = 32 semanas	> 32 semanas
	Si	Si
	No	No

V.- Identificar intervenciones para la atención del parto prematuro recomendadas por la Guía clínica.

Variable	Indicadores
5.1 Diagnóstico al ingreso ⁽²¹⁾	Si
	No

Variable	Indicadores
5.2 Búsqueda etiológica ⁽¹¹⁾	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
5.3 Identificación de etiología ⁽¹²⁾	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
5.4 Realización de tratamiento ⁽¹³⁾	Si
	No

Variable	Indicadores
5.5 Administración tocólisis	Si
	No

Variable	Indicadores
5.6 Administración de corticoterapia ⁽¹⁴⁾	Si *
	No

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores
5.7 Esquema de corticoterapia administrado ⁽¹⁵⁾	Completa
	Incompleta

Variable	Indicadores		
	5.8 Indicación interrupción del embarazo ⁽²²⁾	< o = 32 semanas	> 32 semanas
		Si *	Si *
	No	No	

*Si respondió que “Si” en la variable anterior, contestar la siguiente:

Variable	Indicadores		
	5.9 Causa interrupción del embarazo ⁽²³⁾	< o = 32 semanas	> 32 semanas
		Especifique:	Especifique:

Variable	Indicadores
5.10 Procedimientos realizados ⁽²⁴⁾	Sólo monitorización
	Sólo anestesia peridural continua
	Sólo monitorización y anestesia peridural continua
	Ninguna
	Otras

Variable	Indicadores
5.11 Método de interrupción de la gestación ⁽²⁵⁾	Misotrol
	Ocitocina
	Misotrol y ocitocina
	Quirúrgico
	Espontáneo

Variable	Indicadores
5.12 Vía del parto	Vaginal
	Cesárea
	Fórceps

VI.- Identificar las características del RN prematuro.

Variable	Indicadores
6.1 Sexo	Masculino
	Femenino
	Ambiguo
	Sin datos

Variable	Indicadores
6.2 Clasificación de Peso ⁽²⁶⁾	Óptimo
	Bajo peso
	Muy bajo peso
	Extremo
	Sin Datos

Variable	Indicadores
6.3 Diagnóstico pediátrico según peso de nacimiento ⁽²⁷⁾	AEG
	PEG
	GEG
	Mortinato
	Sin Datos

Variable	Indicadores
6.4 Puntaje Apgar (1° minuto)	7-10
	4-6
	0-3
	Mortinatos
	Sin Datos
Apgar (5° minuto)	7-10
	4-6
	0-3
	Mortinatos
	Sin datos

***Solo si no es “Mortinato” contestar la siguiente variable:**

Variable	Indicadores
6.5 Reanimación Neonatal ⁽²⁸⁾	Si
	No
	Sin Datos

Variable	Indicadores
6.6 Presencia de morbilidad neonatal ⁽²⁹⁾	Si
	No
	Mortinatos
	Sin Datos

Variable	Indicadores
6.7 Muerte neonatal ⁽³⁰⁾	Si
	No
	Sin Datos

9.3 Tablas

9.3.1 Nivel primario de atención en salud

TABLA 2. Realización de Screening de ITU en gestantes con parto prematuro controladas en APS, Valparaíso, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	56 (91,80%)
No	5 (8,20%)
Totales	61 (100,00%)

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

TABLA 3. Presencia de ITU en gestantes con parto prematuro, Valparaíso, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	17 (30,36%)
No	39 (69,64%)
Totales	56 (100,00%)

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

TABLA 4. Gestantes con parto prematuro que recibieron tratamiento para ITU, Valparaíso, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	9 (52,94%)
No	8 (47,06%)
Totales	17 (100,00%)

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

TABLA 5. Derivación de gestantes con parto prematuro que presentaron factores de riesgo para parto pretérmino desde APS a Atención Secundaria, Valparaíso, año 2008.

Respuestas	Frecuencia (%)
Si	49 (80,33%)
No	12 (19,67%)
Totales	61 (100,00%)

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

TABLA 6. Causas de derivación de gestantes con parto prematuro desde APS a Atención Secundaria, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Factores de riesgo para PP	5 (10,20%)
Otras Patologías	43 (87,78%)
Ambas	1 (2,04%)
Totales	49 (100,00%)

*Incluye cualquier otra patología materna o fetal, como SHE, hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes gestacional, Colestasia intrahepática del embarazo, entre otras.

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

TABLA 7. Diagnóstico de SPP en gestantes con parto prematuro controladas en APS, Valparaíso, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	12 (19,67%)
No	49 (80,33%)
Totales	61 (100,00%)

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

TABLA 8. Derivación de gestantes con parto prematuro con diagnóstico de SPP a Nivel Terciario, Valparaíso, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	3 (25,00%)
No	9 (75,00%)
Totales	12 (100,00%)

Fuente: Consultorios Municipalizados y SSVSA.

9.3.2 Nivel secundario de atención en salud

TABLA 9. Realización de screening para vaginosis bacteriana a gestantes con parto prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	5 (8,20%)
No	56 (91,80%)
Totales	61 (100,00%)

Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren

TABLA 10. Realización de cervicometría en gestantes con parto prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	14 (22,95%)
No	47 (77,05%)
Totales	61 (100,00%)

Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren

TABLA 11. Realización de Doppler de arteria uterina en gestantes con parto prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	11 (18,03%)
No	50 (81,97%)
Totales	61 (100,00%)

Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren

TABLA 12. Presencia de Doppler de Arteria Uterina Alterado en gestantes con parto prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	2 (18,18%)
No	9 (81,82%)
Totales	11 (100,00%)

Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren

TABLA 13. Seguimiento con Doppler de arteria uterina alterado en gestantes con parto prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
En ARO	1 (50,00%)
Hospitalización	1 (50,00%)
Totales	2 (100,00%)

Fuente: Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren

9.3.3 SPP para nivel terciario de atención en salud

TABLA 15. Búsqueda etiológica de SPP en gestantes a Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	50 (78,13%)
No	14 (21,88%)
Totales	64 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 16. Identificación etiológica de SPP en gestantes a Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	30 (60,00%)
No	20 (40,00%)
Totales	50 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 17. Realización de tratamiento en gestantes con SPP en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	28 (93,33%)
No	2 (6,67%)
Totales	30 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 18. Administración de tocólisis a gestantes con SPP en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	39 (60,94%)
No	25 (39,06%)
Totales	64 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 19. Administración de corticoterapia a gestantes con SPP en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	47 (73,44%)
No	17 (26,56%)
Totales	64 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 20. Esquema de corticoterapia administrado a gestantes con SPP en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Completa	35 (74,47%)
Incompleta	12 (25,53%)
Totales	47 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

9.3.4 RPM para nivel terciario de atención en salud

TABLA 21. Cumplimiento del rol de la matrona en gestantes con RPM en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Total *	41 (91,11%)
Parcial	4 (8,89%)
Totales	45 (100,00%)

* Incluye: Reposo, apósito genital, control obstétrico, RBNS, supervisión y evaluación de signos vitales y signos de infección.

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 23. Administración de corticoterapia a gestantes con RPM en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	36(80,00%)
No	9 (20,00%)
Totales	45 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 24. Esquema de corticoterapia administrado a gestantes con RPM en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Completa	28 (77,78%)
Incompleta	8 (22,22%)
Totales	36 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

9.3.5 Atención del parto prematuro en nivel terciario de atención en salud

TABLA 33. Búsqueda etiológica del parto prematuro en gestantes en nivel terciario de atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	125 (74,85%)
No*	42 (25,15%)
Totales	167 (100,00%)

*Incluye trabajo de parto prematuro avanzado y cesáreas de urgencias.
Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 34. Identificación etiológica del parto prematuro a gestantes en nivel terciario de atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	99 (79,20%)
No	26 (20,80%)
Totales	125 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 36. Administración de tocólisis a gestantes previo al parto prematuro en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	33 (19,76%)
No	134 (80,24%)
Totales	167 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 37. Administración de corticoterapia a gestantes previo al parto prematuro en nivel terciario de atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	110 (65,87%)
No*	57 (34,13%)
Totales	167 (100,00%)

*Incluye los trabajos de parto avanzados y/o cesárea de urgencia
Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 38. Esquema de corticoterapia administrado a gestantes previo al parto prematuro, año 2008.

Categoría	Frecuencia (%)
Completa	84 (76,36%)
Incompleta	26 (23,64%)
Totales	110 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 41. Procedimientos realizados a gestantes previo al parto prematuro en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Sólo monitorización	69 (41,32%)
Sólo anestesia peridural continua	7 (4,19%)
Monitorización y anestesia peridural continua	29 (17,37%)
Ninguna	41 (24,55%)
Otras*	21 (12,57%)
Totales	167 (100,00%)

*Incluye trabajo de parto en período expulsivo, parto fuera de servicio y cesárea de urgencia.
Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 42. Método de interrupción del embarazo en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Misotrol	12 (7,19%)
Ocitocina	12 (7,19%)
Misotrol y Ocitocina	2 (1,20%)
Quirúrgico	113 (67,66%)
Espontáneo	28 (16,77%)
Totales	167 (100,00)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 43. Vía del parto prematuro en Nivel Terciario de Atención, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Vaginal	50 (29,94%)
Cesárea	113 (67,66%)
Fórceps	4 (2,40%)
Totales	167 (100,00%)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

9.3.6 Características del Recién Nacido Prematuro

TABLA 44. Sexo del RN prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Masculino	112 (57,44%)
Femenino	80 (41,03%)
Ambiguo	1 (0,51%)
Sin datos	2 (1,03%)
Totales*	195 (100,00)

* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos.
Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 45. Clasificación de peso del RN prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Óptimo	47 (24,10%)
Bajo peso	100 (51,28%)
Muy bajo peso	27 (13,85%)
Extremo	19 (9,74%)
Sin datos	2 (1,03%)
Totales*	195 (100,00%)

* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos
Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 46. Diagnóstico pediátrico según peso de nacimiento del RN prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia relativo
AEG	69,23%
PEG	22,56%
GEG	1,03%
Mortinatos	3,08%
Sin datos	4,10%
Totales*	100,00%

* Muestra total aumentada por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos
Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 48. Reanimación neonatal en la atención inmediata del RN prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	51 (26,15%)
No	136 (69,74%)
Sin datos	8 (4,10%)
Totales*	195 (100,00)

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 49. Presencia de morbilidad neonatal del RN prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	137 (70,26%)
No	50 (25,64%)
Mortinatos	5 (2,56%)
Sin datos	3 (1,54%)
Totales*	195 (100,00%)

* Muestra total aumenta por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos

Fuente: Hospital Carlos Van Buren

TABLA 50. Muerte neonatal del RN prematuro, año 2008.

Categorías	Frecuencia (%)
Si	9 (4,62%)
No	184 (94,36%)
Sin datos	2 (1,03%)
Totales*	195 (100,00%)

*Muestra total aumenta por 24 embarazos múltiples: 20 embarazos gemelares, y 4 trillizos

Fuente: Hospital Carlos Van Buren