



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD, LUIS FELIPE MONCADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Valorar el Cumplimiento de la Normativa 011 sobre el uso de Corticoides Antenatales y su relación ante las Complicaciones del Recién Nacido Pretérmino, Sala de Neonatología, Hospital Escuela Regional Asunción, Juigalpa, Chontales, I Semestre 2015.

INFORME FINAL PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN ENFERMERÍA
CON MENCIÓN EN DOCENCIA

Autora:

Lic. Petronila Flores Gutiérrez.

Tutor:

Dr. Adrián Antonio Chávez Cano. Médico General
Msc. En Asesoramiento Genético.

Managua, Nicaragua. 2016.

I.Dedicatoria

Primeramente a DIOS por haberme permitido llegar este punto y haberme dado salud, y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, de su infinita bondad y amor.

A mi familia por estar ahí cuando más los necesité; por apoyarme y ayudarme en los momentos más difíciles.

A mis padres que no estaña a mi lado pero desde el cielo me están apoyando. En todo momento ya que eran unas persona tan hermosa por sus consejo, motivación.

II. Agradecimiento

A Dios Todopoderoso, guía espiritual e intelectual de nuestro ser, por darme el don de superación para alcanzar mis metas, y permitirme realizar mi sueño.

A mi familia y sobrina por su gran apoyo brindado y paciencia.

A mi tutor Dr. Adrian Antonio Chávez Cano por aportar su conocimiento en esta investigación.

A la Másteres: Carmen Dolores Castrillo, María Luisa Castilla por su gran apoyo incondicional que me brindaron en el desarrollo del trabajo investigativo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al colectivo de los Docentes del Instituto Politécnico de la Salud "Luis Felipe Moncada "Departamento de Enfermería, por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, por haberme transmitido los conocimientos obtenidos.

III. Carta de Aprobación del Tutor

A medida que transcurren las décadas el ejercicio en la práctica de enfermería parece tomarse cada vez más importante en los servicios de salud, creativo para satisfacerlo y objetivo para analizar sus esfuerzos y metas profesionales.

La enfermería es una profesión dinámica y su práctica cambia constantemente. Es una de las profesiones de asistencia, con una tradición larga y honorable de servicios a la humanidad. Aunque hay tendencia a considerar que la enfermera moderna surgió con la era de FLORENCE-NIGHTINGALE, en la última mitad del siglo pasado.

En la actualidad, la gran mayoría de las enfermeras profesionales trabajan en hospitales, clínicas particulares y otras instalaciones dando atención al cliente, familia y comunidad.

Durante el desarrollo de este estudio investigativo la Lic. En Salud Pública, mostró responsabilidad y dedicación hasta llegar a finalizar el presente estudio que lleva como tema general: Utilización de Corticoides Antenatales y su relación ante las complicaciones del recién nacidos pretérminos, en la Sala de Neonatología del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, Primer-Semestre del año 2015.

Considero lo antes mencionado y doy fe que el estudio reúne los requisitos científicos y metodológicos necesarios para ser evaluado ante un tribunal examinador.

Se incorporaron las correcciones realizadas por el Tribunal Examinador durante el proceso de Evaluación del Trabajo Investigativo

Tutor:

Dr. Adrian Antonio Chávez Cano
Msc. En Asesoramiento Genético

IV. Resumen

La utilización de la terapia con corticoides es relativamente económica. A nivel de atención primaria, por lo que es factible de implementar, siempre que cuente con personal capacitado para identificar a las mujeres con riesgos de presentar parto prematuro. Este trabajo de investigación trata sobre la utilización de corticoides antenatales y su relación ante las complicaciones de recién nacidos pretérminos en la Sala de Neonatología del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, Primer-Semestre del año 2015. El objetivo general es relacionar la utilización de corticoides antenatales con las complicaciones de recién nacidos pretérmino, en la Sala de Neonatología. El tipo de estudio es de corte transversal, con un enfoque cuantitativo, el universo estuvo compuesto por 116 recién nacidos pretérminos de la sala de neonatología. La administración de corticoide antenatales ayudan a disminuir el riesgo de complicaciones al recién nacido pretérmino, sin embargo, los resultados de la investigación demostró que independientemente de su administración o no, se pueden presentar complicaciones en el recién nacido pretérmino.

V. Acrónimos–Abreviaturas

EKG: Electrocardiograma

EMBPN: Extremadamente Bajo Peso al Nacer

HPPRN: Hipertensión Pulmonar Persistente del Recién Nacido

Ht: Hematocrito

HPPP: Hipertensión

MBPN: Muy Bajo Peso al Nacer

MBPN: Muy Bajo Peso al Nacer

PR - AEC: Pretérmino Adecuado para la Edad gestacional.

PR - GEG: Pretérmino Grande para la Edad Gestacional.

PR - PEG: Pretérmino Pequeño para la Edad Gestacional.

PR - AEC: Pretérmino adecuado para la Edad gestacional.

PR - GEG: Pretérmino grande para la edad gestacional.

PR - PEG: Pretérmino pequeño para la edad gestacional.

RN: Recién Nacido

RNBPN: Recién Nacido con Bajo Peso al nacer

RNPrT: Recién Nacido Pretérmino

RNPT: Recién Nacido Pos término

RNT: Recién Nacido a Término

RPM: Ruptura Prematura de Membrana

EG: Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último periodo menstrual normal.

APP: Amenaza de Parto Pretérmino.

IMC.Incremento Masa Corporal

MG: Miligramos

HG: Hemoglobina.

INDICE DE CONTENIDO

I. Dedicatoria

II. Agradecimiento

III. Carta de aprobación del tutor

IV. Resumen

V. Acrónimos y abreviaturas

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
IV. JUSTIFICACIÓN	7
V. OBJETIVOS	8
VI. MARCO TEÓRICO.....	9
VII. HIPÓTESIS INVESTIGACIÓN	39
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	40
IX. RESULTADOS	51
X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	54
XI. CONCLUSIONES.....	58
XII. RECOMENDACIONES	59
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	60
XIV. ANEXO.....	61

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ganacia de peso recomendado durante el embarazo según incremento de masa corporal, pre- embarazo	28
Tabla 2. Problemas a corto plazo del recién nacido pretermino	37

I. INTRODUCCIÓN

Pretérmino o Recién Nacido prematuro, se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de Gestación. Cerca de 15 millones de bebés nacen cada año antes de tiempo en el mundo, según el reciente informe 'Nacido demasiado pronto', presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012). *La OMS clasifica los nacimientos prematuros en dos grupos: los que son provocados o inducidos- antes de la semana 37 (por razones médicas) y los que se producen de forma espontánea antes de tiempo.*

El parto prematuro espontáneo, antes de la semana 37 de gestación, se puede desencadenar sin razón aparente. En otros casos, su inicio está asociado a diferentes factores como una infección, que se trate de una madre adolescente, la existencia de un embarazo múltiple o un estado de estrés. Otras causas más frecuentes de la prematuridad están asociadas a las complicaciones maternas o fetales, que obliguen a un adelanto del parto.

El parto prematuro ocurre entre 7-10% de los embarazos, siendo causa importante de morbimortalidad, en relación a un aumento en la incidencia de síndrome de distress respiratorio, hemorragia interventricular, ductus arterioso persistente, enterocolitis necrotizante , Sepsis neonatal y retinopatía entre otros (FRIEDMAN, 2008, p.31).

El uso de corticoides prenatales ha logrado grandes beneficios al ser utilizado adecuadamente, introducido por primera vez como terapia prenatal en 1972. El primer estudio clínico controlado en relación al uso de corticoide prenatal y maduración pulmonar fue realizado por (Liggins, 1969, p.55)

Por tal razón estudio desea relacionar la utilización de corticoides Antenatales y su relación ante las complicaciones del recién nacidos pretérmino, en la Sala de Neonatología del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, Primer-Semestre del año 2015.

II. ANTECEDENTES GENERALES

Entre los estudios que preceden y se relacionan a esta investigación están:

En **Cuba**, desde Enero del 2003 hasta Diciembre del 2007, se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, titulado “Morbimortalidad en neonatos de muy bajo peso en el hospital Iván Portuondo”. Este estudio duro 5 años, para identificar la morbilidad de este grupo de neonatos. Se estudiaron 47 pacientes con muy bajo peso que constituyeron el total de nacidos menores de 1500g en este período.

En **México**, para finales del año 2010, se realizó una investigación, en la población cautiva con derecho a seguridad social, en este estudio se encontró que la prevalencia de BPN y prematuridad era de 10%.

Demostrándose que el peso predominante fue entre 1250g y 1500g. La mayor parte correspondió al sexo femenino, de 28.1 a 32 semanas y prevalecieron los partos distócicos. La afección neonatal más frecuente fue la Enfermedad de Membrana Hialina, del total de neonatos solo 21 necesitó asistencia respiratoria mecánica y un total de 6 pacientes fallecieron, demostrándose una amplia supervivencia (Suárez, & Rodríguez 2003, 2007).

Junto con la prematuridad, el BPN es el factor predictivo más fuertemente asociado a mortalidad; por lo que ha quedado demostrada una relación directamente proporcional entre el peso al nacimiento y la mortalidad neonatal. La utilización de corticoides antenatales comienzan en la década de los 60-70, pero desde el principio y a pesar de los efectos beneficiosos demostrados, existen cierta resistencia a su utilización.

En **Nicaragua** el personal de enfermería del SILAIS Chontales en el año 2013, realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal sobre morbilidad neonatal en la sala de neonatología del Hospital Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo comprendido del 1 de octubre al 31 de diciembre del 2013. El universo fue representado por 295 neonatos ingresados en el servicio y la muestra la conformaron 48 neonatos, de ellos diagnosticados como

pretérmino, nacidos entre 26 y 34^{6/7} semanas de gestación, los menores de 1500 gramos representaron el 18.6%, y se mostró una sobrevivencia del 56.2%. Independientemente de la edad gestacional la tasa de Mortalidad fue de 19% neonatos pretérminos (x 1000 NV)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se denomina recién nacido pretérmino aquel neonato nacido con menos de 37 semanas de gestación. Estos niños, presenta sus sistema y órgano inmaduro, pues la edad gestacional determina la madurez del feto.

El nacimiento pretérmino es un problema importante en el cuidado de la salud perinatal. La mayoría de las Muertes Perinatales ocurren en recién nacidos pretérmino y es un importante factor de riesgo para el deterioro neurológico y la discapacidad. El parto prematuro afecta a los bebés y sus familias.

Se entiende por factores de riesgo obstétrico como todos aquellos factores externos e intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del recién nacido.

El SILAIS –Chontales en el auditorio da conocer en el primer semestre del año 2013. La evaluación de la relación de la mortalidad neonatal con el bajo peso al nacer, siendo causa importante de morbimortalidad, recién nacido pretérmino.

Se apreció una franca relación exponencial entre ambas variables, de modo que los recién nacidos con bajo peso al nacer (BPN) la mortalidad fue de 44 x 1000 NV, mientras que en los recién nacidos a término la mortalidad fue de 13 x 1 000 nacidos vivos (NV).

Los recién nacidos pretérminos ingresados en este servicio neonatología, pertenecientes a todo el departamento chontales, ocupan el primer lugar del total de nacidos vivos y su influencia negativa en los resultados de mortalidad neonatal, razón por la cual el cumplimiento del protocolo de corticoides antenatales en la amenaza de parto pretérmino.

El adecuado cumplimiento por lo antes mencionado es necesario valorar y actuar de forma preventiva en la aparición de afecciones en los neonatos que empeoran su estado de salud, y que en muchas ocasiones pueden ocasionar un daño a su vida.

En el Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa –Chontales, ingresa a diario un gran número de recién nacidos pretérmino de los diferentes SILAIS (Rio San Juan, Zelaya Central, Boaco, Región Atlántico Sur).

Al conocer de esta problemática, permite identificar los factores de riesgos y las complicaciones que presentada de los recién nacidos pretérminos.

La dirección del Ministerio de Salud del SILAIS-Chontales en coordinación con Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, ha desarrollado, capacitaciones, curso y diplomados, lo que ha permitido el desarrollo profesional de enfermería para mejorar la calidad de atención en los cuidados del recién nacido con personal capacitados y entrenados en los cuidados obstétricos y del recién nacidos, que incidirá en el desarrollo y calidad en la asistencia del recién nacido en las unidades de neonatología está muy vinculada a la capacitaciones del personal de enfermería que brinda atención.

Enfermería juega un rol beligerante en los procesos de atención por permanecer las 24 horas por lo tanto las licenciadas, enfermeras y auxiliares de enfermería en la atención a través de los cuidados que se les brinda y seguimiento, monitoreo de los recién nacidos.

Esta profesión inminentemente humanista es decir, que se preocupa del paciente del punto de vista holístico integral que cumple con alguna característica que se aprecia claramente y siendo una profesión de servicio al individuo familia y la comunidad, de carácter colectivo que posee un conocimiento adecuado para el ejercicio de enfermería.

El Ministerio de Salud (MINSA), ha desarrollado una serie de estrategias para lograr una atención en salud a los neonatos, estableciendo en el año 2013 la normativa, Guía Clínica para la Atención del Neonato. Haciendo coordinación con los establecimientos de salud público y privados que brindan atención directa a los recién nacidos.

Esta normativa indica el cumplimiento de los corticoides antenatales a mujeres con amenaza de parto prematuro a partir de las 24 < 35 a 34 6/7 semanas de gestación. Por tal razón se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuál es la utilización de los Corticoides Antenatales y su relación con las complicaciones del recién nacido pretérmino, en la Sala de Neonatología del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, Primer-Semestre del año 2015.

IV.JUSTIFICACIÓN

Con el desarrollo de la neonatología y la perinatología nos enfrentamos cada vez, a mayor número de recién nacidos de bajo peso y corta edad gestacional. Convirtiéndose en un reto mejorar la calidad de la atención en estos recién nacidos para lograr su supervivencia y calidad de vida. Por lo que la prematuridad es el mayor reto al que se enfrenta la asistencia antenatal actual, la prevención del parto prematuro y la reducción de las posibles secuelas.

Estos recién nacidos no solo precisan cuidados intensivos prolongados al nacer, sino que requieren numerosas hospitalizaciones e intervenciones multidisciplinarias posteriores, que con llevan a un significativo consumo de recursos humanos.

En la sala de neonatología del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa en los últimos años no ha sido posible disminuir la morbilidad de los nacimientos pretérminos, por lo que favorece la aparición de complicaciones en los neonatos con situaciones críticas de salud, como la enfermedad de membrana hialina riesgo de Sepsis y otras afecciones neonatales.

La realización de este trabajo, tiene como propósito, no solo identificar la problemática utilización de corticoide y las complicaciones que se presenten en los recién nacido cuando no se cumplen el ciclo completo de corticoide, además promover educación continua, permanente en los profesionales de enfermería en el cuidado del recién nacido.

V.OBJETIVOS.

5.1 Objetivo General

Valorar el cumplimiento de la Normativa 011 sobre el uso de los Corticoides Antenatales ante las complicaciones del recién nacido pretérmino, Sala de Neonatología, Hospital Escuela Regional Asunción, Juigalpa, Chontales, Primer Semestre 2015.

5.2 Objetivos Específicos

1. Describir factores de riesgo de las madres que presentaron amenaza de parto pretérmino.
2. Indagar la administración de corticoides en embarazadas con amenaza de parto pretérmino.
3. Enumerar las complicaciones presentadas por los recién nacidos pretérminos que no usaron corticoides antenatales.

VI.MARCO TEÓRICO

6.1 Corticoides.

Los corticoides, incluyen, por una parte, una serie de hormonas del grupo de los esteroides segregados por la corteza adrenal, y por otra, los derivados sintéticos que se consiguen modificando la estructura química básica de esas hormonas, que constituyen los fármacos esteroideos.

Las hormonas esteroideas cumplen un papel esencial en la regulación de numerosas funciones del organismo, como: el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y los lípidos; el equilibrio de electrolitos y agua; la función de los siguientes sistemas: cardiovascular, renal, inmunitario, músculo-esquelético, endocrino y nervioso; y la respuesta a situaciones de estrés.

Los fármacos esteroideos actúan de modo similar a las hormonas esteroides naturales, por lo que se utilizan en caso de déficit de las mismas. En su uso clínico adquieren gran importancia. Corticoides son un grupo de fármacos muy útiles y que permiten solucionar muchas patologías por los que usados de forma correcta el beneficio es muy superior al riesgo (OMS, 2009).

En general, el uso de corticoides no está contraindicado durante el embarazo. La prolongación del embarazo puede ser importante en la disminución de la morbimortalidad perinatal, especialmente en el grupo de edad gestacional en que la administración de corticoides juega un rol importante en la prevención del Síndrome Distres Respiratorio del recién nacido, ya que la inducción óptima de la madurez pulmonar fetal con corticoides requiere de 48 horas entre la primera dosis y la resolución del parto (OMS, 2009).

6.2. Base Científica de su uso.

La terapia prenatal con corticoides pretende simular la exposición endógena que ocurre en el útero y que contribuye a la maduración de varios órganos y

sistemas, entre ellos el pulmón y el cerebro. Los corticoides endógenos permanecen estables hasta treinta semanas de gestación (en torno a 14 -28 nmol).

En el tercer trimestre se aumenta (paralelo al del cociente lecitina / esfingomielina) de hasta siete veces los niveles, anteriores al llegar al término valores cercanos a los 125 mmol).

Durante el trabajo de parto, estos niveles se triplican (500-600 mmol) descendiendo en la primera semana de vida y alcanzando posteriormente cifras similares, a la cual los niveles de cortisol son proporcionales a la edad gestacional.

Los corticoides aceleran la maduración pulmonar, regulando una variedad de sistemas bioquímico dentro de los neumocitos tipo 2. Pero también influyen en el desarrollo de varios sistemas del organismo, dividiendo sus efectos en pulmonares y extra pulmonares (OMS, 2003).

Factor de Riesgo

Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño (MINSA, 2013, Normativa -109, p.18).

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS, 2016).

6.3. Parto Pretérmino

Se denomina parto pretérmino al parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación sea parto vaginal o cesárea (menos de 259 días) (MINSA, 2011, Normativa 077, pag 18).

6.3.1 Clasificación.

Según clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) la nomenclatura para su codificación está comprendida en lo concerniente a Embarazo, parto y puerperio correspondiente al grupo de trabajo de parto pretérmino.

6.3.2 Etiología.

Los partos pretérminos pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios:

- partos pretérminos espontáneos con membranas integras (inicio espontaneo de contracciones uterinas con membranas integras)
- parto pretérmino asociados a rotura prematura de membranas (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas)
- partos pretérminos por indicaciones obstétricas (resulta la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal: preeclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa sangrante, rotura prematura de membrana).

El parto pretérmino aparece como una afección secundaria entre las que podemos mencionar.

Causas Materna:

- Infecciones cervicovaginales.
- Infecciones de vías urinarias.
- Síndrome Hipertensión Gestacional.
- Ruptura prematura de membranas.
- Enfermedad aguda o crónica.

- Complicaciones obstétricas.
- Sangrado ante parto.
- Edad materna avanzada.

Causas Fetales:

- Malformaciones fetales.
- Embarazos múltiples.
- Macrosomía.
- Polihidramnios y TORCH.

Causas socio-ambientales:

- Estrés(laboral, psicosocial)
- Ansiedad.
- Tabaquismo, drogadicción

Causas externas:

- Trauma directos (golpes, caídas, coitos bruscos)
- Traumas indirectos, desaceleraciones.

Factores de riesgo.

Población de riesgo de parto Pretérmino que presenta un mayor riesgo de parto pretérmino según los siguientes criterios

Embarazo actual.

- Antecedentes patológicos personales
- Patologías familiares
- Procedencia
- Biológicos

- Obstétricos
- Periodo Intergenésicos.
- Índice de masa corporal.
 - Infecciones de vías urinarias.
 - Infecciones cérvico vaginales
- Rotura prematura de membranas.
- Números de controles prenatales.
- Edad materna.
- Hipertensión inducida en el embarazo.
- Polihidramnios.
- Bajo peso nacer.

Embarazo Previo:

- Diabetes.
- Hipertensión Crónica.
- Epilepsia.
- Cardiopatía.
- Asma.
- Infecciones de transmisión sexual
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción. (MINSA, 2011, Normativa-077pag.18), (MINSA, 2009, Normativa-011pag.98)

6.3.3 Diagnóstico.

Los pilares fundamentales para el diagnóstico son:

- Edad gestacional.
- Características de las contracciones.
- Estado del cuello uterino.
- La valoración fetal y datos complementarios

6.3.4 Características clínicas del parto pretérmino

- Gestación entre 22 y 36 semanas, a partir de la fecha de la última menstruación confiable. Para confirmar el diagnóstico, se debe apoyar y/o correlacionarse los aspectos clínicos y de gabinete (Ultrasonografía).
- Si existe duda sobre la fecha de la última menstruación o ésta se desconoce, el peso y la madurez fetal son los signos de mayor importancia.
- La medida de la altura uterina (cuando no dispongamos de ultra sonido) y la biometría (medición de antropometría fetal) por ultrasonografía cuando exista un ultra sonido previo de referencia son los elementos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo pretérmino.
- Síntomas: Sensación de peso en hipogastrio, puede o no existir dolor intermitente abdominal de predominio en hipogastrio y que se irradie o no a la región lumbo-sacra.
- Signos: Salida de flujo vaginal mucoso o sanguinolento, contracciones uterinas persistentes dolorosas o no dolorosas, comprobadas clínicamente y/o registros electrónicos de frecuencia uno cada 10 minutos con duración palpatoria de 30 segundos y que están presentes durante un lapso de 60 minutos o más, también hay modificaciones cervical con dilatación menor de 3 cm.

6.3.5 Exámenes complementarios

- Ultrasonido debe documentar el peso fetal, presentación, localización placentaria, perfil de crecimiento fetal, volumen de líquido amniótico y otras condiciones fetales que pudieran ser causas o influir en el manejo de la amenaza de parto pretérmino.
- Medición del cuello con ultrasonido:
- La medición de la longitud del cuello por ultrasonido vaginal identifica a las pacientes con disfunción cervical, (Doppler de la arteria uterina).
- Fibronectina en sangre materna mayor o igual a 50 mg por mL (actualmente no disponible en el MINSA).

- Acciones de enfermería ante un recién nacido pretérmino:
 - Brindar a este grupo de recién nacidos una alimentación balanceada en las características digestivas y metabólicas del prematuro, siempre que sea posible de forma precoz, después de su estabilización y adaptación a la vida extrauterina.
 - Mantener de preferencia la leche materna de no ser posible, se utilizan leches propias para prematuros.
 - La modalidad de alimentación es de acuerdo con lo indicado por el personal médico, el cual valora el peso y estado clínico del recién nacido.
 - En los recién nacidos con peso menor a los 1000 gramos se comienza con alimentación parenteral o mixta según las necesidades hídricas y calóricas.
 - Es muy importante el control estricto del peso diario en estos recién nacidos, para valorar su estado nutricional y la curva de peso.
 - El manejo correcto de la incubadora para regular temperatura cutánea entre 36,5 y 37 °C.
 - Vestirlo adecuadamente al recién nacido (para disminuir las pérdidas) insensible.
 - Colocarlo en un nido dentro de la incubadora.
 - Los prematuros tienen una alta posibilidad de presentar complicaciones debido a su inmadurez en sus sistemas y órganos, por lo que el personal de enfermería debe vigilar los signos y síntomas de complicación. (Enfermería ginecoobstétrica, la habana, 2009, pag 258).

6.3.6 Antecedentes patológicos personales.

Personales a los propios de la embarazada, en el caso el tipo de Diabetes o si es diabetes gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genito-urinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB. En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de indicadores de violencia en el embarazo actual, hipertensión

crónica, preeclampsia, eclampsia, tuberculosis. (MINSA, 2013, Normativa-106 pag.18).

6.3.7 Antecedentes patológicos familiares.

Familiares:

Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge. (Hipertensión arterial crónica, diabete. (MINSA, 2013, Normativa-106 pag.18).

Procedencia.

Se refiere a la residencia habitual de la embarazada en estudio, además de anotar la dirección exacta de la gestante para efectos de la búsqueda activa de inasistentes.

6.4 Atenciones Prenatales:

Según (MINSA 2009) En las Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo riesgo, define la atención prenatal como: *"La serie de visitas programadas de la embarazadas con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidado del/a recién nacido/a. la atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad"*.

En las Atenciones prenatales de Bajo Riesgo se realizaran solo cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. La captación, la cual debe ser antes de las 12 semanas de gestación (primera atención) debe ser lo precoz posible.

Esta normado efectuarla en el primer trimestre del embarazo. Las captaciones tardías imponen realizar las actividades correspondientes a las atenciones

anteriores además de las que corresponden la atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos.

1. Precoz: Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
2. Periódico: Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de salud.
3. Continua: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemáticas e ininterrumpida.
4. Completa: Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
5. Amplia Cobertura: Es el porcentaje de población embarazada que es controlada .La cobertura meta por territorio es el 100%.
6. Calidad. Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo.
7. Equidad: La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza y religión. (MINSA, 2009 Normativa-011 p.95).

En el artículo.38 de la Ley General de Salud (Nº423).

En mención el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, inserta la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud orientada a las personas, familia y comunidad, incidiendo con acciones sobre el ambiente articulado en forma sinérgica a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población en mención.

Por tanto es competencia de la Dirección de Enfermería asegurar la aplicación de los procesos normativos en los servicios de enfermería.

Capítulo II. Código de Ética de Enfermería.

Arto. 2: El profesional de enfermería debe brindar asistencia a toda persona que lo necesite, según su competencia.

Arto.9: Guardar toda información confiada por el paciente durante el ejercicio de sus funciones.

En cuanto a Normativas de Enfermería con resolución ministerial está la integración Docencia Servicio, (071) Guías de Cuidado de Enfermería Embarazo, Parto Puerperio y Recién Nacido (030), Manual Proceso de Atención de Enfermería del Sector Salud (128), Sin resolución Ministerial: Manual de Funciones Básicas de Enfermería de Hospitales, Funciones del personal de Enfermería que labora en el I Nivel, Técnicas y Procedimientos de Enfermería, Estándares para la Calidad de Atención. Aplica cuidados especiales empleando normas guías, protocolos, manuales. Técnicas, Procedimientos y Estándares de Enfermería. *(MINSA, 2015, Normativa-133, p.16)*

La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias.

Con la aplicación de las guías de cuidado de Enfermería durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacidos se pretende incidir en mejorar la atención para prevenir complicaciones, a través de la difusión del conocimiento y reconocimiento de los signos de alarma asociado a las emergencias obstétricas grupos y poblaciones priorizadas y con factores de riesgo. *(MINSA, 2010, Normativa-030, p.28).*

Criterios de referencia.

Toda gestante con una edad gestacional entre las 22 y 37 semanas con evidencia de contracciones uterinas frecuentes deben ser referidas a un

establecimiento con cuidado obstétrico emergencia (COE), con vía segura, para su evaluación y manejo correspondiente. (MINSA, 2011, Normativa-077, p.21).

6.5 Preeclampsia.

La preeclampsia es una patología exclusiva del embarazo. Se presenta a partir de la semana 20 y hasta el día 30 posparto, y se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg por un aumento de 30 mmHg o más en la presión arterial sistólica ó de 15 mmHg ó más en la presión arterial diastólica habitual, todo esto asociado con proteinuria en la orina y en ocasiones edema o lesión de órgano. (MINSA, 2013, Normativa.109, pag.100).

6.5.1 Etiología.

De la preeclampsia se desconoce, sin embargo la teoría más aceptada es la invasión trofoblástica incompleta. (MINSA, 2013, Normativa.109, pag.100)

6.5.2 Clasificación.

La clasificación del Síndrome Hipertensivo Gestacional está basada en la forma clínica de presentación de la hipertensión, siendo la siguiente:

- Hipertensión arterial crónica.
- Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada.
- Hipertensión gestacional.
- Preeclampsia – Eclampsia.

6.5.3 Pacientes consideradas de alto riesgo para preeclampsia.

- Edad materna igual o mayor de 40 años.
- Antecedentes de :
- Preeclampsia previa.
- Anticuerpo antifosfolipidos.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad renal.
- Diabetes preexistente.

- Historia de madre o hermanas con preeclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Intervalo intergenésico igual o mayor a 10 años.
- Presión arterial sistólica mayor o igual a 130 mmhg., o presión arterial diastólica mayor o igual a 80.
- Hipertensión crónica descompensada.
- Enfermedad periodontal.
- Enfermedad de vías urinarias

6.6 Infecciones cérvico vaginales

6.6.1 Candidiasis:

La candidiasis o moniliasis es una micosis vaginal ocasionada por hongos del genero monilia, producida por varias especies, de las cuales 80% corresponde a la Candida albicans.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres: embarazadas, diabéticas, inmunodeprimidas y en las edades de mayor actividad sexual (16 a 30 años); por los que las gestantes asintomáticas tienen una incidencia de candida similar a las no gestantes (15 a 20%). La incidencia de candidiasis sintomática aumenta durante el embarazo (30 a 40%). (Socarrás, 2009, pag 144)

6.6.2 Tricomoniasis:

La infección por trichomona vaginalis es frecuente y responsable de aproximadamente 25% de las vaginitis sintomáticas. Aunque se presenta a cualquier edad, es más frecuente en la etapa de mayor actividad sexual, por lo que es un parasito de transmisión sexual presente en 12 y 30% de las embarazadas. (Socarrás, 2009, pag 144)

4.6.3 Chlamydia

Es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes, ya que entre los factores de riesgo más importantes que se han identificado están: la presencia de otra la conducta sexual.

El mecanismo por el cual esta infección puede desencadenar el parto pretérmino se debe a que chlamydia trachomatis es un agente patógeno importante de producción de fosfolipasa, que activa el ácido araquidónico del amnios y el corion, por lo que estimula la producción y liberación de prostaglandinas (Socarrás, la habana 2009, pag 146)

6.6.4 Infecciones de vías urinarias.

Se ha asociado el origen de las IU en embarazadas a varios factores. Uno de ellos podría ser la compresión mecánica en los uréteres por el aumento del tamaño del útero y el consecuente apareamiento de hidrouréter e hidronefrosis. Otro, la relajación del músculo uterino por acción de la progesterona y finalmente, las alteraciones del pH, osmolaridad, glucosuria y aminoaciduria inducidas por el embarazo, que podrían facilitar el crecimiento bacteriano.(MINSA, 2011, Normativa-077pag.172)

La infección urinaria activa en embarazadas al momento del parto, antecedente de infección urinaria en etapas previas de este mismo embarazo), es uno de los factores de riesgo más importantes que lleva a sepsis neonatal. .(MINSA, 2011, Normativa-077

6.6.4.1 Clasificación y manifestaciones clínicas de las infecciones de vías urinarias:

Las clasificaciones tradicionales artificiosas de tipo anatómico no cambian el enfoque del tratamiento.

Una vez establecido el diagnóstico de infección urinaria basado en el examen de orina anormal utilizando cinta de esterasa leucocitaria y nitritos o al utilizar la

cinta reactiva de uroanálisis se procede a su clasificación. Toda infección urinaria asintomática o no, debe recibir tratamiento con antimicrobianos.

6.6.4.2 Infecciones urinarias asintomáticas:

Como su nombre lo dice, la infección vía urinaria está presente, pero no hay síntomas.

1. Orina con presencia de 10 o más leucocitos por microlitro (milímetro cúbico) contados en cámara de Neubauer en orina sin centrifugar o a través de la detección de esterasa leucocitaria utilizando cintas diagnósticas apropiadas y presencia simultánea de nitritos en una muestra tomada a medio chorro.

2. Urocultivo con 100 mil o más bacterias por microlitro de orina de un solo género y especie bacteriana en una muestra tomada a medio chorro.

Infecciones urinarias sintomáticas:

Con sintomatología leve:

Una de las dos definiciones de infecciones vías urinaria asintomática y presencia de disuria, frecuencia, urgencia, dolor abdominal bajo o suprapúbico

Con sintomatología severa:

Una de las dos definiciones de infecciones vías urinarias asintomáticas, sintomatología leve y uno o más de los siguientes:

Presencia de fiebre, escalofríos, dolor costovertebral, disuria, frecuencia, urgencia, náusea, vómitos.

Etiología.

Escherichia coli es la bacteria que se aísla con más frecuencia infecciones vías urinaria de en embarazadas sintomáticas y asintomáticas, en al menos 80-90% de todos los aislamientos.

El restante porcentaje lo constituyen Staphylococcus saprophyticus, Streptococcus Beta hemolítico del Grupo B y otras bacterias gramnegativas.

Los gramnegativos proceden del intestino y debido a factores de virulencia como las fimbrias pueden unirse y colonizar a las células epiteliales vaginales y periuretrales. Igualmente, los Streptococcus del grupo B se asocian con colonización vaginal, aunque no son una causa frecuente de infección urinaria materna. (MINSA, 2011, Normativa-077pag.173)

Diagnóstico de laboratorio:

El método de referencia para la detección de infección urinaria durante el embarazo ha sido el urocultivo sin embargo, este método tiene altos costos, requiere al mínimo de 3 días para obtener los resultados (cuando hay crecimiento bacteriano), requiere laboratorios confiables, personal altamente entrenado y no todas las unidades de salud disponen de él.

Por estas razones se buscaron otras formas de comprobar el diagnóstico basadas en la respuesta inflamatoria (presencia de leucocitos en orina) y bacterias (presencia de nitritos en orina).

En 1979 se publicó el primer estudio que utilizaba la actividad enzimática de la esterasa leucocitaria como marcador cuantitativo de leucocitos en orina, aplicada en una tira de papel absorbente adherida a una tira plástica conocida actualmente como **tira para sumergir (dip-stick)** por su nombre en inglés). Este método fue rápidamente aceptado, y su sensibilidad frente al urocultivo varía entre 54-94%. (MINSA, 2011, Normativa-077pag.173).

6.6.5 Ruptura prematura de membrana.

Se designa con el nombre de ruptura prematura de membranas a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto. Dentro de ella se encuentran:

1. Ruptura prolongada de membranas: Ruptura de membranas con periodo de latencia de 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.

2. Periodo de latencia: Intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas y el nacimiento.
3. Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular: La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior, permaneciendo el amnios íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.
4. Ruptura precoz: Es la que acontece durante el período de dilatación, antes de que este se haya completado.
5. Ruptura tempestiva: Es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.
6. Ruptura alta: cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
7. Ruptura espontánea: Es la que se produce sin intervenciones.
8. Ruptura artificial: Cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

6.6.5.1 Etiología.

Son múltiples, los factores causales de la ruptura prematura de membranas son poco conocidos y algunos muy discutidos. La etiología de la RPM es conocida en la mayoría de los casos, sin embargo se han identificado que los factores predisponentes más frecuentes son:

Infecciones cervicovaginales, Corioamnioitis. Alteración de las propiedades físicas de las membranas

Tensión excesiva de las membranas ovulares (polihidramnios, embarazo gemelar).

Traumatismo. Causado en gran manera por los tactos vaginales, colocación de amnioscopio, catéteres utilizados para registrar la presión uterina, sondas para iniciar el parto, son procedimientos que pueden producir una amniotomía accidental involuntaria, cerclajes.

Infección Local. Las infecciones del tracto genital inferior se asocia con una alta incidencia de ruptura prematura de membranas.

Incompetencia Ístmico-cervical.

Déficit de vitamina C y de Cobre.

6.6.5.2 Clasificación de rotura prematura de membranas.

Se pueden subdividir según la edad gestacional en dos grupos.

Ruptura Prematura de Membranas (RPM): Si la ruptura de membranas se da en un embarazo de término.

Ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino (RPMP).cerca del término, que son aquellas pacientes con rotura de membranas entre las 34 y 37 semanas. RPMP es aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas. RPMP pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas.

6.6.5.3 Factores de riesgo.

- ✓ Infección del tracto genital inferior (ITS).
- ✓ Antecedente de parto pretérmino.
- ✓ Embarazo con un DIU.
- ✓ Debilidad inherente de las membranas.
- ✓ Corioamnioitis.
- ✓ Esfuerzo excesivo.
- ✓ Infección Urinaria.
- ✓ Desproporción cefalopélvica.
- ✓ Déficit nutricional.
- ✓ Incompetencia itsmicocervical. Conización cervical por tratamientos al cuello del útero; cerclaje).
- ✓ Antecedentes de ruptura de membranas.
- ✓ Hemorragia preparto.
- ✓ Desnutrición.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Enfermedades pulmonares durante el embarazo.

6.6.5.3 Diagnóstico

Manifestaciones clínicas

El diagnóstico se debe efectuar mediante la historia clínica (interrogar con precisión sobre color, cantidad, fecha y hora del comienzo de la salida de líquido, aumento de la humedad perineal, si es pérdida intermitente, o fue salida franca de líquido que moja los muslos y el piso).

Observación de salida de líquido amniótico por canal cervical con espéculoscofia. (Nivel de evidencia II-3, Grado de recomendación B). Color: a veces ligeramente opaco, ambarino, blanco o teñido de meconio, olor característico semejante al semen o al hipoclorito de sodio, vermix de origen fetal después de las 32 a las 35 semanas. (MINSA-Normativa-109 pag.126)

6.6.5.4 Tratamiento, manejo y procedimiento

Primer nivel de atención.

- ✓ Comprobar la vitalidad fetal y la presentación del producto.
- ✓ Comprobar ruptura de membrana a través de espéculoscofia si no es evidente.
- ✓ Solo en caso de tener actividad uterina tacto vaginal para comprobar modificaciones cervicales.
- ✓ En caso de prolapso de cordón rechazar la presentación hasta completar la extracción del producto por vía cesárea.
- ✓ Reposo absoluto mientras se inicia el traslado.
- ✓ Canalizar con bránula 16.
- ✓ Iniciar 1era dosis de antibióticos ampicilina 2g IV.
- ✓ Poner vacuna de toxoide según esquema vigente.
- ✓ Iniciar maduración pulmonar en caso de embarazos menores de 35 semanas.

- ✓ En caso de pretérmino y actividad uterina franca utilizar uteroinhibidores para completar maduración pulmonar solo si embarazo es menor de 35 semanas de gestación

(MINSA-Normativa-109 pag.129)

Segundo nivel de atención

- ✓ Medidas Generales:
- ✓ Ingreso a sala Alto Riesgo Obstétrico.
- ✓ Control de signos vitales cada 8 horas.
- ✓ Datar con exactitud la gestación.
- ✓ Valoración de la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal.
- ✓ Confirmar la ruptura de membranas.
- ✓ Realizar exámenes de laboratorio descritos en auxiliares diagnósticos.
- ✓ Descartar corioamnionitis
- ✓ Continuidad de administración de corticoide según normas y protocolos.

6.7 Efectos beneficiosos de la administración de un ciclo de corticoides.

El mejor efecto de los corticoides antenatales se da entre las 24 horas y antes de los 7 días de haberse iniciado esta terapia.

- Disminuyendo en un 46% el SDR.
- Membrana hialina, 30%.
- La enterocolitis necrotizante 20% y la hemorragia interventricular.
- La mortalidad neonatal con aumento de las supervivencias a largo plazo.

Administración repetida corticoide no ha mostrado beneficios y por el contrario se han evidenciado mayores riesgos con la repetición de los ciclos como sepsis neonatal temprana, corioamnionitis, endometritis y muerte neonatal.

(MINSA, 2011, Normativa -077, p.26).

El parto prematuro puede presentarse en combinación con otras patologías, como el caso de preeclampsia, el cual puede inducir a una mayor incidencia de parto prematuro.

6.8 Índice de masa corporal.

El aumento de peso durante la gestación debe recomendarse considerando el estado nutricional pre embarazo, evaluando con el índice de masa corporal preembarazo o en la primera consulta antenatal, ante de las 12 semanas de gestación. El índice de masa corporal y el aumento de peso en el embarazo, anormales son factores de riesgo asociado a resultados maternos, perinatal neonatal, infantil y del adulto desfavorables a corto y largo plazo.

La hipertensión arterial gestacional, preeclampsia, cesárea, la enfermedad cardiovascular y menor lactancia materna son más frecuente en embarazadas con sobrepeso y obesa. El incremento de masa corporal preembarazo por debajo o por arriba de lo recomendada aumenta el riesgo de trastorno grave durante el embarazo. (MINSA-2009-Segunda edición p.11)

Tabla 1. Ganancia de peso recomendada durante el embarazo, según incremento de masa corporal pre-embarazo (recomendaciones del IOM).

Peso Pre-Embarazo	IMC(kg/m²)	Ganancia de Peso en libras	Peso recomendado kg
Desnutrida	< 18.5	28-40	12.5-18
Peso normal	18.5-24.9	25-35	11.5-16
Sobrepeso	25-24.9	15-25	7-11.5

(MINSA, Normativa, 011, pag.103)

6.9 Administración de corticoides

Los corticoides prenatales reducen significativamente la mortalidad neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y hemorragia interventricular, enterocolitis

necrosante, sepsis neonatal en las primeras 48 horas de vida y el ingreso a cuidados intensivos neonatales.

6.9.1 Indicaciones de los corticoides prenatales.

Las nuevas evidencias apoyan el uso de un ciclo único de corticoides prenatales, para acelerar la maduración pulmonar y de otros órganos fetales en mujeres en riesgos de un nacimiento pretérmino, por lo que hay evidencias que señalan el beneficio al administrarlos a la edad gestacional entre las 26 y menos de las 35 semanas de gestación (34 semanas y 6 días de gestación) y función los corticoides en la era de los cuidados neonatales actuales.

Hay beneficio en mujeres con ruptura prematura de membranas y en aquellas con síndrome hipertensivo.

Un ciclo único de corticoides prenatales, debe ser administrado a toda embarazada con amenaza de parto pretérmino (MINSA, 2011, Intervenciones Basadas en Evidencias para reducir la Mortalidad Neonatal, pag 48).

La terapia con corticoides es relativamente económica. A nivel de atención primaria, por lo que es factible de implementar, siempre que cuente con personal capacitado para identificar a las mujeres con riesgos de presentar parto prematuro.

La barrera principal en cuanto a la implementación con corticoesteroides es la dificultad de identificar a tiempo a las mujeres con riesgos de parto prematuro para administrar los corticoesteroides, la información a las embarazadas debería centrarse en la notificación temprana al centro de salud, ante la presencia de los primeros de complicaciones del embarazo, como lo son las contracciones uterinas prematuras, la ruptura prematura de membranas y los síntomas de preeclampsia.

Hofmeryr (2009) administración prenatal de corticoesteroides, pag 4.

A toda embarazada con:

- Amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino.

- Ruptura de membrana en pretérmino.
- Hemorragia anteparto
- Cualquier causa que justifique un nacimiento pretérmino electivo.
- A toda embarazada con las condiciones antes señaladas, y aun con
- Síndromes hipertensivos, entre las 26 semanas y menos de 35 semanas (Hasta las 34 semanas 6 días), se le debe administrar un ciclo único, de uno de los siguientes corticoides prenatales:

Dosis: Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 días, ó Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.

El tratamiento debe ser iniciado en embarazadas con cualquier síntoma o signo sospechoso del inicio de un trabajo de parto pretérmino o la necesidad potencial de un nacimiento pretérmino electivo y no esperar hasta tener certeza en el diagnóstico. Los corticoides prenatales deben indicarse en ruptura prematura de membrana sin corioamnioitis entre las 24 < 35 semanas 34 6/7 semanas.

El tratamiento con corticoide prenatal debe administrarse, siempre, excepto que el nacimiento parezca inminente (menos de 1 hora).

(MINSA, 2011, Normativa-077, p.21), (MINSA, 2ªEdicion 2009 Intervenciones basada en evidencia pag 44).

6.10 Actividades de enfermería para la administración de corticoides antenatales.

Se debe orientar a la gestante sobre los factores de riesgos que predisponen al parto pretérmino y como disminuirlos en la medida que sea posible.

- Brindarle información sobre los síntomas y signos de amenaza del parto pretérmino, para que pueda ser diagnosticado a tiempo y evitar complicaciones tanto en la madre como en el niño.
- Una vez que a la embarazada se le haya diagnosticado amenaza de parto pretérmino se debe vigilar la dinámica uterina y el foco fetal.

- Se debe medir los signos vitales teniendo en cuenta que la frecuencia varía en dependencia de las características de la paciente y del medicamento que se esté administrando.
- Observar la aparición de efectos secundarios de los medicamentos.
- Mejorar el estado nutricional de la paciente brindándole una dieta adecuada.
- Brindarle información a la gestante y a sus familiares acerca de su evolución. (Socarrás & Ibañe, 2009, pag 158).

Tratamiento.

La embarazada debe permanecer en el establecimiento de salud por 2 horas por lo menos, para administrar y vigilar el efecto de la dexametasona 6mg IM/cada 12 horas por 4 dosis entre las 24 y <35 semanas 34 6/7 semana de gestación, según indicaciones medicas. (MINSA, 2011, Normativa-077, p.21).

6.11 Complicaciones del recién nacido pretérmino.

Concepto: problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ello.

6.11.1 Enterocolitis necrotizante:

Es una enfermedad del recién nacido caracterizada por una necrosis intestinal difusa o en zonas aisladas, acompañada de sepsis y a menudo seguida por perforación, peritonitis y muerte.(Castro & Urbina,2007, pag. 242).

Factores predisponentes:

- Recién nacido pretérmino.
- Asfixia perinatal.
- Sepsis.

- Alimentación enteral
- Síndrome de Distres respiratorio grave.
- Hipotermia.

Suele encontrarse intestino dilatado, con paredes muy delgadas y algunas zonas hemorrágicas y con depósito de fibrinas ocurrir en prematuros y de bajo peso para la edad gestacional en las unidades de neonatología.

6.11.2 Signos y síntomas:

- Sangre fresca en las deposiciones o sangre oculta (+).
- Distensión abdominal, disminución de los ruidos intestinales, masa abdominal.
- Apneas reiteradas.
- Hipotensión-Shock.
- Vómitos reiterados.
- Si es grave, puede existir perforación, peritonitis, sepsis y shock.

6.11.3 **Etiología multifactorial**, la constituye la respuesta final del sistema gastrointestinal inmaduro a diversidad de noxas. Intervienen múltiples factores siendo la prematurez.

6.11.4 Acciones de enfermería:

- Suspender vía oral por un periodo no menor de 7 días.
- Pasar sonda nasogástrica y dejar fija, conectada a bolsa colectora para descompresión del estomago.
- Realizar cambio de la sonda diariamente, alternando cada ventana nasal.
- Monitorización continúa de los signos vitales.
- Canalizar vena profunda para reemplazar líquidos y electrolitos extraídos por aspiración gástrica.

- Cuantificar líquidos extraídos y anotar en hoja de balance hidromineral.
- Mantener control estricto de líquidos y electrolitos para evitar desequilibrio hidromineral.
- Observar características de heces fecales.
- Mantener observación estricta sobre el paciente.
- Medir diuresis.
- Realizar e interpretar exámenes complementarios.
- Iniciar vía oral, si hay mejoría clínica.

6.11.4 Riesgo de sepsis

Es una infección bacteriana con invasión inicial al torrente sanguíneo del recién nacido, con repuesta inflamatoria inespecífica y manifestaciones clínicas atípicas, adquirida de la madre en forma ascendente o transplacentaria, y debido a factores de riesgo materno.

6.11.5 Signos y síntomas.

- Temperatura central $> 38,5^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$.
- Taquicardia (frecuencia cardíaca por más de 0,5 a 4 horas)
- Polipnea .frecuencia cardíaca > 60 respiración por minuto.

6.11.6 Hipotermia.

Estado en el que la temperatura corporal disminuye por debajo de los límites normales 36.5°C . (Castro & Urbina, 2007, pag 62).

Se considera hipotermia severa a la temperatura axilar $< 35.5^{\circ}\text{C}$ y moderada a la temperatura axilar es menor a 36°C .

Los niños/as pretérminos están predispuestos a la pérdida de calor por que tienen menos grasa subcutánea, una mayor relación entre el área de superficie y el peso corporal y menores depósitos de glucógeno y grasa parda.

6.11.7 Causas que llevan al recién nacido a hipotermia.

- Falta de atención adecuada al nacer (frío ambiental, falta ambiental, falta de sacado al momento del nacimiento).
- Enfermedades que suprimen la respuesta homotermia asfixia, choque, Sepsis hemorragia cerebral, meningitis).
- Medicamentos (bloqueadores ,adrenérgicos,diazepan)

6.11.8 Asfixia Neonatal.

El termino asfixia viene del griego A (negación o privación) definida por la OMS como el fracaso para iniciar y mantener la respiración espontanea, la asfixia es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica. (MINSA, 2013, Normativa -108, pag 54)

6.11.9 Manifestaciones clínicas.

- Dificultad para iniciar y mantener la respiración.
- Depresión del tono muscular y/o reflejos.
- Alteración del estado de alerta.
- Crisis convulsivas.
- Intolerancia a la vía oral.
- Sangrado del tubo digestivo.
- Sangrado pulmonar. .(MINSA, 2013, Normativa -108, pag 54)

6.11.10 Clasificación: Según la CIE-10 (versión 2010)

- Asfixia neonatal severa: respiración ausente o jadeante, pulso del cordón o frecuencia cardiaca al nacer menor de 100 latidos por minuto, inestable o

con tendencia a disminuir, palidez y ausencia de tono muscular. Con Apgar al primer minuto de 0-3.

- Asfixia neonatal leve-moderada. la respiración normal no se establece dentro de un minuto, pulso o frecuencia cardiaca es > 100 latidos por minuto, presenta cianosis central o generalizada, el tono muscular es débil y hay repuesta a los estímulos. Apgar al primer minuto de 4-7.

6.11.11 Etiopatología.

Los mecanismos de producción de asfixia perinatal son:

- Interrupción de flujo sanguíneo a nivel del cordón o placenta: compresión del cordón nudo verdadero del cordón.
- Alteración del intercambio de oxígeno a través de la placenta: desprendimiento placentario, placenta previa, insuficiencia placentaria.
- Deterioro de la oxigenación materno: enfermedades cardiopulmonares, anemia.
- Fracaso en la expansión pulmonar al nacer o en el incremento del flujo pulmonar o ambos: prematuridad, síndrome de dificultad, depresión por droga, trauma al nacer.

6.11.12 Malformaciones congénitas

Defecto estructural en un órgano o segmento corporal provocado por una alteración intrínseca (desde su origen) del desarrollo. Debe ser diferenciadas de la disrupción (factor extrínseco que actúa sobre un tejido previamente normal) de las deformaciones defecto morfológicos secundario a fuerza mecánicas que afecta el desarrollo.

Incidencia.

Las malformaciones congénitas mayores se encuentran en un 3-5 % cuando se incluyen las menores el porcentaje, puede llegar al 14%.

6.11.13 Etiopatología.

- La causa es desconocida en el 50%-60%, entre 20% y 25% son de etiología multifactorial (genético y ambiental) .(MINSAs,2013,Normativa-108,pag 394)

6.11.14 Bajo peso nacer.

El termino retardo del crecimiento intrauterino, se refiere a dos situaciones.

- Bajo peso para la edad gestacional, peso por debajo y la talla por encima del percentil 10 para la edad gestacional.
- Pequeño para la edad gestacional. Peso y/o talla por debajo del percentil 10.se recomienda particularmente que el término para edad gestacional no se utilice como sinónimo de retardo del crecimiento intrauterino.

Cuando un recién nacido presenta un peso menor a 2500 gramos se clasifica en:

- Peso bajo (recién nacido bajo peso) <2500 gramos.
- Peso muy bajo: (recién nacido peso muy bajo nacer) <1500 gramos.
- Peso extremadamente bajo:(recién nacido peso extremadamente bajo nacimiento): <1000 gramos. .(MINSAs,2013,Normativa-108,pag 82)

Clasificación.

- Peso, talla y perímetro cefálico de percentil 10.
- Causas. intrínseco(genético) o(extrínseco(infección intrauterina)
- Anomalías fetales, frecuentes, multiples.
- Crecimiento pos natal pobre.
- Órganos afectados: simétricos frecuente, disminución del cerebro, disminución de hígado.(MINSAs,2013,Normativa-108,pag 82)

Tabla 2. Problemas a corto y largo plazo del recién nacido pretérmino.

Problemas	Corto plazo	Largo plazo
Pulmonares	Síndrome de distres respiratoria, displacia broncopulmonar (22%, del recién nacido.	Displacia broncopulmonar, hiperreactividad bronquial, asma.
Gastrointestinales	Hiperbilirrubinemia, intolerancia a la vía oral, enterocolitis necrotizante(7%)falla en crecimiento	Síndrome de intestino, colectasis.
Inmunológico	Infecciones nosocomiales, infecciones perinatales, sepsis temprana y tardía (22%)	Infección por virus sincitial respiratorio, bronquiolitis.
Sistema nervioso	Hemorragia Interventricular(12%),hidrocefalia, oftalmológicos,rinopatía	Parálisis Cerebrales, hidrocefalia, artrofia cerebral, retraso en desarrollo, pérdida auditiva. Oftalmológicos: desprendimiento de retina, miopía, estrabismo
Cardiovascular	Hipotensión ductus arterioso persistente, hipertención pulmonar	hipertensión pulmonar hipertención en la adultez
Endocrino	Hipoglucemia, bajos niveles de tiroxina transitorios, deficiencia de cortisol.	Incremento de la resistencia de la insulina.

(MINSa, 2013, Normativa 108, p.65)

6.11.15 Síndrome Distres Respiratorio.

Definición. Es un síndrome de causa variada en el cual hay una respiración anormal con alteración del intercambio gaseoso, la oxigenación y la eliminación del anhídrido carbónico.

Etiología:

Pulmonares:

- Taquipnea transitoria en el recién nacido.
- Enfermedad de la membrana hialina.
- Aspiración de líquido amniótico meconial.
- Neumonía.
- Bloqueo aéreo.
- Hemorragia pulmonar.
- Displasia broncopulmonar.
- Obstrucción de las vías aéreas.

- Edema pulmonar.
- Circulación fetal persistente.

Extrapulmonares:

- Cardiopatía congénita.
- Asfixia.
- Hipoglicemia.
- Hipotermia.
- Malformaciones.
- Infecciones.

Manifestaciones clínicas:

- Respiración irregular (taquipnea o bradipnea).
- Cianosis.
- Quejido espiratorio.
- Aleteo nasal.

Acciones de enfermería en el recién nacido con síndrome Distres respiratorio.

- Mantener vías aéreas permeables para mejorar el intercambio de gases.
- Colocar al recién nacido en posición de Distres (posición decúbito supino con el cuello discretamente hiperextendido) para abrir la epiglotis y mejorar el intercambio de gases.
- Colocar al recién nacido en una fuente de calor, para garantizar un control térmico adecuado, la hipotermia agrava la dificultad respiratoria.
- Administrar oxígeno húmedo y tibio, para evitar la resequedad en la mucosa y la hipotermia endógena.
- Mantener al recién nacido con buena oxigenación en incubadora.
- Medir e interpretar los signos vitales, enfatizando en la frecuencia respiratoria y en la temperatura. Castro, Urbina (2007), pag 117

VII. HIPÓTESIS INVESTIGACIÓN

Existen complicaciones en el recién nacido pretérmino independientemente del uso de los corticoides antenatales.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Tipo de estudio.

Descriptivo, porque permite describir la utilización de los corticoides antenatales y su relación con las complicaciones de recién nacido.

"Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y rasgo importantes de cualquier fenómeno que se analice Describe de un grupo o población"(Hernández 2010)

Con un enfoque cuantitativo, enmarcado en un concepto global, hipotético, objetivo y orientado a resultados. "El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numéricas y el análisis estadísticos, para establecer patrones de comportamientos y probar teorías"(Hernández, 2010)

De corte transversal, porque se realizo en un periodo de tiempo determinado (durante el periodo Enero –Junio del año 2105)."Intenta analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina: de corte. Es como si diéramos un corte al tiempo y dijésemos que paso aquí y ahora mismo" (García 2010).

8.2 Área de estudio

Sala de neonatología del Hospital Escuela Regional Asunción de Chontales, que está ubicado en el área urbana de la ciudad de Juigalpa, frente al hotel y restaurante la quinta, kilómetro 140 carretera al Rama. Este hospital cuenta con 201 camas censables, con diferentes especialidades.

Cuenta con personal de Enfermería calificado en la sala de neonatología. Una jefa de unidad licenciada en pacientes críticos, personal asistencial en materno Infantil

En la actualidad cuenta con una sala de neonatología recién construida que consta con: área de unidad de cuidado intensivo neonatal, una sala neonatal de mínimo, área de madre canguro. Con estación de enfermería en ambas salas, cuenta con las condiciones básicas de enfermería para uso de las medidas de asepsia y antisepsia.

8.3 Universo:

Estuvo conformado por 116 expedientes de Recién Nacidos Pretérminos de la sala de neonatología del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa - Chontales.

"Totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinados características susceptible de ser estudiada" (Hernandez, 2010).

8.4 Muestra.

100% del universo (116 expedientes de los recién nacidos pretérmino.)

8.5 Muestreo.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia. La elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. (Mendoza y Hernández, Sampieri, 2010).

8.6 Métodos e instrumentos de recolección de datos.

La recolección de la información se realizó utilizando el método de revisión documental, a través lista de cotejo aplicada a expedientes clínicos, por tanto la fuente de información fue secundaria.

8.7 Criterio de Inclusión.

- Expedientes de los recién nacidos pretérmino ingresados en la sala de neonatología del hospital escuela regional asunción de Juigalpa.
- Expedientes de los recién nacidos pretérmino de Municipios que pertenecen al Silais-Chontales.

8.8 Criterio de exclusión.

- Expedientes de los recién nacidos a término ingresados en la sala de neonatología del hospital escuela regional asunción de Juigalpa.
- Expedientes de los recién nacidos de municipios que no pertenecen al SILAIS-Chontales.

8.9 Organización y recolección de datos

En la primera etapa de la investigación se procedió a estudiar cada una de las variables que contiene el tema de investigación, se elaboró un instrumento lista de cotejo para análisis documental.

En la segunda etapa, la validación del instrumento estuvo a cargo de ocho médicos expertos en pediatría. Se incorporan las sugerencias y se procede a aplicar el instrumento validado al total de la muestra en estudio.

8.10 Procesamiento y análisis de la información

Una vez recolectada la información se procedió a realizar el procesamiento de los datos, se hizo uso del programa de SPSS versión 20, en el cual se registraron los resultados obtenidos.

La forma de procesar los datos en el programa de SPSS versión 20 es de forma individual según cada lista de cotejo, donde se escribieron palabras claves, se seleccionaron la anchura y decimales, se escribieron las preguntas en etiquetas, se seleccionaron según afinidad si es escalar o se puede medir, si es

ordinal o representa cada respuesta de forma equitativa o si es nominal y solo se acepta la respuesta correcta.

Después de introducir los datos de cada una de la lista de cotejo se procedió a analizar los datos, se seleccionó la opción descriptiva e introdujo los datos según orden específico para hacer las gráficas. Automáticamente el programa SPSS proporcionara las tabla donde refleja las medidas de dispersión: frecuencia y porcentajes, y en la parte posterior aparecen los gráficos.

8.11 Aspectos Éticos de la Investigación

Para la elaboración de la investigación a nivel institucional se solicitó autorización por escrito a la dirección del SILAIS Chontales y hospital. Se dio a conocer al jefe del servicio de Neonatología y departamento de estadística, en todo momento se protegió la información obtenida.

8.12 .OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivo: 1. Describir factores de riesgo de las madres que presentaron amenaza de parto pretérmino.

Nombre de la Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Antecedentes patológicos Personales	Son los antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características de la misma persona.	Antecedentes Patológicos familiares que inciden en la salud materna de la embarazada.	SI NO	Patologías identificadas
Patologías Familiares	Son los antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características de los familiares cercanos y que puedan incidir como factores de riesgo en la embarazada.	Antecedentes Patológicos familiares (Diabetes, Hipertensión Arterial Crónica) que inciden en la salud materna de la embarazada.	SI NO	Patologías identificadas.
Número de Controles	Son todas las acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para identificar factores	1. Número de mujeres que inician su atención prenatal	SI NO	Menor 4 CPN. 4 CPN.

prenatales	de riesgo.	antes de las 12 semanas. 2.Números de embarazadas con seguimiento de los cuatro controles		5 y más CPN.
Infecciones de vías urinarias	Presencia de microorganismo patogénicos en el tracto urinario	Números de controles prenatales que le realizan su cinta uroanalis en cada atención prenatal.	nitrito(-) nitrito(+) leucocitos(-) leucocitos(+)	SI NO

Infecciones Cérvico Vaginales	cuando hay una alteración del equilibrio natural de la vagina dando lugar a un ambiente propicio para la proliferación excesiva de agentes patógenos	Números de reportes de mujeres gestantes con infecciones cérvico vaginales	Candidiasis vaginal. Clamidias. Tricomoniasis	SI NO
Ruptura Prematura de Membranas	Es la solución continua espontanea de las membranas corioanmnióticas antes del inicio del trabajo de parto.	Números de gestantes con diferentes ruptura de membranas	Si No	6 a 12 horas Más de 12 horas
Embarazos Múltiples	Es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.	Número de mujeres que parieron dos o más fetos.	Si No	
Números de Controles Prenatales (CPN)	Son todas las acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para identificar factores de riesgos.	Porcentaje de controles realizados a la embarazada		< 4CPN 4 CPN 5 más CPN

Objetivo: 2. Indagar la administración de corticoide en embarazadas con amenaza de parto pretérmino.

Nombre de la Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Administración de Dexametasona	Acciones que se efectúan para la administración de un medicamento, por alguna de sus vías de aplicación, con un fin determinado.	Disponibilidad de la dexametasona en las unidades de salud	8mgs o 6 mgs	Sí __ No __
Dexametasona	Glucocorticoide sintético con acciones antiinflamatorias e inmunosupresoras	Presencia de asfixia según semanas de gestación con esquema completo <30 s/g, de 30 a 34 s/g y >34 s/g.	6 mg 12 mg 18 mg 24 mg	Sí ____ No ____
Dosis	Miligramos de principio activo de Dexametasona administrados a la embarazada durante un	Números de embarazadas con amenaza de parto pretérmino (APP) entre la 26 y 34 6/7 semanas de gestación	1 a 3 dosis 4 dosis	Completa Incompleta

	periodo de tiempo.			
Semanas de Gestación	Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último periodo menstrual normal	Porcentaje de embarazadas con APP entre la 26 y 34 6/7 semanas de gestación		Entre las 26 -29 6/7 30 6/7- 34 6/7 Semana de Gestación

Objetivo: 3. Enumerar las complicaciones Presentadas en Neonatos que no usaron Corticoide Antenatales.

Nombre de la Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Complicaciones presentadas en los recién nacidos pretérmino.	La Sepsis neonatal temprana se encuentra asociada comúnmente a ruptura prematura y prolongada (más de 18 horas) de membranas, orioamnionitis, colonización del tracto genital con Estreptococo del Grupo B, infección de vías urinarias, edad de gestación menor de 37 semanas, restricción en el crecimiento intrauterino, asfixia al nacimiento	Porcentaje de recién nacidos pretérmino que presentaron las diferentes complicaciones.	1: Enterocolitis necrotizante 2: Hemorragia Interventricular. 3. Asfixia Neonatal. 4. Malformaciones Congénita. 5. Macrosomía Fetal. 6. Polihidramnios. 7. Síndrome Distres Respiratorio. 8. Riesgo de Sepsis. 9. Hipotermia. 10. Riesgo de Sepsis más BPN. 11. BPN.	Sí____ No ____

XI. RESULTADO

1. Objetivo: Describir factores de riesgo de las madres que presentaron amenaza de parto pretérmino.

47% de las madres que presentaron factores de riesgos de parto pretérminos durante su gestación fue el grupo etáreo de 21 a 30 años, las 14 a 20 años con el 36% y las madres de 31 años a más fueron las de menor incidencia con un 16%.(Ver Anexos Grafico.1)

El 68 % de los niños ingresados en la sala de neonato del Hospital Escuela Regional Asunción durante el primer semestre del año 2015 sus madres no presentaban antecedentes patológicos familiares, 32% de ellas presentaron antecedentes patológico familiares: 14% antecedentes de diabetes mellitus más hipertensión arterial, 9% solamente diabetes, mientras que un 3% epilepsia y cardiopatía con un 3%, además de HTA, Asma Bronquial y HTA mas Diabetes Mellitus con el 1% cada una. (Ver Anexos Grafico.2)

Del total de madres que tuvieron hijos en la sala de neonato del Hospital Escuela Regional Asunción, 51% expresaron antecedentes patológicos personales y el 49% refieren no presentar antecedentes patológicos personales. (Ver Anexos Grafico.3)

34% de las madres de neonatos tenía registrados menos de cuatro controles prenatales y el 28 % cuatro controles prenatales, 22% cinco y más, solamente el 16% sin controles prenatales. (Ver Anexos Grafico.4)

39% de las madres con hijos ingresados en la sala de neonato del Hospital Escuela Regional Asunción del I semestre 2015, presentaron Preeclampsia Grave, 13% Preeclampsia Moderada, 1% Aborto y el 47% no presentaron complicaciones durante su gestación. (Ver Anexos Grafico. 5)

97% de las madres con hijos en la sala de neonato del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, Chontales I Semestre 2015, presentaron amenaza

de parto pretérmino, entre 30-34^{6/7} semana de gestación y el 3% durante las 26^{6/7} semanas de gestación. (Ver Anexos Grafico.6)

De las madres que tenían neonatos ingresados se evidencio que el el 63% presentaron candidiasis, seguido de 21% la tricominiasis y un 4% con candidiasis mas tricomoniasis, mientras 12% no presentaron ningun tipo de infeccion vaginal durante la gestacion. (Ver Anexos Grafico. 7).

100% de las madres con amenaza de parto pretérmino presentaron infecciones en vías urinarias a repeticiones,. (Ver Anexos Grafico. 8).

El 75% de las madres presentaron ruptura prematura de membrana y el 25% no presentaron esta complicación del embarazo. (Ver Anexos Grafico. 9).

2. Objetivos. Indagar la administración de corticoide en embarazadas con amenaza de parto pretérmino.

90% de las madres que presentaron amenaza de parto pretérmino no se les administro corticoides antenatales, por lo que solo el 10% recibió corticoides. (Ver Anexos Grafico.10).

3% de las madres con amenaza de parto pretérmino entre la semana 24 a 34^{6/7} semanas de gestación recibieron 24 mg de dexametasona, otro 3% recibieron entre 18 y 12 mg de dexametasona y solo el 1% se le aplico de 6 mg. (Ver Anexos Grafico.11).

6% de las madres que presentaron amenaza de parto pretérmino se les administró dexametasona cada 12 horas por un día y el 4% cada 12 horas por dos días, equivalente al 7% de las madres que recibieron corticoides antenatales. (Ver Anexos Grafico.12).

3. Objetivo: Enumerar las complicaciones Presentadas en Neonatos que no usaron Corticoide Antenatales.

65% de los neonatos hijos de madres con parto prematuro durante el I semestre 2015 presentaron riesgo de Sepsis asociado con bajo peso al nacer, 25% presento bajo peso al nacer, y 10% Síndrome de Distrés Respiratorio asociado con bajo peso al nacer. (Ver Anexos Grafico.13).

El 69% presentaron riesgo de sepsis más bajo peso al nacer, 23% bajo peso al nacer y solamente el 8% presentaron síndrome Distres respiratorio más bajo peso al nacer (ver anexo grafico 14).

X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En base al estudio realizado se determinó que las madres de 21 a 30 años presentaron un 47% de factores de riesgos de parto pretérminos, durante su gestación, seguido de las madres adolescentes de 14 a 20 años con un 36%, mientras que las madres con 31 años y más, presentaron 16% de riesgo de parto pretérmino.

Según (MINSA 2008) en el Modelo de Salud Familiar Comunitario MOSAFC refieren que estos dos grandes grupos de edades son más vulnerables a presentar parto pretérmino, es notorio destacar que el mayor porcentaje de factores de riesgo materno se encuentra en el grupo etáreo de 21 a 30 años, debido a su periodo propio de reproducción, es importante mencionar que las madres con edades adolescentes y mayores de 35 años deben ser concientizada sobre sus factores de riesgo y si desean salir embarazadas se les debe de brindar atención con calidad y calidez humana.

El 68% de las madres que tuvieron hijos en la sala de neonato no tenían antecedentes patológicos familiares, un 14% de ellas reflejan antecedentes familiares entre los que se destaca diabetes mellitus más hipertensión arterial crónica.

Los antecedentes patológicos familiares en padres, hermanos, abuelos, hijos y conyugue, que presentan incidencia de alterar el curso de la gestación normal de las madres. (MINSA 2013). Los factores hereditarios familiares repercuten directamente en la salud maternoinfantil.

Las madres que tuvieron hijos en la sala de neonato el 51% reflejaron antecedentes patológicos personales como pre eclampsia, abortos, hipertensión crónica y muerte perinatal previa, MINSA 2013, reconoce todas las patologías antes mencionadas como antecedentes que afectan directamente al embarazo, siendo un factor predictivo para la prematurez. En los embarazos con factores de riesgo se ejecutaran estrictamente intervenciones preventivas de cobertura universal.

El 63% de las infecciones cervico vaginales fueron candidiasis, 21% de tricomoniasis. Es importante indagar en las atenciones prenatales lo relacionado a signos de de peligro: dolor ,sangrado, flujo vaginal de acuerdo a sus características en color y olor, por lo que se debe dar consejería de la práctica de sexo seguro, la no promiscuidad y protección dual.(Socarrás & Ibañe 2009,pag.144) , las afecciones antes mencionadas tienen como signo clínico la salida de secreciones transvaginales relacionadas al riesgo de sepsis fetal.

El 100% de las madres adquirieron infecciones de vías urinarias, durante su gestación. Esto nos refleja que los controles prenatales no fueron de calidad durante la atención prenatal, ya que hubieron infecciones a repetición sin el debido tratamiento y seguimiento, por parte del personal asistencial. MINSA 2011 menciona que un 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias, la infección urinaria activa en embarazadas al momento del parto con antecedentes de infección urinaria en etapas previas de este mismo embarazo), es uno de los factores de riesgo más importantes que lleva a sepsis neonatal.

El 75% de las madres presentaron rupturas prematuras de membranas, siendo un factor de riesgo de sepsis en el neonato o en la madre, esto relacionado con patologías agregadas al embarazo así como causa maternas o fetales, La ruptura prematura de membrana en el embarazo pretérmino o cerca del término, son aquellas embarazadas con rotura de membranas entre las 34 y 37 semanas de gestación (MINSA 2013) este resultado se relaciona directamente con la teoría que la ruptura de membranas incide directamente con la prematurez.

El 34% de las madres de los neonatos que estuvieron ingresados tenían menos de cuatro controles prenatales, MINSA 2009 menciona que se debe realizar al menos cuatro controles prenatales, sin embargo, las madres de los recién nacidos no se les cumplió, esto refleja que existe incumplimiento de los requisitos básicos del control prenatal y que no se está dando seguimiento al censo gerencial por los equipos de salud familiar y comunitario.

El 90% de las madres con amenaza de parto pretérmino no se les administró corticoides antenatales, el MINSA 2009, indica administrar a toda embarazada con factor de riesgo un ciclo único, de unos de los siguientes corticoides prenatales: Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por dos días (2 dosis), Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por dos días (4 dosis) a partir de las 24 a 34^{6/7} semanas de gestación. Es alarmante encontrar que solamente el 7% de las embarazadas con factor de riesgo recibieron el esquema de corticoide antenatal aunque fuese de manera incompleta, tomando en cuenta que se orienta su cumplimiento en la normativa desde hace muchos años y que esta actividad prácticamente es de cumplimiento rutinario.

Únicamente el 3% de madres embarazadas con factor de riesgo recibieron el ciclo completo de corticoides (24 mg equivale a cuatro dosis). MINSA 2013 refiere: El tratamiento debe ser iniciado en las madres con factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino y un síntoma o signo potencial de un nacimiento pretérmino electivo y no esperar hasta tener certeza en el diagnóstico. Este resultado nos demuestra que hay un incumplimiento de las normativas con las embarazadas que no le dieron seguimiento en los diferentes niveles de atención.

Los prematuros tienen una alta posibilidad de presentar complicaciones debido a inmadurez en sus sistemas y órganos, por lo que el personal de enfermería debe vigilar los signos y síntomas de complicación.

El 65% de los recién nacidos presentaron riesgo de Sepsis, este se define como una infección bacteriana con invasión inicial al torrente sanguíneo del recién nacido, con repuesta inflamatoria inespecífica y manifestaciones clínicas atípicas, adquirida de la madre en forma ascendente o transplacentaria y debido a factores de riesgo materno, esta afección es una de las principales causas de mortalidad perinatal en casos de prematurez.

Mientras que el bajo peso al nacer se presentó en un 25%, afectando directamente el crecimiento y desarrollo del recién nacido, predisponiendo a otras complicaciones que lo pueden llevar a la muerte.

El 10% de los recién nacidos presentaron Síndrome Distrés respiratorio, Este síndrome es de causa variada en el cual hay una respiración anormal con alteración del intercambio gaseoso, la oxigenación y la eliminación del anhídrido carbónico, este hallazgo corresponde con la literatura que menciona a las complicaciones broncopulmonares como las más comunes en un 22%, de los recién nacidos.

XI. CONCLUSIONES

Al concluir con este trabajo de investigación, se pudo evaluar utilización de corticoides antenatales y su relación ante las complicaciones del recién nacidos pretérminos, en la Sala de Neonatología del Hospital Escuela Regional Asunción:

Los factores de riesgo más relevantes encontrados en las madres embarazadas con amenaza de parto pretérmino fueron: la presencia de antecedentes patológicos personales y familiares, las infecciones de vías urinarias, infecciones cérvicovaginales y controles prenatales deficientes.

Se administró ciclo completo de corticoides antenatales a un 3%, al 7% se le administró de forma incompleta y al 90% no se le administró ninguna dosis.

Las complicaciones presentadas por los recién nacidos pretérminos que no usaron corticoides antenatales encontramos riesgo de sepsis neonatal, bajo peso al nacer y síndrome de distrés respiratoria.

Se acepta la hipótesis de la investigación pues se presentaron complicaciones en el recién nacido pretérmino independiente de la administración de los corticoides antenatales.

XII. RECOMENDACIONES

- Presentar los resultados de la investigación a los gerentes del Ministerio de Salud Siláis Chontales, Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa Chontales, Departamento de Enfermería del hospital, con el fin de garantizar fortalecer la calidad de atención a las embarazadas con o sin factores de riesgos maternos y lograr corregir las inconsistencias encontradas durante las atenciones maternas.
- Actualizar al personal según normas y protocolos en temas relacionados a la atención materna e infantil, previniendo así la aparición de complicaciones en los neonato pretérmino, mediante la administración de corticoides antenatales a toda embarazada con amenaza de parto pretérmino.
- Sensibilizar al personal que atiende directamente a las usuarias con factores de riesgo para una atención óptima cumpliendo las normativas propias del Ministerio de salud y no basarse en su experiencia personal.
- Monitorear la cobertura de intervenciones realizadas por la parte asistencial a los prematuros y retomar los resultados para los ciclos rápidos de mejora continua de la calidad.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- Castro López, F&Urbina Laza, O., (2007). Manual de Enfermería en Neonatología. Habana, Cuba: Ciencias Médica.
- Cantabria & Castillo & León (2003). Boletín de Pediatría Sociedad de Pediatría. Asturias.
- Hofmery GJ (2009). Administración Prenatal de Corticoides para mujeres con riesgo de parto prematuro; OMN ; Ginebra: Organización Mundial.
- MINSAL. (2009). *Normas y Protocolo para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo, Normativa - 011. MINSAL, Nicaragua.*
- MINSAL (2009), Intervenciones basadas en evidencias para reducir la mortalidad Neonatal. Segunda Edición, Nicaragua.
- MINSAL. (2013) Guía clínica para la atención de neonato. Normativa 108. MINSAL, Nicaragua.
- MINSAL. (2008) *Modelo de Salud Familiar y Comunitario: Desarrollo Prospectivo de la Red de servicios. MINSAL, Nicaragua.* Ministerio de Salud. (2011).
- MINSAL (2011), *Protocolo para el Abordaje de las Patologías más Frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico, Normativa - 077, MINSAL, Nicaragua.*
- Socarrás Ibañe, N., (2009). Enfermería Ginecoobstétrica. Habana, Cuba: Ciencias Médica.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA UNAN-
MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD, LUIS FELIPE MONCADA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN DOCENCIA

IV EDICIÓN

LISTA DE COTEJO PARA ANALISIS DOCUMENTAL.

Datos Generales en el documento:

Fecha_____ Municipio de Referencia_____ Sector_____

Comunidad_____ Barrio_____

Establecimiento de Salud: _____

Servicio_____ No. Expediente clínico_____

Fecha Ingreso Madre_____ Hora Ingreso _____ Edad de Madre_____

I. Describir factores de riesgo de las madres que presentaron amenaza de parto pretérmino.

Antecedentes Patológicos Familiares: Si___ No___,

Si es si registrar las

patologías:_____

Antecedentes Patológicos Personales: Si ___ No ___

Si es si registrar las

patologías: _____

Controles Prenatales.

Números de Controles Prenatales Realizados: < 4 CPN: ___ 4CPN: ___ 5
más:CPN

IVU: Si: ___ No: ___ Nitrito (-): ___ (+) ___ Leucocitos (-): ___ (+): ___

Infecciones Cérvico vaginales: Si: ___ No: ___ Candidiasis vaginal: ___
Tricomoniasis: ___ Clamidia: ___ Otras (mencionar) _____.

Ruptura Prematura de Membranas: Si: ___ No: ___

Si es sí en que semana de gestación: _____

Síndrome Hipertensión Gestacional: Si: ___ No: ___

II. Objetivo. Indagar la administración de corticoide en embarazadas con amenaza de parto pretérmino.

Dexametazona: Si: ___ No: ___

Número de Dosis: 24mg: ___ 18mg: ___ 12mg: ___ 6mg: ___

Cumplimiento horario de la Dexametazona: c/12 h 1 día: ___ c/12h 2 días: ___

Semanas de Gestación: 26 -29 6/7sg _____ 30 -34 6/7 sg _____

III. Enumerar las complicaciones Presentadas en Neonatos que no usaron Corticoide Antenatales..

Enterocolitis Necrotizantes: Si _____ No: _____ SG del Neonato: _____

Hemorragia interventricular: Si: _____ No: _____ SG del Neonato: _____

Asfixia Neonatal: Si: _____ No: _____ SG del Neonato: _____

Mal Formaciones Congénita. Si: _____ No: _____ SG del Neonato: _____

Síndrome Distres Respiratorio. Si: _____ No: _____ SG del Neonato: _____

Riesgo de Sepsis. . Si: _____ No: _____ SG del Neonato: _____

Hipotermia. Si: _____ No: _____ SG del Neonato: _____

Riesgo de Sepsis más BPN. Si: _____ No: _____ SG del Neonato: _____

BPN. Si: _____ No: _____ SG del Neonato: _____

Menor de 140/90mm/hg: _____ Mayor o igual 140/90mm/hg: _____

Bajo Peso Nacer.

Bajo Peso Nacer: Menor de 2500 g: _____ 2499 g: _____

Peso muy bajo al Nacer: Menor de 1500 g _____ 1499g _____

Peso Extremadamente al Nacer: Menor de 1000 g _____ 999 g _____

Asfixia neonatal: Si: _____ No: _____ Severa _____ Moderada: _____

Apgar: Al primer minuto: 0 - 3: _____ 4 - 7: _____

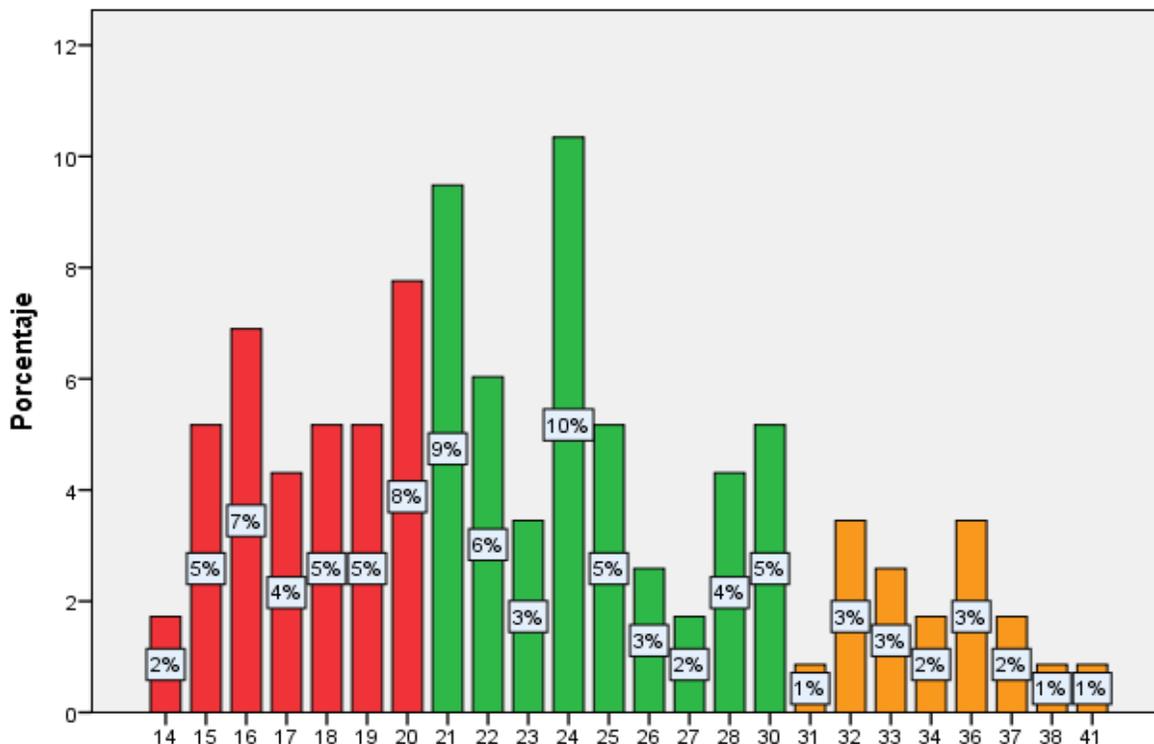
Mal Formaciones Congénitas: Si: _____ No: _____ Si es si registrar las patologías: _____

Gráfico 1

1-Factores de riesgo de las madres que presentaron amenaza de parto pretérmino.

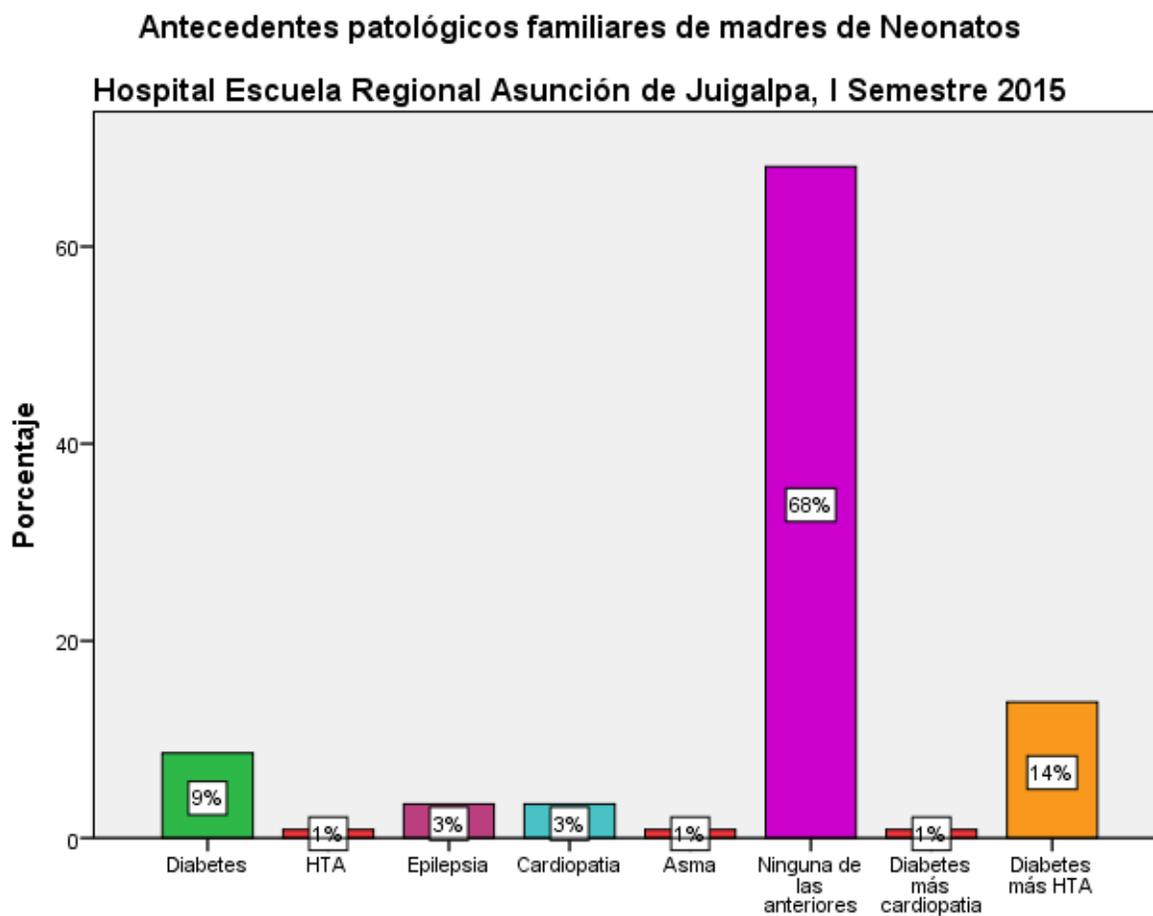
Edad de las madres de Neonato

Hospital Escuela Regional Asunción - Juigalpa, Chontales. I Semestre 2015



(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 2

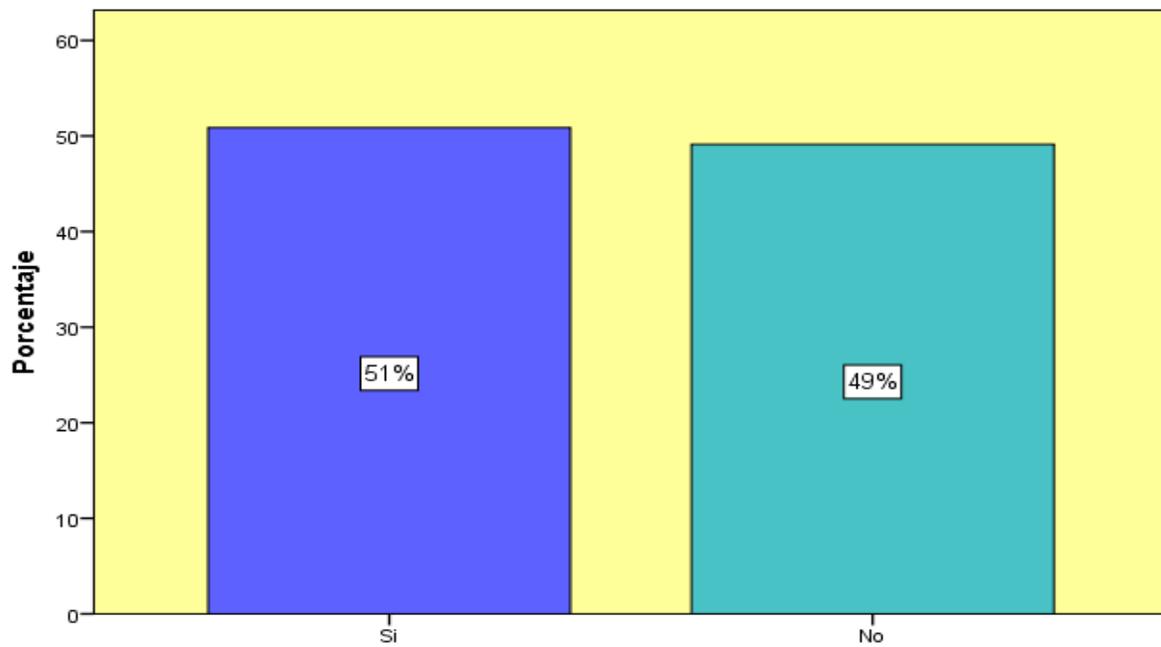


(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 3

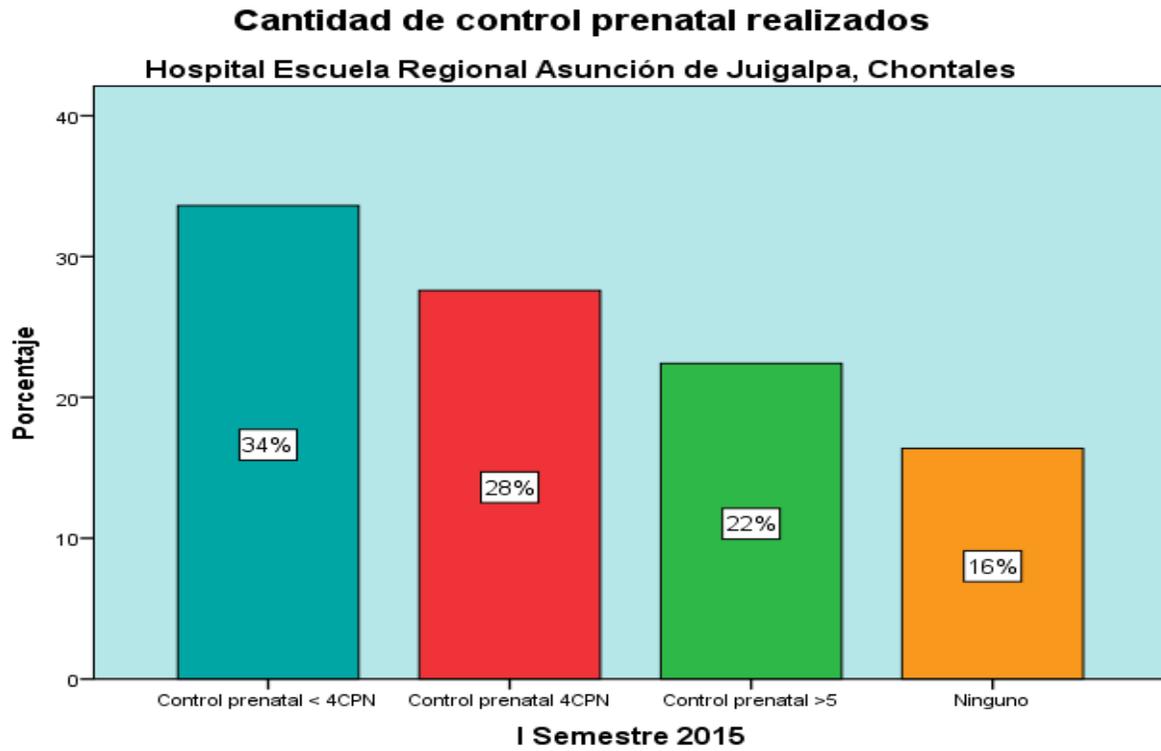
Antecedentes patológicos personales de Madres de Neonatos

Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, ingresados durante I Semestre 2015



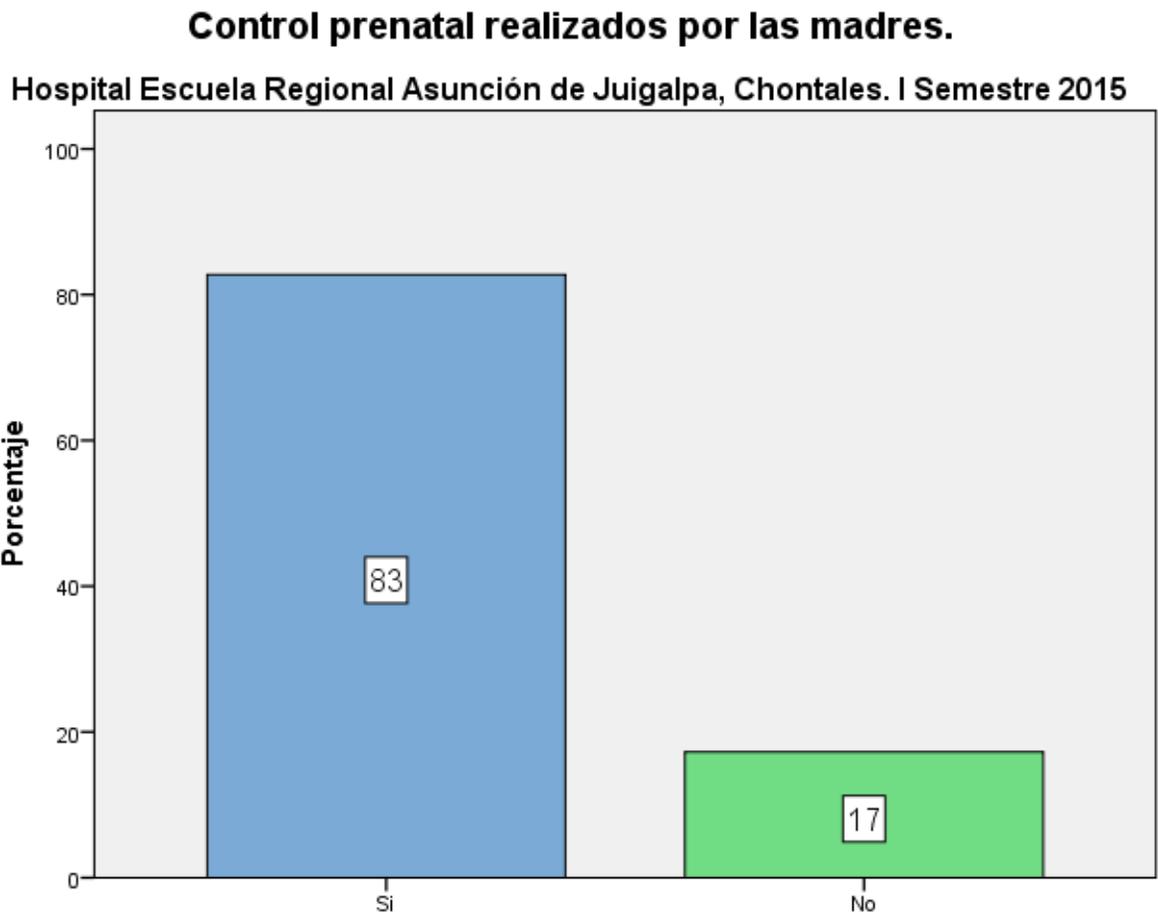
(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 4



(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 5

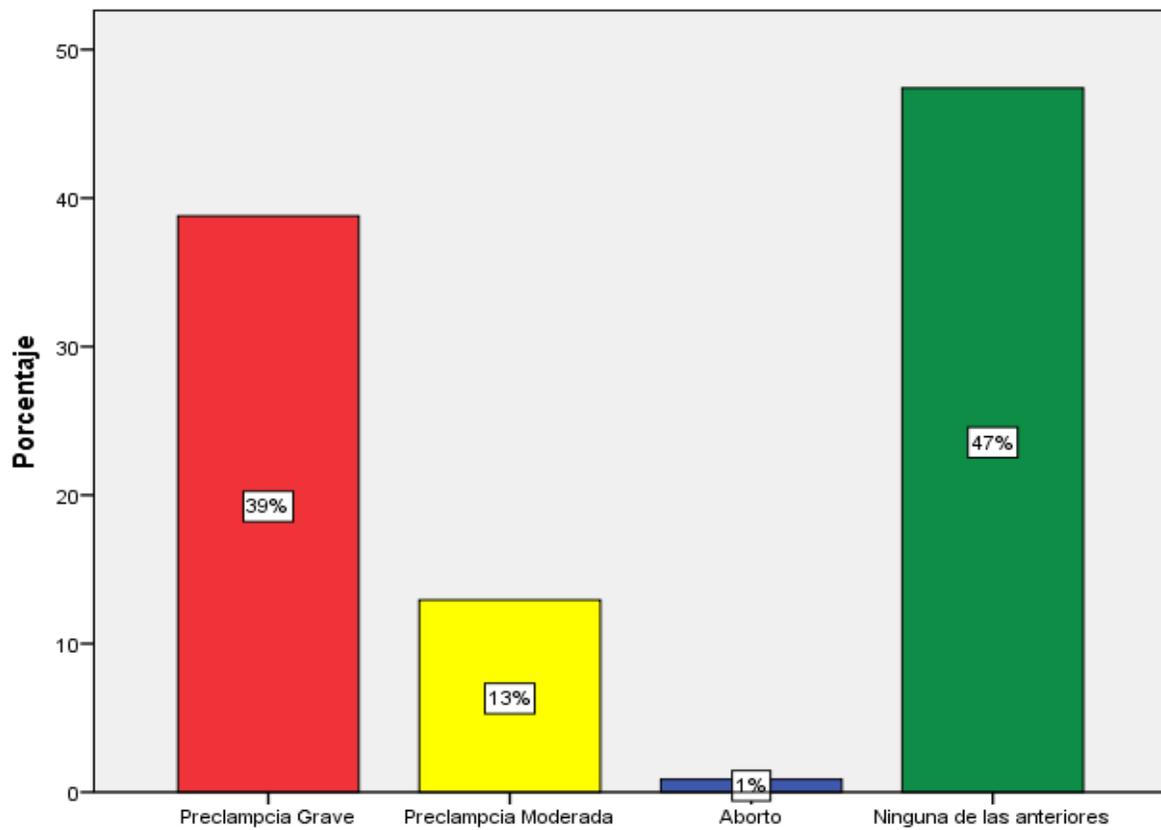


(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 6

Preeclampsia grave o moderada

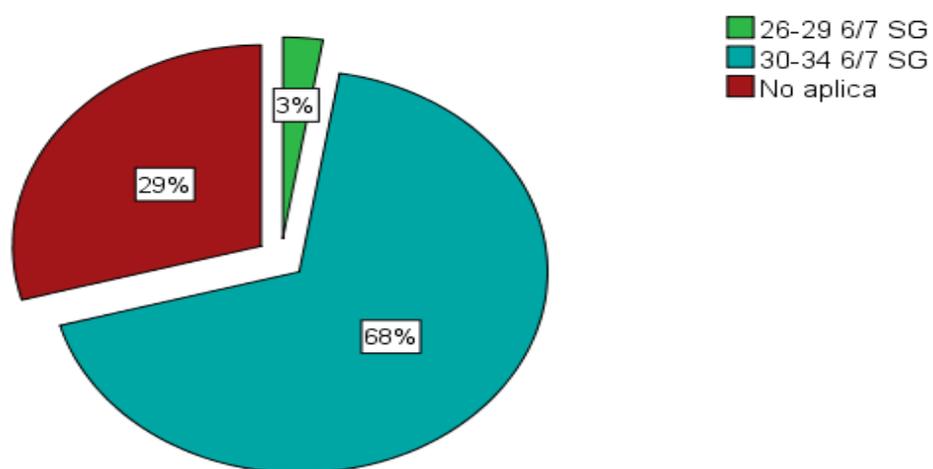
Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales. I Semestre 2015



(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 7

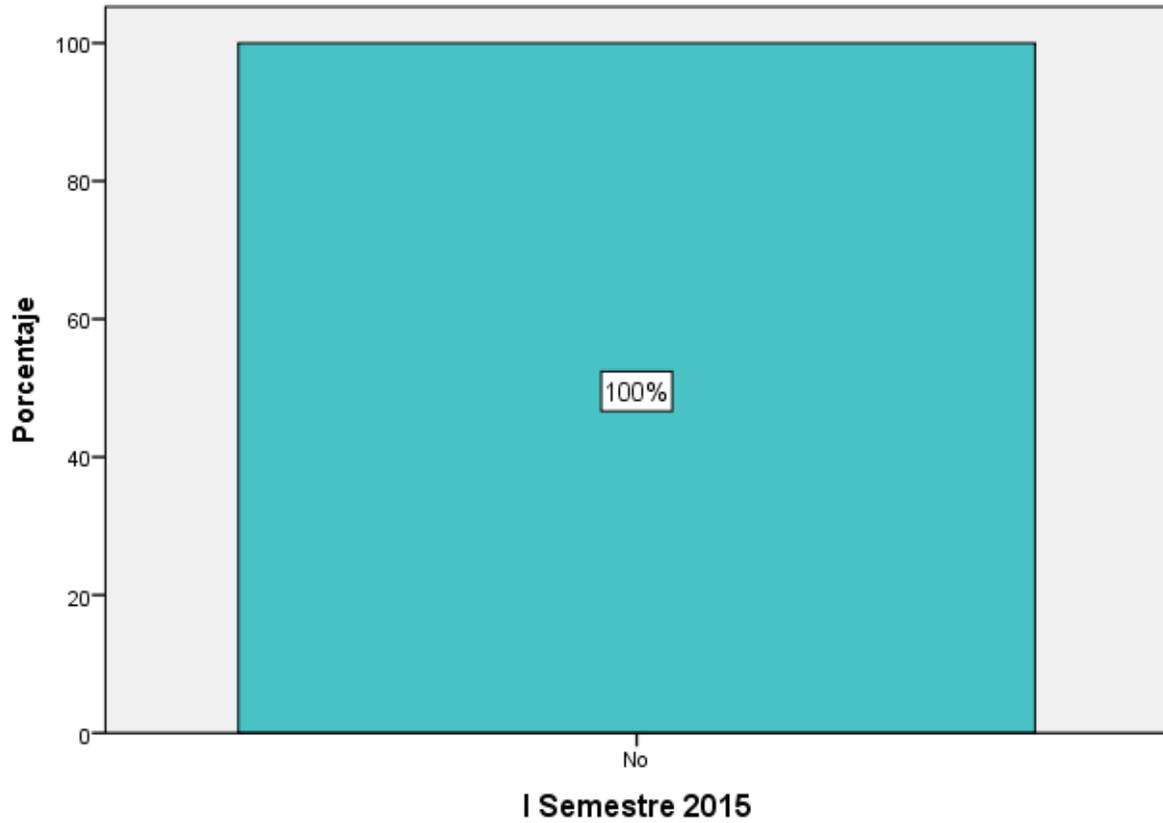
**Semana de Gestación de la madre. Hospital Escuela Regional
Asunción de Juigalpa, Chontales. I Semestre 2015**



(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 8

Fuma la madre del Neonato. Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales



(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 9

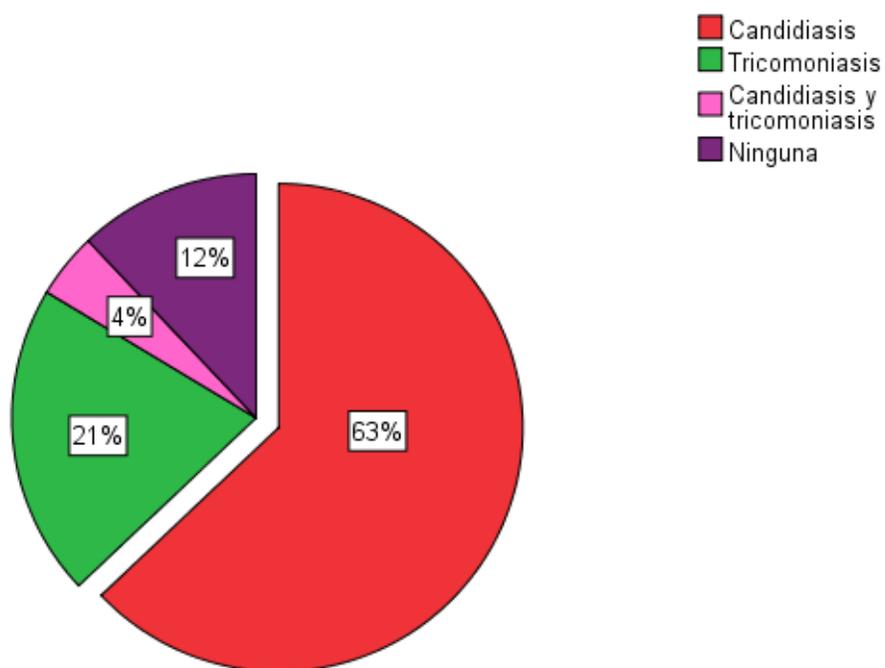
Infecciones cervico vaginal que presenta la madre del Neonato

Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales. I Semestre 2015

■ Si

Infecciones vaginales que presenta la madre del Neonato

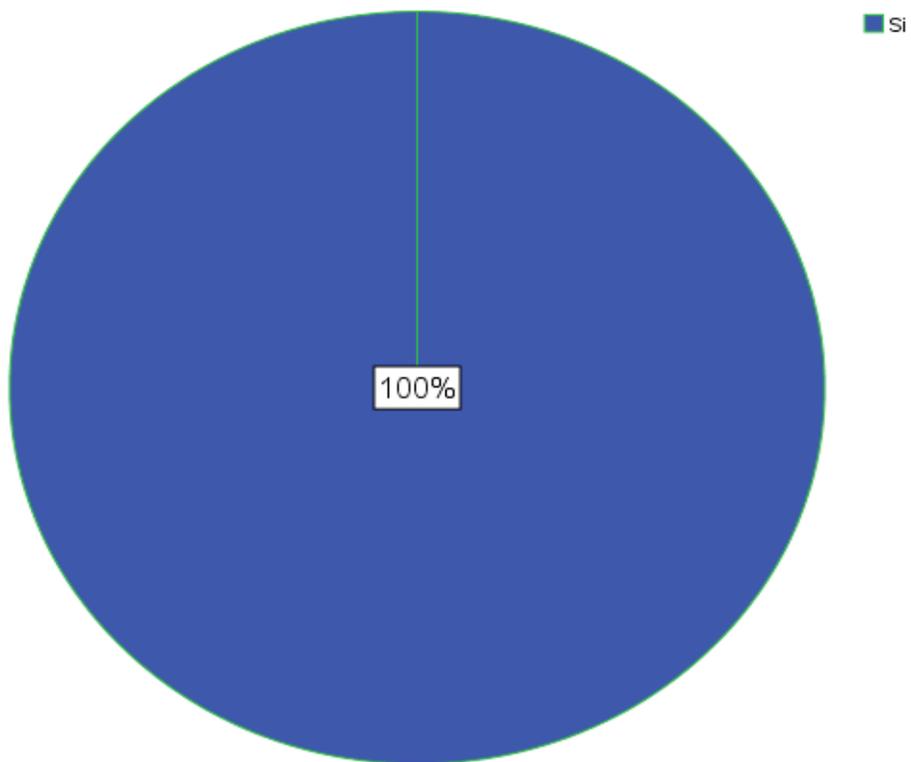
Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales. I Semestre 2015



(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 10

**Infecciones de Vías Urinarias de la madre
Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales. I
Semestre 2015**

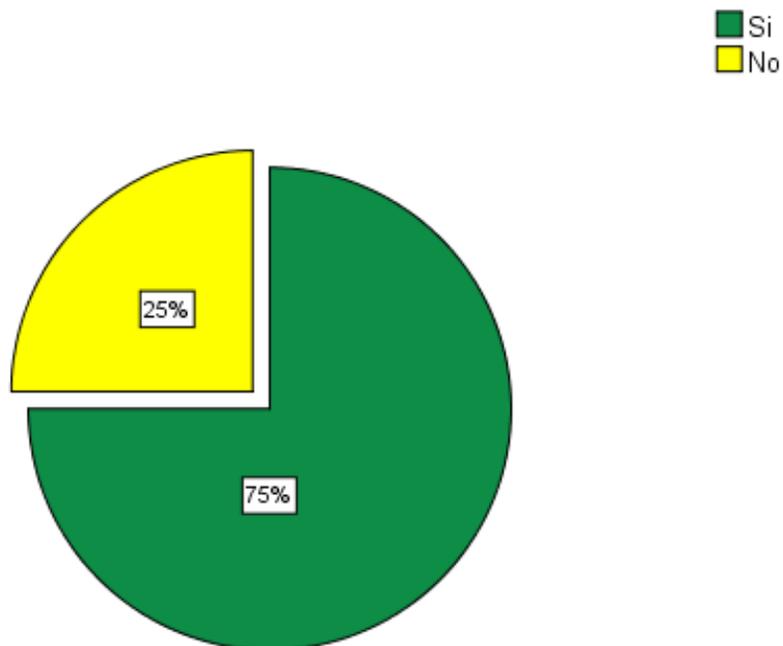


(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 11

Ruptura prematura de membrana de la madre del Neonato

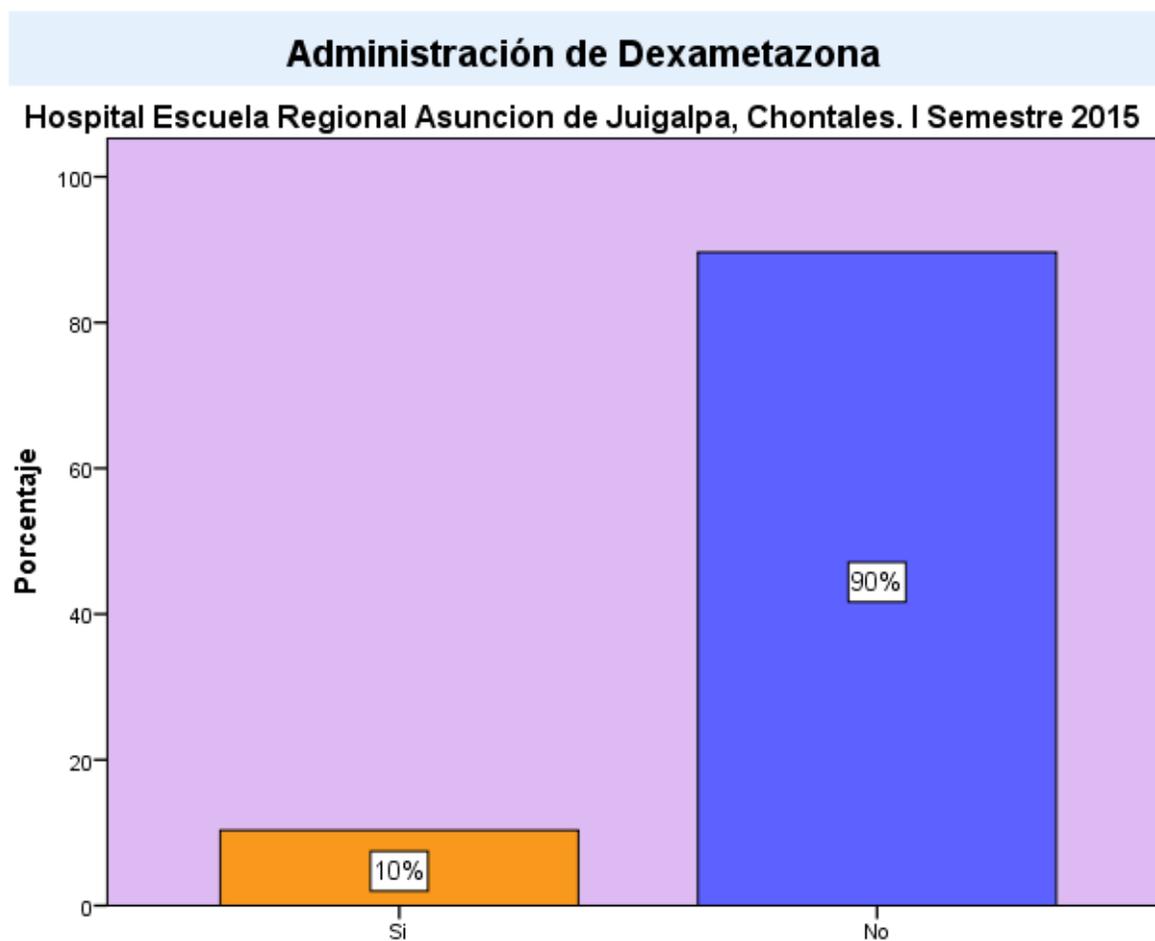
Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa. I Semestre 2015



(Fuente: Lista de Cotejo)

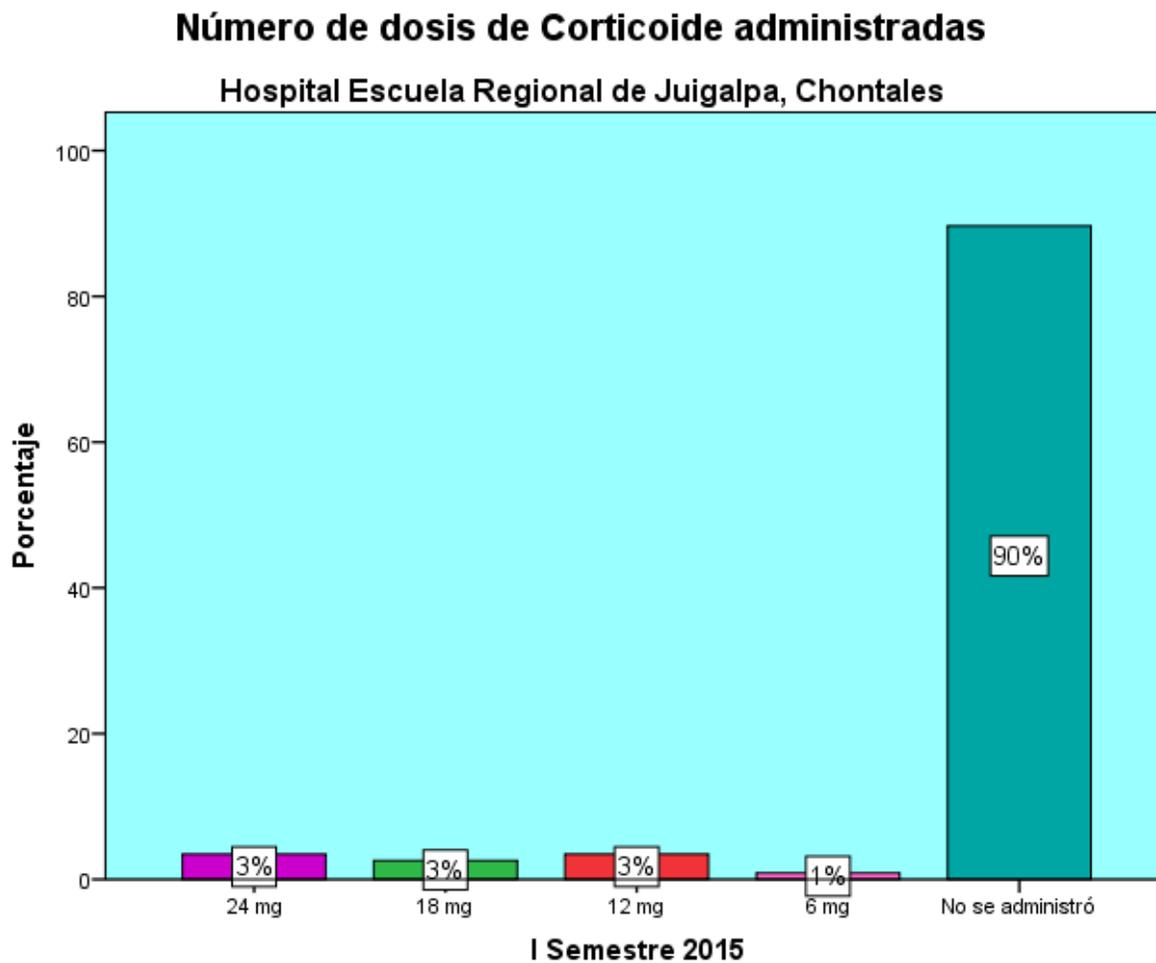
Gráfico 12

2. Valoración de la administración de corticoides en embarazadas con amenaza de parto pretérmino.



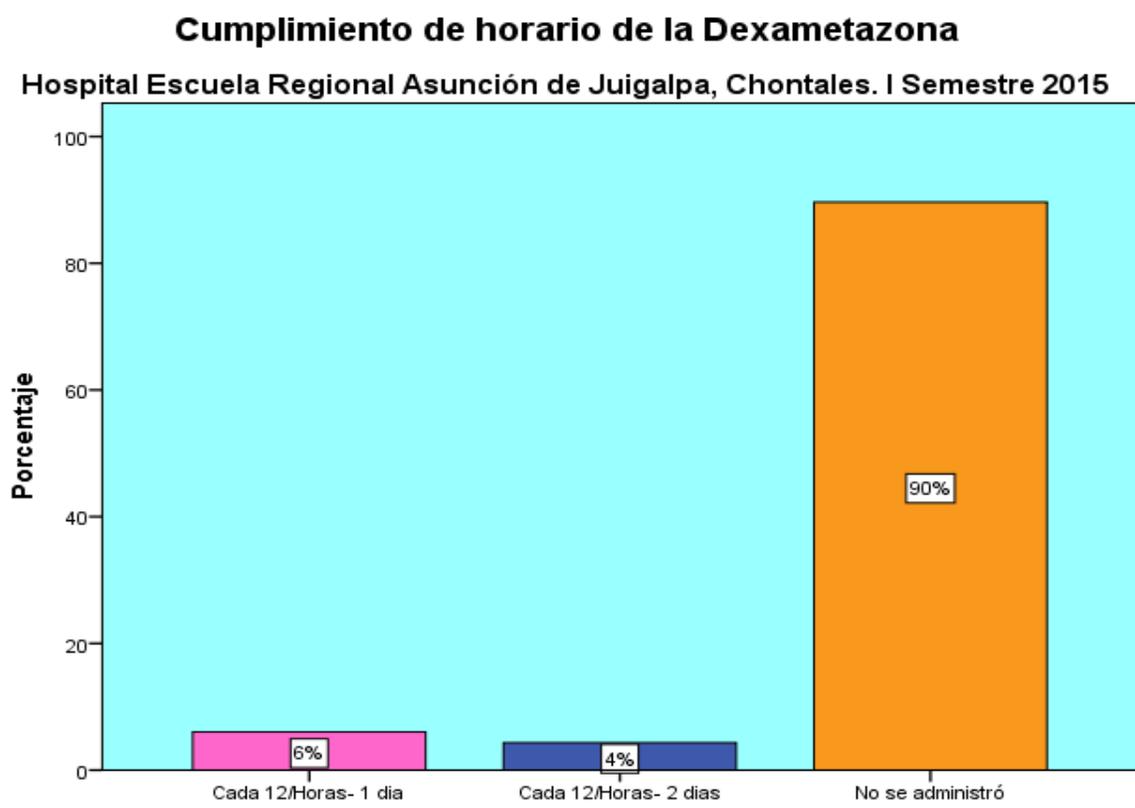
(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 13



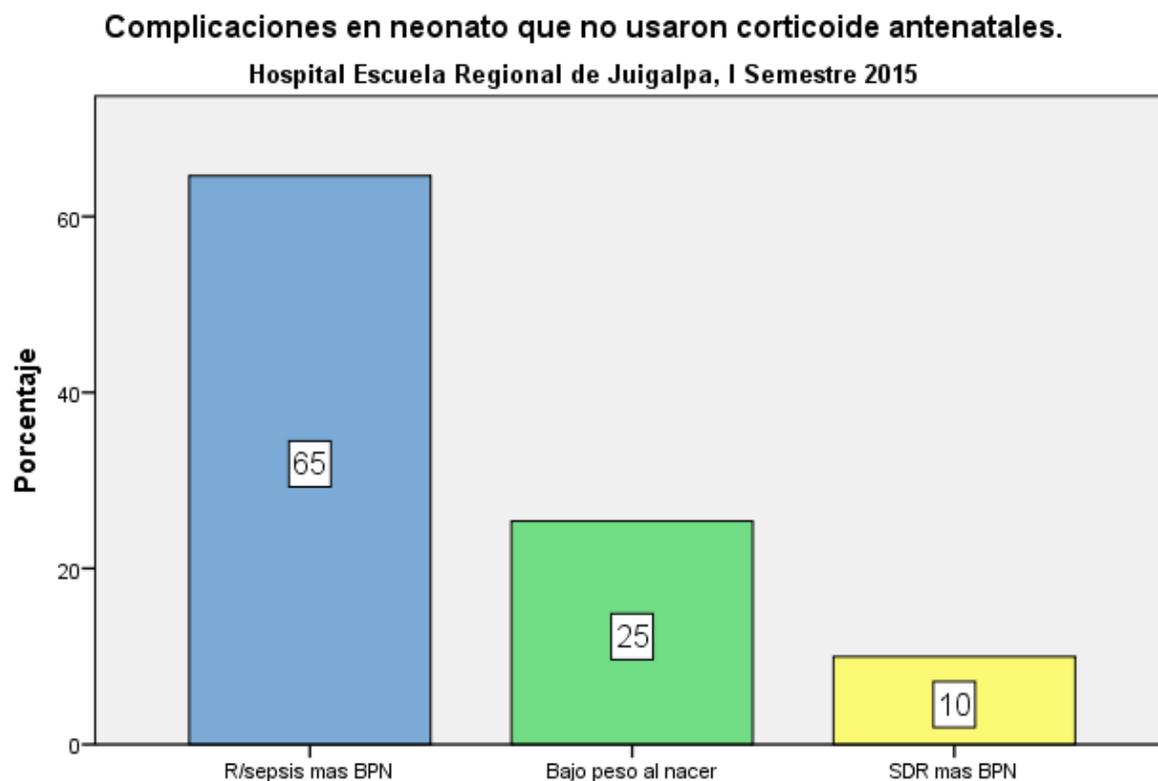
(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 14



(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 15

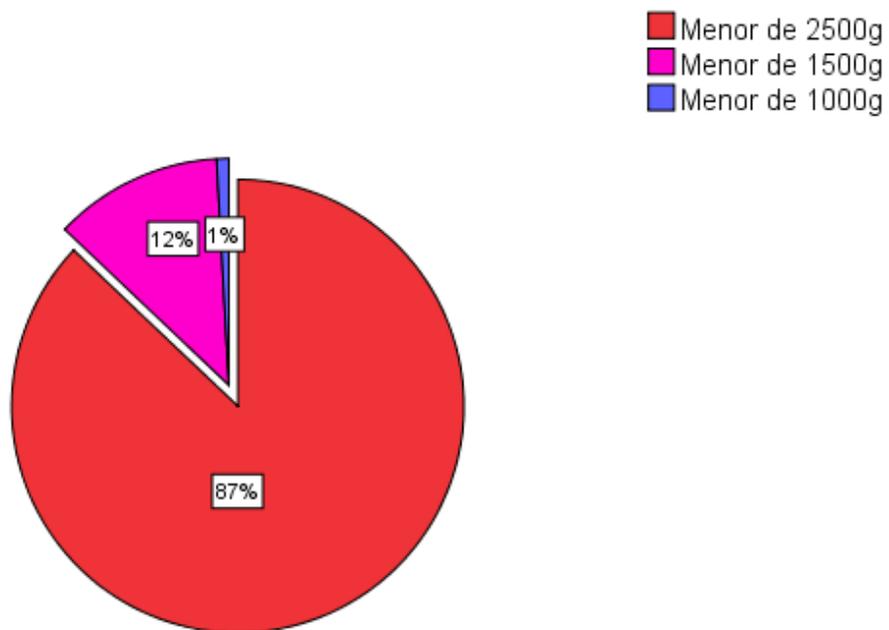


(Fuente: Lista de Cotejo)

Gráfico 16

Bajo peso al nacer del neonato

Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, Chontales. I Semestre 2015



(Fuente: Lista de Cotejo)

GLOSARIO

Periodo Neonatal. Periodo que transcurre desde el nacimiento y termina a los 28 días completos después del mismo. se divide en neonatal precoz (0-7 días) y neonatal tardío (8-27 días).

Asfixia: La Asfixia es una condición que resulta cuando el intercambio respiratorio entre el aire de los alvéolos pulmonares y la sangre se interrumpe o se dificulta en grado máximo. Como consecuencia de la privación parcial o completa, rápida o gradual del oxígeno se produce la anoxemia.

Corticoide: Los Corticoesteroide son hormonas producidas por las glándulas suprarrenales, situadas encima de los riñones, precisamente en una parte que se llama la corteza suprarrenal. También se le conoce como corticoide. Los corticosteroides también pueden ser sintetizados en el laboratorio y tener un efecto terapéutico: