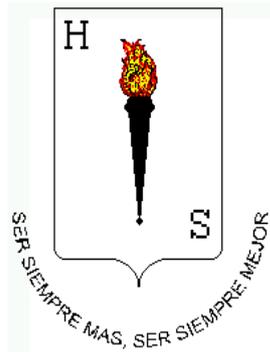


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD**

INCORPORADOS A LA UNAM, CLAVE 8722



TESIS

PARTO PRETERMINO

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA:

MARIBEL CRUZ MARTINEZ

MORELIA MICHOACAN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción

CAPITULO I CONTRACCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.....	
ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	
1.1.2 Marco conceptual	I
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	IV
1.2.1 Delimitación del problema	IV
1.2.2 Situación del problema	IV
1.3 OBJETIVOS	VI
1.3.1 Objetivo general	VI
1.3.2 Objetivos específico	VI
1.4 JUSTIFICACION DE PROBLEMA	VI
1.5 HIPOTESIS	VII
1.5.1 VARIABLES	VII

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEORICO.....	2
------------------------	---

CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 METODOLOGÍA.....	27
3.2 TIPO DE ESTUDIO	27
3.3 SUJETOS A ESTUDIAR	27
3.3.1 Universo	27
3.3.2 Muestra	27
3.5 TÉCNICAS UTILIZADAS.....	30

CAPITULO IV DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Resultados de encuestas	32
4.1.1 Instrumento principal	32

CAPITULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 CONCLUSIONES.....	39
5.2 SUGERENCIAS	40

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍAS Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino constituye una complicación del embarazo de gran importancia en México y en el mundo, debido a su elevada frecuencia y a que la prematurez origina la mayor parte de la mortalidad neonatal.

Se le ha relacionado con diversos factores, algunos de los cuales han sido producto de asociaciones estadísticas sin bases biológicas claras. Sin embargo uno de los factores que más se ha asociado es la infección de vías urinarias.

Estas incluyen la Bacteruria asintomática, la cistitis Aguda y la pielonefritis aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbimortalidad elevada a nivel materno y fetal. Por lo tanto se hace necesario buscar explicaciones a la incidencia de muertes maternas por diferentes causas asociadas al parto pretermino.

En el estudio realizado a 36 pacientes, que presentaron parto pretermino en el hospital de nuestra señora de la salud, arrojó que 75% presento infecciones de vías urinarias. De las cuales el 22% se correlaciona con el al parto pretermino mientras que el 15% a pacientes menores de 16 años, 14% a hipertensión arterial, 11% anomalías uterinas, 9% embarazos gemelares, 8% parto pretermino previo y el 21% a otros factores.

Este estudio nos permitirá plantear y facilitar la ejecución de estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad se ha observado que algunas mujeres embarazadas que llegan al servicio de urgencias del hospital de nuestra señora de la salud, a partir de la semana 30, con dilatación cervical, establecida por la percepción de contracciones uterinas, pérdidas de líquido o sangre, por vagina, dolor débil en la espalda sintomatología propia de un parto pretermino y con la presencia de algunas infecciones bacterianas de vías urinarias como, la Bacteruria Asintomática (BA), la cistitis Aguda y la pielonefritis aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbilidad elevada a nivel materno-fetal y de enfermedades crónicas de muchos bebés.

Los factores condicionantes al parto pretermino son múltiples, pero este estudio se centra en las infecciones de vías urinarias que una vez se obtengan los resultados, el equipo de salud podría intervenir en ellos, para disminuir la incidencia de embarazos pretermino y/o cuando se presente saber que abordaje darle y ayudar a este grupo especial de mujeres embarazadas que acuden al hospital de nuestra señora de la salud ubicado en Morelia Michoacan.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

Desarrollo de la investigación: mujeres que han presentado parto pretermino en el hospital de nuestra señora de la salud ubicado en la ciudad de Morelia.mich.

Tiempo de investigación: septiembre 2008 – mayo 2009 en Morelia. Mich.

¿De acuerdo a lo anterior existe correlación entre las infecciones bacterianas agudas en vías urinarias y la presencia de parto pretermino en mujeres embarazadas a partir de la sema 30 de gestación que llegan al hospital al servicio de urgencias?

MARCO CONCEPTUAL

Accidente: Evento inesperado que puede causar daño.

Antibiótico: Sustancia que mata o reduce el crecimiento de bacterias.

Atención prenatal: Atención médica dada a una mujer embarazada y a su bebé antes de nacer.

Bacteriuria: significativa cuando el número de bacterias es superior a 100.000 por ml. de orina

Bacteria: Microorganismo unicelular que vive en casi todas partes.

Barbitúrico: Sedante que los médicos recetan para ayudar a la gente a dormir.

Carácter: Autocontrol de una persona para actuar basándose en valores responsables.

Contracciones de Braxton Hicks: contracciones que no indican trabajo de parto

Depresión: Sentimiento de tristeza, infelicidad o desesperanza.

Deshidratación: Afección en la que el cuerpo no tiene suficientes fluidos para funcionar bien.

Diagnóstico: Proceso para determinar qué tipo de enfermedad existe en una persona mediante el examen de la misma, estudiando los síntomas y realizando pruebas.

Droga: Sustancia, diferente de los alimentos, que altera el funcionamiento del cuerpo o de la mente.

Embarazo: Periodo que abarca desde la concepción hasta el parto.

Embrión: Nombre para designar al bebé en formación en la etapa que comprende las primeras ocho semanas después de la concepción.

Emergencia: Cualquier situación en que la vida de una persona está amenazada por lesión o enfermedad grave, o que puede causar daño permanente.

Enfermedad de transmisión sexual: Enfermedad o infección causada por agentes patógenos que se transmite por contacto sexual.

Factor de riesgo: Característica que aumenta la posibilidad de que una persona contraiga enfermedades relacionadas con comportamientos arriesgados.

Feto: Nombre del bebé en desarrollo desde el final de la octava semana después de la concepción hasta el nacimiento.

Frecuencia: Número de veces que una persona participa en actividades físicas por semana.

Fibronectina fetal: es una proteína producida por las membranas fetales.

Hiperbilirrubinemia: bilirrubina elevada.

Infección: Afección que ocurre cuando hay más agentes patógenos que glóbulos blancos para combatirlos.

Infecciones de vías urinarias: se definen como un grupo de condiciones que tienen en común la presencia de un número significativo de bacterias en la orina.

Medidas preventiva: Cuidados de la salud para evitar que la gente se enferme.

Metabolismo: Velocidad a la que el cuerpo convierte el alimento en energía.

Ovulación: Liberación de un óvulo maduro de un ovario.

Óvulo: Célula reproductora femenina.

Parto prematuro: Nacimiento que tiene lugar antes de completarse el tiempo normal de la gestación. Los fetos prematuros son viables a partir del séptimo mes. También se le denomina nacimiento prematuro.

Pre-eclampsia: presión elevada más de lo normal

Profesional del área de la salud: Persona que no necesariamente tiene licencia para ejercer como médico, pero que trata un área específica del cuerpo.

Pielonefritis: infección de vías urinarias

Shock: Reducción peligrosa del flujo sanguíneo en el cuerpo.

Síndrome de alcohol fetal: Presencia de graves defectos de nacimiento en bebés nacidos de madres que bebían alcohol durante el embarazo.

Sistema urinario: Sistema que elimina los desechos líquidos del cuerpo.

Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: Enfermedad de la membrana hialina

Tapón mucoso: tapón que se expulsa antes del parto.

Transfusión: Transferencia de sangre de una persona a un vaso sanguíneo de otra.

Trastorno alimentario: Enfermedad relacionada con los alimentos en la cual una persona cambia sus hábitos alimentarios de manera perjudicial para la mente y el cuerpo.

Virus: El agente patógeno más pequeño que causa enfermedades.

VIH: Virus que causa el SIDA.

MARCO TEORICO

2.1 DEFINICION¹

El parto pretermino se define como la presencia de contracciones uterinas incrementadas en duración intensidad y frecuencia que pueden ser capaces de originar cambios cervicales (borramiento y dilatación), y el nacimiento del producto en embarazos mayores de 20 semanas de y menores de 38 semanas de gestación.

El parto pretermino se relaciona directamente con el peso del producto (< 2500 gramos.), debido a que puede ser influido por diversos factores: macrosomia o retardo del crecimiento por lo que el peso no refleja estrictamente la edad del producto.

Un alumbramiento prematuro espontáneo ocurre cuando comienzas el trabajo de parto antes de tiempo, rompes aguas o el cuello uterino se dilata prematuramente sin contracciones, lo que se denomina insuficiencia cervical o cervicouterina,

El nacimiento pretermino puede causar problemas de salud al bebé, o incluso ser mortal, si ocurre muy temprano. Cuanto más maduro se encuentra el bebé en el momento del nacimiento, más probabilidades hay de que sobreviva y menos de que tenga problemas de salud.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

El parto pretermino se relaciona con diversos factores: como lo son el nivel socioeconómico, la edad de la madre el antecedente de complicaciones obstétricas y ámbitos maternos durante el embarazo.

El nivel socioeconómico es posible uno de los factores asociados con el parto pretermino, inicialmente por el nivel de educación de los padres, que condicionan la cantidad y la calidad de la información en salud, en especial con relación con el embarazo, lo que puede ser origen de falta de cuidados durante el mismo; así

como el grado de nutrición de la madre se relaciona directamente con el nivel social y económico. El peso de la madre al momento del embarazo para el desarrollo del mismo, la desnutrición incrementa la incidencia del parto prematuro en especial en madres con peso inferior a 50 kilogramos. Los hábitos higiénicos deficientes que originan infecciones crónicas y subsecuentemente parto pretermino también son más comunes en niveles socioeconómicos bajos.

La edad de la madre en los extremos de la vida reproductiva se asocia con el parto pretermino, ya que se presenta con mayor frecuencia en madres menores de 15 años y en mayores de 40 años.

Finalmente, algunos hábitos maternos durante el embarazo originan el parto pretermino se ha asociado el tabaquismo con productos de bajo peso, con alteraciones en la placentación y parto pretermino; otro hábito materno asociado es la actividad física intensa.

2.3 ETIOLOGÍA

La etiología del parto pretermino es muy diversa, desde problemas infecciosos, alteraciones uterinas anomalías placentarias, alteraciones fetales y alteraciones cervicales.

Un estudio realizado en el INPer mostro que un 12% de 863 pacientes cursaban con un cuadro clínico comparable con cistouretritis siendo más frecuente en el primer trimestre o principios del segundo.

Pielonefritis, es la complicación es la infección más grave. Corresponde a una infección sistémica con la posibilidad de complicaciones tanto en la madre como sobre el feto; es una causa común de parto pretermino. Se caracteriza por fiebre dolor en las fosas nasales y un síndrome uretral. En el INPer recientemente se estableció una incidencia de un caso por 100 embarazos.

Existen otras complicaciones clínicamente importantes de las infecciones de vías urinarias, en una de ellas se a dividido ala infección del aparato urinario de acuerdo ala localización anatómica de la misma en:

Infecciones de vías urinarias bajas: que comprenden a la cistitis, a la uretritis y a la bacteriuria asintomática.

Infecciones de vías urinarias altas, que implica a la pielonefritis. Existen diferencias significativas entre ambos grupos de infecciones entre las principales tenemos a la infección de vías urinarias bajas se considera una infección de tipo local con mínimas repercusiones a todos los niveles de la economía de la paciente.

Otras enterobacterias involucradas en la etiología de las infecciones de vías urinarias.

La corioamnioitis es la infección urinaria mas importante, generalmente secundaria a infecciones ascendentes vaginales o infecciones sistémicas invasores por vía sanguínea, los criterios cardinales para el diagnostico son las contracciones uterinas, taquicardia fetal, taquicardia materna, fiebre, dolor a la palpación uterina y en caso de ruptura de membranas la fetidez del liquido amniótico, además de datos indirectos como lo es el incremento de la proteína C reactiva, leucocitos con pandemia, etc.

¹NÚÑEZ Maciel. Ginecología y obstetricia volumen II. Dr. Eduardo. Ediciones. Cuella. Agosto 2001. Zubieta Col. Perla. P.P. 677-684. Diccionario de Medicina, océano Mamby; Editorial Océano cuarta Edición. P.p 1504 Y 982-983

ARREDONDO García José Luis. Temas actuales de infectología volumen III. Agilar y Seyjas 75 lomas de Chapultepec 11000 México df. Editorial Inter sistemas segunda edición. P.p 200 -2007

2.4 FACTORES DE RIESGO MAS COMUNES ²

Las mujeres que tiene más riesgo de tener un parto pretermino, pero no siempre condiciona el mismo, son:

- Mujeres con embarazo de gemelos o más de 2 bebés.
- Mujeres con antecedentes de embarazos prematuros anteriormente.
- Mujeres con malformaciones en la matriz.
- Mujeres menores de 18 años o de más de 35 años.
- Ruptura prematura de las membranas (¿infecciones?).
- Las infecciones vaginales, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual, etc.
- Hipertensión arterial de la madre.
- Diabetes en la madre.
- Madre con alteraciones de la coagulación.
- Madre muy baja de peso antes del embarazo.
- Madre con exceso de peso antes del embarazo
- Embarazos muy seguidos, menos de 9 meses entre ellos.

Otros factores no son intrínsecos sino de formas de vida de la madre como pueden ser:

- Beber alcohol.
- El uso de drogas ilegales.
- Estrés.
- Estar de pie en el trabajo muchas horas.
- Fumar.
- La falta de cuidados prenatales.
- Maltratos familiares.

² FÉLIX Ramírez Alonso. Obstetricia para la Enfermería Profesional;. Manual Moderno. México D.F. 2002, PP. .229_235. www.babysitio.com/embarazo/parto_nacimiento_prematuro.php

2.5 DIAGNOSTICO³

El diagnóstico del parto pretermino se basa en la presencia de contracciones uterinas.

Debe corroborarse la edad gestacional con métodos clínicos o en caso de última menstruación o entre la edad gestacional probable y el tamaño fetal con estudios ultrasonográficos.

Las contracciones uterinas deben presentarse en frecuencia aproximada de 10 minutos, aunque en ocasiones no son referidas directamente, sino se relacionan con dolor lumbar o pesadez pélvica.

Otro síntoma es la expulsión del tapón mucoso, dolor en muslos y coxis, desecho sanguinolento.

Estos síntomas pueden ser poco claros porque alguno de ellos, como la presión en la pelvis o el dolor en la parte baja de la espalda, también ocurren en los embarazos normales y las contracciones esporádicas tempranas pueden ser simplemente contracciones de Braxton Hicks. Pero siempre es mejor prevenir que lamentar, así que llama a tu médico o comadrona de inmediato.

2.6 ANÁLISIS PARA PREDECIR UN PARTO PRETARMINO

Se sabe que existen dos pruebas de detección para aquellas mujeres que presentan síntomas de parto pretermino o que corren el riesgo de tenerlo. Los resultados negativos son especialmente útiles, ya que pueden ayudarte a evitar intervenciones innecesarias y al mismo tiempo tranquilizarte. El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos no recomienda hacer estos estudios a todas las mujeres embarazadas, ya que las investigaciones no han demostrado que éstos sean útiles para las mujeres que no se consideran de alto riesgo y que no presentan síntomas.

2.6.1 Medición de la longitud del cuello uterino

Los médicos miden la longitud del cuello uterino rutinariamente durante la primera visita prenatal, para poder verificar los cambios a medida que avanza el embarazo. Si tu cuello uterino se está acortando a mitad del embarazo significa que está comenzando a afinarse y el riesgo de un parto prematuro es mayor. Si presentas un alto riesgo de insuficiencia cervical (por ejemplo, porque el cuello del útero es más corto de lo normal) o si tienes síntomas que indican que el cuello uterino está cambiando (tales como presión sobre la pelvis, dolor de espalda o aumento de la secreción mucosa), tu médico puede recomendar que te hagan una ecografía (ultrasonido) para medir el cuello con más precisión y buscar indicios de cambios.

Si la ecografía muestra que el cuello uterino está comenzando a cambiar, probablemente el médico te recomiende que reduzcas tus niveles de actividad física y horas de trabajo, que evites tener relaciones sexuales y que dejes de fumar, si todavía no lo has hecho. Dependiendo de tu situación y edad gestacional del bebé, podrían realizarte otra ecografía en las próximas semanas.

Si aún no has llegado a la semana 24 y el cuello uterino está cambiando, pero no tienes contracciones, el médico te puede recomendar un cerclaje, que es un procedimiento mediante el cual se realiza una sutura alrededor del cuello del útero (se cose con un punto de hilo fuerte) para reforzarlo y ayudarlo a mantenerse cerrado. Sin embargo, la efectividad del cerclaje en esta situación es controvertida. (Las mujeres que parecen beneficiarse del cerclaje incluyen aquellas que han sufrido tres o más pérdidas o nacimientos prematuros en el segundo trimestre por causa desconocida. Si te encuentras en este grupo,² probablemente te practiquen un cerclaje entre las semanas 13 y 16, antes de que el cuello uterino comience a cambiar.)

2.6.2 Prueba de detección de fibronectina fetal

Este análisis generalmente se reserva para mujeres que tienen contracciones u otros síntomas de parto pretermino, para ayudar a obtener un diagnóstico más exacto. La fibronectina fetal (FN) es una proteína producida por las membranas

fetales. Si en una muestra de tus secreciones cervicales y vaginales tomada entre las semanas 24 y 34 de embarazo aparece una cantidad mayor de lo que debería, se considerará que corres más riesgo de tener un parto pretermino.

Si el resultado del análisis da positivo quizás tu médico te recete medicamentos para detener el parto a corto plazo, y corticoesteroides para ayudar a que los pulmones del bebé maduren más rápido. Sin embargo, el análisis indica con mayor precisión la fecha en la que *no* darás a luz que la fecha en la que te pondrás de parto. Si el resultado de FN da negativo, es muy poco probable que tengas un parto prematuro durante las próximas dos semanas. Un resultado negativo puede tranquilizarte y ayudarte a evitar la internación en un hospital o el reposo en cama, así como medicamentos que podrían tener efectos secundarios.

Otra técnica, denominada seguimiento de la actividad uterina en el hogar (HUAM por sus siglas en inglés) ya no se considera útil para predecir un nacimiento prematuro. Si deseas recurrir a ella, tienes que colocarte un sensor alrededor del abdomen que registrará la actividad uterina diaria. Este sistema es caro y, aunque el médico puede recomendártelo, los especialistas coinciden en que no ha ayudado a reducir el porcentaje de partos prematuros en los Estados Unidos.

³MONDRAGON Castro Héctor; Obstetricia y Ginecología Básica Ilustrada segunda Edición 1992. Editorial Trillas.

FÉLIX Ramírez Alonso. Obstetricia para la Enfermería Profesional;. Manual Moderno. México D.F. 2002, PP. .229_235.

2.7 MEDIDAS PREVENTIVAS⁴

- Corregir los factores relacionados con la etiología que produce el parto pretérmino.
- Disminuir el ejercicio físico, incluso reposo.
- Modificar condiciones de trabajo.
- Eliminar tabaco, alcohol, drogas.
- Alimentación adecuada.
- Algunas veces también tratamiento quirúrgico, por ejemplo cerclaje cervical en mujeres que tengan una insuficiencia ístmico-cervical.
- Tratamiento de las distintas infecciones (vaginales, cervicales, urinarias).

Hay dos pruebas de detección para aquellas mujeres que presentan síntomas de parto prematuro o que corren el riesgo de tenerlo. Los resultados negativos son especialmente útiles, ya que pueden ayudarte a evitar intervenciones innecesarias y al mismo tiempo tranquilizarte. El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos no recomienda hacer estos estudios a todas las mujeres embarazadas, ya que las investigaciones no han demostrado que éstos sean útiles para las mujeres que no se consideran de alto riesgo y que no presentan síntomas.

2.8 MEDIDAS DE ALARMA

La alimentación y el descanso, recibir asistencia prenatal desde temprano en el embarazo y asistir regularmente a las visitas prenatales, reduces tu nivel de estrés, y prestas atención a tu higiene y tu cuidado dental, observar los cambios que experimenta el cuerpo. Analizar los movimientos del bebé y anotar todo dolor o presión inusual.

Tener presente las señales que indican un parto pretermino (se listan más abajo) y avisa a tu médico de inmediato si notas alguna de ellas. El avance más importante en la atención de partos pretermino durante los últimos 50 años ha sido el uso de medicamentos con corticoesteroides para acelerar el desarrollo de

los órganos del bebé antes del nacimiento. Cuanto antes descubras los síntomas de un parto prematuro, más posibilidades habrá de que tu bebé se beneficie de este tratamiento.

El personal de la salud podría consultar a un especialista en alto riesgo (perinatólogo) o podría referirte a uno, especialmente si ya has tenido un parto prematuro antes. Si se a sufrido una pérdida en el segundo trimestre o un nacimiento prematuro espontáneo.

Los estudios han demostrado que aplicar inyecciones semanales de esta hormona desde el segundo trimestre hasta la semana 36 resulta en una reducción significativa del riesgo de tener otro parto pretermino para las mujeres que ya han tenido uno antes. la 17 p no está aún disponible en todas partes. La Agencia de Alimentos y Fármacos todavía no ha autorizado a las empresas farmacéuticas a fabricar este compuesto y sólo una cantidad limitada de farmacias puede producirlo. Hay investigaciones en curso para ver si la 17 P puede ayudar a reducir la cantidad de partos prematuros en otros grupos de alto riesgo, tales como las mujeres embarazadas de mellizos o gemelos.

2.9 MEDIDAS PREVENTIVAS DEL PARTO PRETERMINO

Para evitar la presencia de infecciones de vías urinarias o la recurrencia de las mismas.

- se recomienda que la mamá beba cuando menos dos litros de agua al día.
- Es importante que no aguante el deseo de hacer pipí, el solo hecho de orinar permite que el flujo de la orina arrastre hacia afuera las bacterias que pudieran ascender desde la región exterior de la uretra a la vejiga. Además, si llegan las bacterias a la vejiga y colonizan la orina, cuanto más tiempo estén colectadas a ese nivel, más fácilmente se multiplican y se pueden adherir a la mucosa ocasionando infección.
- Tener mucho cuidado con la higiene personal, en especial al limpiarse después de hacer popó, es importante hacerlo de adelante hacia atrás para evitar que la vejiga, e incluso la vagina, se contaminen.
- Si las infecciones son recurrentes investigar si están asociadas con haber tenido relaciones sexuales, ya que el coito en sí produce un traumatismo

sobre la vejiga y la uretra haciendo que se lastime la mucosa o recubrimiento interno de éstos órganos, tornándolos más susceptibles a infecciones.

3.1 CONSECUENCIAS DEL PARTO PRETERMINO

Si tienes síntomas de parto pretermino o crees que estás perdiendo líquido amniótico, acudir a consulta médica, para hacerte una evaluación exhaustiva. Comprobarán si tienes contracciones (al mismo tiempo que monitorearán la frecuencia cardíaca del bebé) y te revisarán para verificar si has roto aguas. Analizarán tu orina para verificar que no haya signos de infección y tal vez te hagan cultivos cervicales y vaginales. Puede que también te hagan estudios para ver si tienes fibronectina fetal.

Si no has roto aguas, tu médico hará un estudio vaginal para evaluar cuánto se ha dilatado o afinado el cuello uterino. Lo más probable es que además te haga una Ecografía abdominal para controlar la cantidad de líquido amniótico y verificar el crecimiento, la edad gestacional y la posición del bebé. Algunos médicos también realizan una ecografía vaginal para revisar nuevamente la longitud del cuello uterino y ver si no hay signos prematuros de afinamiento. Si todos los análisis dan negativos, tú y el bebé parecen sanos, no has roto aguas y el cuello uterino permanece cerrado y sin afinamiento alguno, luego de unas horas de monitoreo es muy probable el reposo en casa.

Aunque la forma de manejar la situación pueda variar un poco entre los distintos médicos, existen ciertas pautas generales. Si aún no has llegado a la semana 34 de embarazo y se comprueba que muestras indicios de parto pretermino, pero las membranas están intactas, la frecuencia cardíaca del bebé es normal y no presentas signos de infección uterina u otros problemas (como pre-eclampsia grave o signos de desprendimiento prematuro de placenta), tu médico intentará retrasar el parto.

En primer lugar, te aplicarán una intravenosa y te darán antibióticos para impedir que el bebé contraiga una infección por estreptococo del grupo B. Esto se realiza por si acaso, en espera de recibir los resultados de un análisis para saber si eres

portadora, ya que éstos se demoran 48 horas. Es muy probable que te den medicación para intentar detener las contracciones (por lo general, suele retrasar el parto entre dos días y una semana) y corticoesteroides para acelerar el desarrollo de los pulmones, los intestinos y el cerebro del bebé.

Si te encuentras en un pequeño hospital comunitario en donde no hay atención especial neonatal para un bebé prematuro, te transferirán a una institución más grande, de ser posible. Tú y tu bebé serán monitoreados durante el parto si es que éste continúa. Si rompes la bolsa de la aguas antes de la semana 37 pero no tienes contracciones, el equipo médico puede optar por esperar a que comience el parto (lo cual podría suceder en horas o tardar una semana, en la que estarás en el hospital), o bien puede decidir inducir el parto o intentar retrasar el nacimiento. En cualquier caso, te administrarán antibióticos para protegerte del estreptococo del grupo B y otras infecciones.

Los expertos no coinciden sobre qué se debe hacer en esta situación. Esperar a que se inicie el parto le da al bebé más tiempo para madurar, pero aumenta el riesgo de una infección, lo cual podría ser peligroso para él. Si tienes síntomas de infección o es evidente que el bebé está sufriendo, querrán que des a luz de inmediato, a menudo mediante cesárea.

En la mayoría de los casos, si te pones de parto después de la semana 34 pero antes de la 38, podrás tener al bebé normalmente. Los bebés que nacen entre las semanas 34 y 37 de gestación sin otras complicaciones, por lo general gozan de buen estado de salud. Es posible que necesiten una estadía corta en la unidad neonatal y presenten algunos problemitas de salud a corto plazo, pero con el tiempo, suelen estar tan bien de salud como los bebés que nacen a término.

⁴MADRIGAL Castro Héctor. Obstetricia básica ilustrada. edit. trillas. 4ª edición. McGraw-Hill intramericana. 1999 venezuela. pag. 315 - 329.

3.2 TRATAMIENTO DEL PARTO PRETERMINO⁵

Existen condiciones que contraindican la inhibición del trabajo de parto pretermino, como lo es la dilatación cervical avanzada, la presencia de alteraciones fetales incompatibles con la vida, la muerte fetal, la presencia de ruptura de membranas y padecimientos que pongan en riesgo la vida de la madre. Así mismo la respuesta al tratamiento y ala posibilidad de éxito serán inversamente proporcionales a la dilatación cervical ala altura de la presentación, ala consistencia y posición cervical y ala integridad de amnios.

El tratamiento de la amenaza de parto pretermino se orienta a la inhibición de la actividad uterina. Existen diversos tipos de fármacos para el efecto, entre los mas usados están los beta-adrenérgicos, los inhibidores de prostaglandina, de la placa neuromuscular y los calcios antagonistas.

La intensidad del tratamiento dependerán de la actividad uterina cuando no es intensa, los cambios cambios cervicales son nulos o minimos o el estado fetal o maternos son normales es recomendable iniciar con medidas generales, como el reposo absoluto la aplicación de expansores de volumen con cristaloides séricos, para inhibir la secreción de hormonas antidiureticas y por la similitud estructural y del sitio de producción puede inhibirse la producción de oxitocina endógena, el uso de inhibidores de prostaglandina y cedantes son fármacos de elección.si la actividad uterina no cede de vera utilizarse terapia mas energetica deberá utilizarse beta-adrenergicos en infucion intravenosa (orciprenalina, terbutalina, salbutamol, ritrodina, aminofilina, etc.), para ello la paciente deberá internarse a sala de labor e iniciar el protocolo para conocer la causa de la contractilidad uterina (biometría

hemática completa, examen de orina, cultivo, ultrasonido, cultivos vaginales, etc.) así mismo es necesario recordar que los beta –adrenérgicos causan inhibición de la musculatura uterina, pero a nivel sistémico ocasionan efectos adversos como lo son: taquicardia materna, arritmia, sudoración, nerviosismo, contricción bronquial con insuficiencia respiratoria secundaria, edema pulmonar, hiperglucemia, etc. Efectos que deben vigilarse estrechamente para dosificar la dosis de beta-adrenérgicos a la mínima efectiva y evitar alteraciones maternas graves.

Otro tipo de de tratamiento se basa en la inhibición de la placa neuromuscular, con la administración de sulfato de magnesio en infusión deberán cuidarse los efectos diversos que incluyen mareo, náuseas, vomito sequedad de mucosas, nistagmus, hipotermia, parálisis de músculos respiratorios, etc.

El tratamiento se continuara hasta conseguir la inhibición de la contractilidad uterina, posteriormente, deberá disminuirse paulatinamente la infusión del agente tocolico elegido hasta la suspensión del mismo y el inicio de la terapia oral de sostén, al permanecer sin actividad uterina por cuatro horas sin terapia intravenosa, la paciente deberá ser trasladada ala sala de labor a la de hospitalización para continuar la vigilancia, iniciar paulatinamente la actividad física y completar el estudio del origen de la amenaza de parto pretermino y el tratamiento secundario.

Cuando la dilatación es mayor de 4 centímetros o existe ruptura prematura de membranas o condiciones fetales y maternas que contraindiquen la útero inhibición (sufrimiento fetal, muerte fetal, padecimientos maternos, etc.) o la uteroinhibicion es ineficaz y se producen mayores modificaciones cervicales, deberá considerarse como fallidas y planearse la vía de nacimiento del producto

de acuerdo con la edad gestacional para evitar complicaciones inherentes con el nacimiento (asfixia, sufrimiento fetal, hemorragia interventricular, etc.)

En embarazos con inmadurez extrema (menores a 26 semanas de gestación) el nacimiento deberá realizarse por vía vaginal evitando maniobras agresivas al producto. Cuando la edad es menor de 26 a 31 la vía de elección del nacimiento es por cesárea para evitar el traumatismo cefálico del feto en el parto y con ello la hemorragia interventricular secundaria. en edad gestacional de 32 a 34 semanas, con presentación cefálica puede realizarse el nacimiento por cesárea.

⁵JAMES R.Scot D M. Tratado de obstetricia y ginecología. McGraw_Hill Interamericana. santa María Aztahucon México D.F. Mayo 2001P.269 a 279 NÚÑEZ Maciel.Ginecología y obstetricia volumen II.Dr. Eduardo.Ediciones.cuella.agosto 2001.zubieta col.perla.P.P.677-684. Diccionario de Medicina, océano Mamby; Editorial Océano cuarta Edición. P.p 1504 Y 982-983

3.3 COMPLICACIONES DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIA MAS COMUNES⁶

La infección de vías urinarias es la complicación infecciosa más frecuente del embarazo.

De hecho, las mujeres son más susceptibles a la infección de vías urinarias debido a los siguientes factores:

- Una uretra más corta.
- Fácil contaminación de la uretra por bacterias de la vagina y el recto.
- Posibilidad de la que la mujer no vacíe por completo la vejiga cada vez que orina.
- Movimiento de bacterias al interior de la vejiga con cada relación sexual.

Se suman además, los cambios que el propio embarazo produce en el aparato urinario como son la relajación del músculo liso de los uréteres que impide que la orina llegue adecuadamente a la vejiga para ser eliminada, y la compresión que ejerce la matriz sobre la vejiga lastimando su cubierta interna y dejándola incapacitada para vaciarse por completo cada vez que la mamá orina.

La infección de vías urinarias en el embarazo se clasifica en:

3.4.1 Bacteriuria asintomática

Se refiere a la presencia de bacterias en una muestra de orina que, como su nombre lo indica, no produce síntomas.

Es la más frecuente de las infecciones urinarias. Debido a ello y a que no presenta síntomas, la realización de un cultivo de orina forma parte de los exámenes prenatales que todo ginecólogo solicita a las mamás embarazadas en la primera consulta.

La importancia de ésta infección radica en que, aun cuando no presenta síntomas, pone a la mamá en riesgo de desarrollar una infección urinaria más complicada como es la pielonefritis, o bien, de desencadenar un parto prematuro.

Una vez que el médico detecta que existe una bacteriuria asintomática prescribirá antibióticos con la finalidad de que desaparezca la infección. El tipo de antibiótico y la duración del tratamiento las decide cada doctor.

3.4.2 Cistitis

Se le llama así a la infección localizada en la vejiga. A diferencia de la bacteriuria asintomática, ésta sí produce síntomas tales como la urgencia para orinar, el ardor al orinar, un incremento en el número de veces que se orina al día y molestia en la región superior del pubis. Se puede acompañar de la presencia de sangre en la orina, o bien, ésta se puede encontrar turbia.

Una vez que la mamá detecta estos síntomas se lo debe reportar inmediatamente a su médico ya que, de no controlar la infección, existe el riesgo de que ésta se extienda al riñón.

3.4.3 Pielonefritis

Es la más seria de las infecciones urinarias. Se llama pielonefritis a la infección del riñón y se presenta hasta en un 2.5% de las mujeres embarazadas.

Los síntomas de ésta infección incluyen fiebre, escalofríos, dolor localizado en la cintura posterior, a un lado de la columna vertebral, náusea y vómito junto con los síntomas de urgencia urinaria, ardor al orinar e incremento en el número de veces que se orina al día. En este tipo de infecciones la mamá se ve francamente enferma.

Es una infección tan seria que su manejo requiere de hospitalización para el uso endovenoso de antibióticos potentes, hidratación y vigilancia estrecha de la función del riñón. Una vez que la infección se ha controlado y la mamá no presenta síntomas ni fiebre puede ser dada de alta y continuar con el tratamiento por vía oral o intra venoso en casa.

3.5 PREDISPOSICIÓN DE LA MADRE

Los altos niveles de la hormona progesterona relajan los músculos de la vejiga, de los uréteres (los tubos que comunican la vejiga con los riñones) y de la uretra. Además el útero, que cada vez está más grande, puede comprimir los uréteres y dificultar el paso rápido y fluido de la orina. A medida que avanza el embarazo, el bebé presiona tu vejiga, y esto hace que te sea más difícil vaciarla por completo cuando orinas. El resultado de todos estos cambios es que la orina tarda más tiempo en atravesar las vías urinarias, y esto da más tiempo a que las bacterias se multipliquen.

Por otra parte, cuando hay azúcar presente en la sangre, como en el caso de la diabetes, las infecciones de orina son más comunes. Si tienes diabetes del embarazo, puede que seas aun más propensa a desarrollar infecciones de orina. Por ser las infecciones de orina relativamente frecuentes durante el embarazo, tu médico te hará un análisis de orina para detectar si tienes bacterias durante la primera consulta prenatal, independientemente de si presentas síntomas. Si este análisis inicial da negativo, la probabilidad de que contraigas una infección

urinaria en los próximos meses del embarazo es poca. Sin embargo, si te encuentras entre el 5 y 7 por ciento de mujeres embarazadas que tienen bacterias en la orina, recibirás tratamiento con antibióticos para eliminarlas.

Si no tratas la infección de orina correctamente, tienes un 30 por ciento de probabilidad de desarrollar una infección en los riñones durante el embarazo.

Las infecciones graves en los riñones (pielonefritis) pueden provocar parto pretermino y otras complicaciones. Por eso, es muy importante no retrasar el tratamiento.

⁶JAMES R.Scot D M. Tratado de obstetricia y ginecología.. McGraw_Hill Interamericana. santa María Aztahucon México D.F. Mayo 2001.Pag.269 a 279.

ARREDONDO García José Luis. Temas actuales de infectologia volumen III. Agilar y Seyjas 75 lomas de Chapultepec 11000 México df. Editorial inter sistemas segunda edición. P.p 200 -2007

3.6 TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS⁷

Se tratan con antibióticos (un medicamento que mata bacterias), generalmente por entre siete y diez días. Para algunas infecciones, sin embargo, puede que sólo necesite una única dosis de antibióticos. La elección del antibiótico y la duración del tratamiento dependen de su historia clínica y del tipo de bacteria que está causando la infección. Los medicamentos antibióticos que se utilizan más frecuentemente para tratar las Infecciones de vías urinarias son:

- trimetoprima
- trimetoprima/sulfametoxazol
- amoxicilina
- nitrofurantoina
- ampicilina.

Algunos antibióticos no son seguros para su consumo durante el embarazo. Hable con su proveedor de atención médica acerca de los riesgos y los beneficios de tomar los distintos medicamentos.

Obtener tratamiento adecuado impedirá que los problemas de sus vías urinarias empeoren y afecten otras partes de su cuerpo.

⁷MAE M. Bookmiller: Enfermería Obstetricia. Editorial Interamericana Quinta Edición P.p.547

3.7 MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS VÍAS URINARIAS⁸

Beba mucha agua todos los días para ayudar a expulsar las bacterias de su organismo. Algunos proveedores de atención médica sugieren beber jugo de arándano o tomar complementos alimenticios de vitamina C (ácido ascórbico), que mantienen baja la cantidad de bacterias en su organismo. Limpie el área cercana al recto y la vagina todos los días. Orine cuando sienta necesidad (o alrededor de cada dos a tres horas, y antes y después del coito). Limpie el área genital de adelante hacia atrás, para evitar que las bacterias ingresen a la vagina o la uretra. También ayuda tomar duchas en lugar de baños de inmersión, evitar el uso de duchas vaginales y aerosoles de higiene femenina irritantes, y usar bragas con entrepiernas de algodón, que absorben la humedad.

⁸ AHUED Ahued Roberto. Fernández del castillo Carlos .Ginecología y obstetricia aplicada.2ª Edición. Mexico.edit.Manual Moderno 2003.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comprobar que las infecciones bacterianas agudas en vías urinarias se correlacionan al parto pretermino en mujeres a partir de la semana 30 de gestación que llegan al servicio de urgencias del hospital de nuestra señora de la salud ubicado en Morelia Michoacan.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si las infecciones de vías urinarias son el único factor que determina un parto pretermino.
- Determinar si existe correlación entre las infecciones bacterianas agudas y la presencia de parto pretermino.
- Determinar si existen medida preventiva para evitar un parto prematuro.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el fenómeno del embarazo en la mujer tiene una cobertura cada vez mayor en la sociedad. Ya que en México la mayor parte de la población mantiene vida sexual activa, lo que aumenta la posibilidad de enfrentarse a un embarazo en los primeros 6 meses de esta práctica.

El mayor riesgo al que se enfrenta una embarazada es a presentar un parto pretermino ocasionado por infecciones de vías urinarias como es la Bacteruria Asintomática (BA), la cistitis Aguda y la pielonefritis aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbilidad elevada a nivel materno-fetal y de enfermedades crónicas de muchos bebés.

La presente investigación se realizara con el objetivo de analizar la correlación que existe entre las infecciones bacterianas agudas y el parto pretermino. Ya que se han presentado algunos casos en el hospital de nuestra señora de la salud ubicado en Morelia Michoacán.

Es de suma importancia saber a que edad se presenta, quienes son las personas que corren el riesgo de y si es el único factor que determina un parto prematuro. Es por ello que se desea investigar si existe la correlación entre dichas patologías para tener un panorama más amplio sobre dichas patologías que día a día ponen en peligro la vida de la madre o el producto.

Ya que esta investigación podría servir al equipos de trabajo del el área de la salud, para implementar medidas preventivas que permitan salvar la vida de la madre así como la del producto.

HIPÓTESIS

Las infecciones bacterianas agudas de vías urinarias es uno de los principales factores que determinan un parto pretermino en pacientes a partir de la semana 30 de gestación que llegan al servicio de urgencias del hospital de nuestra señora de la salud ubicado en Morelia Mich.

VARIABLES

- Infecciones bacterianas agudas en vías urinarias
- Parto pretermino.

Relación:

- Correlación

Objeto de estudio:

- Mujeres embarazadas de la semana 30 de gestación.

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

METODOLOGIA

Se trata de una investigación cuantitativa con el objetivo de determinar la correlación de parto pretérmino con las infecciones de vías urinarias en el Hospital de nuestra señora de la salud, durante el periodo agosto a mayo del 2009.

El universo estuvo constituido por 30 pacientes ingresadas con diagnóstico de parto pretérmino al hospital y periodo de estudio ya descrito.

La información se obtuvo mediante un cuestionario aplicado a las pacientes que ingresaron al hospital con diagnóstico de parto prematuro, con presencia de infecciones de vías urinarias.

Luego de obtenidos y recolectados los datos estos son procesados y presentados de forma escrita y en gráficas.

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizara de forma cuantitativa

Muestra

Mujeres que han presentado parto pretermino a consecuencia de infecciones de vías urinarias en el hospital de nuestra señora de la salud.

SUJETOS A ESTUDIAR

Mujer embarazada a partir de la semana 30 de gestación

Universo

La ciudad de Morelia

Población

Mujeres que han presentado parto pretermino en el hospital de nuestra señora de la salud a partir de la semana 30 de gestación desde

.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DE LA DE MUESTRA

La muestra de población fueron ciento noventa y tres personas ya que fue el dato arrojado con la aplicación de la fórmula para población finita y datos cualitativos.

Con la aplicación de veinte encuestas piloto, se obtuvieron los siguientes datos:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

FÓRMULA

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

SIGNIFICADO DE VALORES

n = Tamaño de muestra

Z^2 = Consecuencias del tamaño de muestra

e = Margen de error aceptado

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

N = Tamaño de la población

SUSTITUCIÓN

$$n = ?$$

$$z = 1.96$$

$$e = 0.05$$

$$P = 17/20 = 0.85$$

$$q = 3/20 = 0.15$$

$$N = 150$$

DESARROLLO DE LA FORMULA

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85)(0.15)(150)}{(0.05)^2 (150) + (1.96)^2 (0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.85)(0.15)(150)}{(0.0025)(150) + (3.8416)(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{22.530984}{0.60484}$$

$$n = 36 \text{ mujeres}$$

TECNICAS UTILIZADA

La técnica utilizada para la presente investigación fue la entrevista, para determinar si existe correlación entre el parto pretermino y las infecciones de vías urinarias, aplicado a las pacientes que presentaron parto pretermino en el hospital de nuestra señora de la salud del mes de agosto del 2008 a mayo del 2009.

Al igual se utilizo bibliografía de libros de ginecología, pediatría, y de internet para una mejor investigación.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

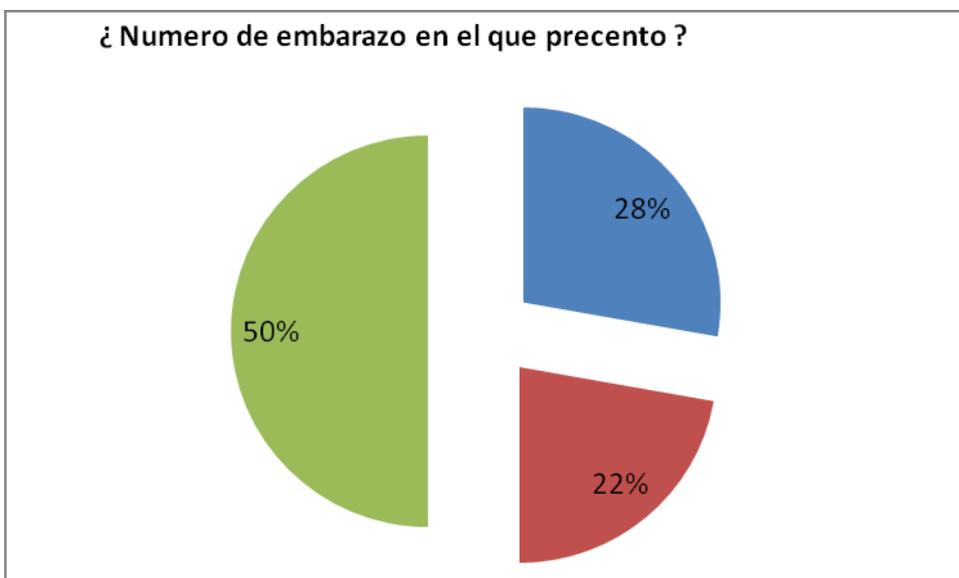
Fue un total de 36 encuestas realizadas a pacientes del hospital de nuestra señora de la salud, que presentaron parto pretermino de las cuales un 75% presento infecciones de vías urinarias y un 11% no presento infecciones de vías urinarias.

De las cuales el 18% se correlaciona con el al parto pretermino mientras que el 16% a pacientes menores de 16 años, el 14% a hipertensión arterial, el 11% anomalías uterinas, 11% embarazos gemelares, el 8% parto pretermino previo y el 21% a otros factores. Por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa para decir que si existe la correlación del parto pretermino y las infecciones de vías urinarias por lo tanto, se pudo comprobar nuestra hipótesis.

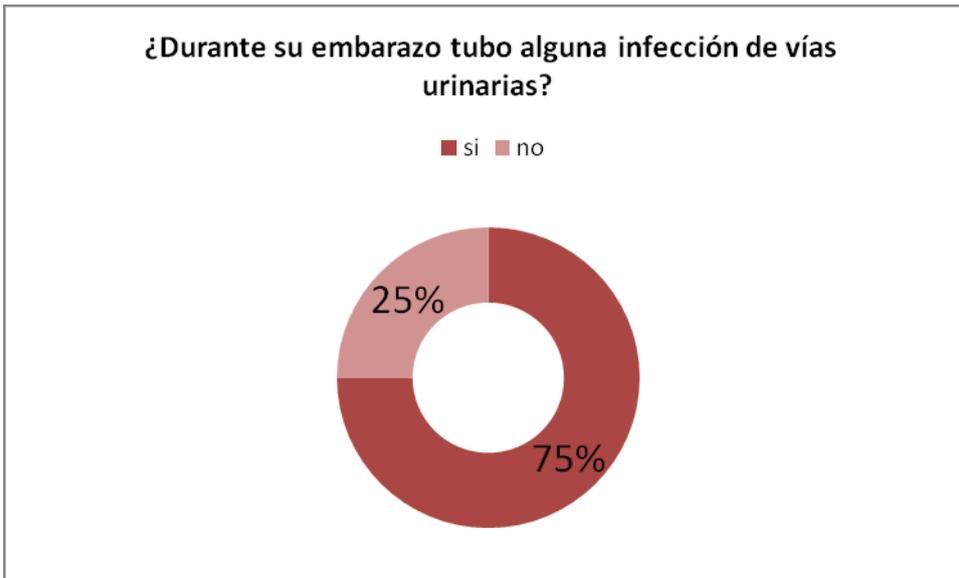
GRAFICAS



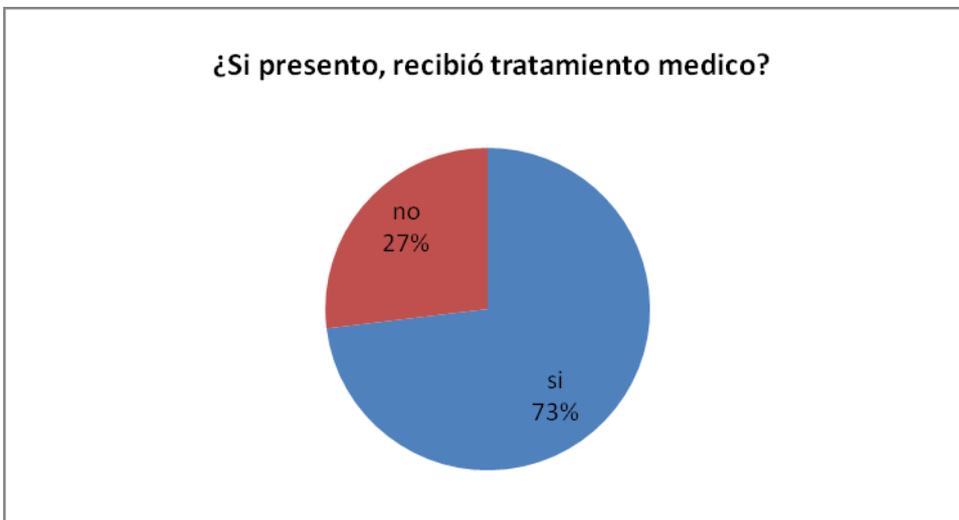
Descripción: de 36 mujeres encuestadas el 89% si sabe lo que es un parto pretermino mientras que el 11% no sabe lo que es.



Descripción: el 50% se presento en el primer parto mientras que el 28% se presento en el segundo parto y el 22% después.



Descripción: el 75% de las mujeres embarazadas dijo que si presento infecciones durante el embarazo, mientras que el 25% no presento ninguna.



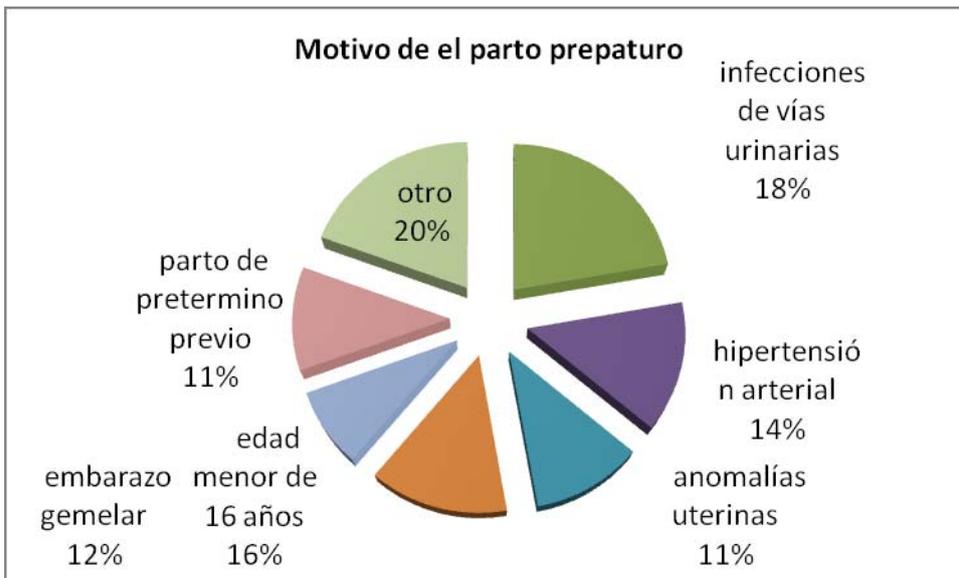
Descripción: el 75% si recibió tratamiento, mientras que el 27% no lo recibió.



Descripción: el 64% de las mujeres que presentaron no fueron informadas sobre las consecuencias mientras que al 36% si se le informo.

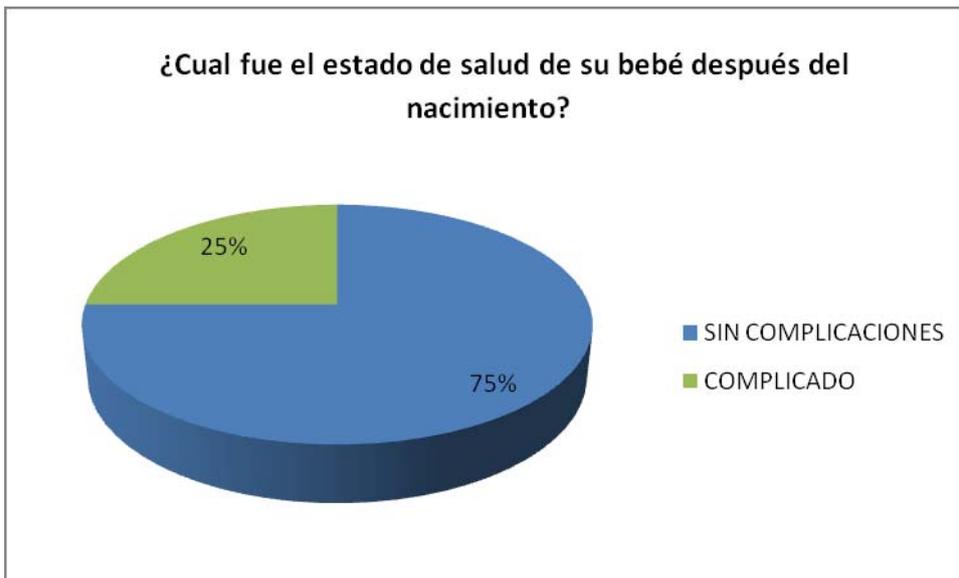


Descripción: El 53% no fue informada sobre el motivo del parto pretermino, mientras que el 47% reporta que si fue informada por su medico.

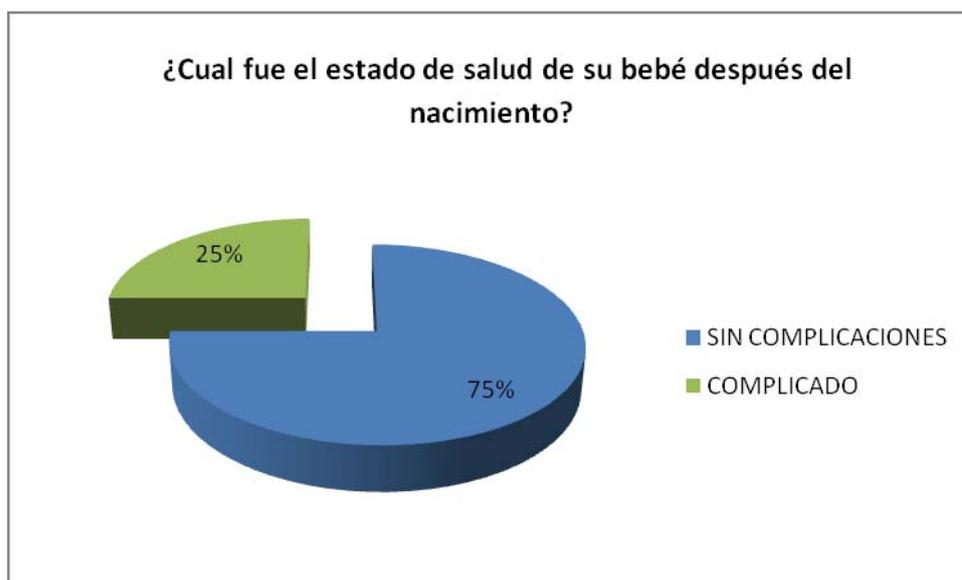


Si fue informada, especifique si fue alguna de estas u otra	
Infecciones de vías urinarias	6
Hipertensión arterial	5
Anomalías uterinas	4
Edad menor de 16 años	5
Embarazo gemelar	5
Parto de pretermino previo	4
Otro	7

Descripción: En el estudio realizado a 36 pacientes, que presentaron parto pretermino,



Descripción: el estado de salud del 25% no tuvo complicaciones y para el 75% fue complicado.



Descripción: para el 75% de las madres su estado de salud fue sin complicación, mientras que para el 25% si repercutió con su salud.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y SUJERENCIAS

CONCLUSIONES

Según el estudio realizado en el hospital de nuestra señora de la salud, a pacientes que presentaron parto pretermino nos indica que se cumplió nuestra hipótesis, ya que si existe correlación entre un parto pretermino y las infecciones de vías urinarias. Debido a que las infección de vías urinarias es una de las patologías que causa amenaza de parto pretermino por lo que deben realizarse examen general de orina a toda mujer embarazada que acuda a hospital de nuestra señora de la salud a consulta medica, como medida preventiva.

SUGERENCIAS

- Prestar especial atención a las gestantes provenientes del área rural, dado que dicha población presenta el mayor índice de complicaciones.
- Implementar planes de educación
- Establecer procesos de educación permanente acerca de la importancia de la asistencia a los controles prenatales mientras termina la gestación
- Realizar examen general de orina a toda paciente embarazada como medida preventiva.
- Explicar la importancia de recibir tratamiento frente a una infección de vías urinarias.
- Vigilar a las pacientes con antecedentes personales de infección de vías urinarias,
- Vigilar a pacientes con antecedentes familiares de hipertensión arterial, que no hayan asistido a controles prenatales o sean insuficientes.
- Si presento parto pretermino explicar a la madre los cuidados del recién nacido ya que este tipo de recién nacidos requieren más atenciones.

ANEXOS

ENCUESTA

1. ¿Sabe lo que es un parto pretermino?
a) si b) no

2. ¿Ha presentado algún parto pretermino?
a) si b) no c) no se

3. Numero de embarazo?.
a) primer parto b) segundo parto b) después

4. ¿Durante su embarazo tubo alguna infección de vías urinarias?
a) si b) no c) no se

5. ¿Si presento, recibió tratamiento medico?
a) si b) no

6. ¿Fue informada sobre las consecuencias de no recibir tratamiento?
a) si b) no

7. ¿Le informaron cual fue el motivo por el cual presento parto pretermino?
a) si b) no

8. Si fue informada, especifique si fue alguna de estas u otra

- a. infecciones de vías urinarias
- b. hipertensión arterial
- c. edad menor de 16 años
- d. embarazo gemelar
- e. antecedentes de un anterior parto pretermino.
- f. otro -----

9. ¿Cual fue el estado de salud de su bebé después del nacimiento?

- a) sin complicaciones b) complicado

10. ¿Cual fue el estado de salud que usted presento después del nacimiento de su bebé?

- a. a) Sin complicaciones b) complicado

BIBLIOGRAFÍAS Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- AHUED Ahued Roberto. Fernández del castillo Carlos .Ginecología y obstetricia aplicada.2ª Edición. Mexico.edit.Manual Moderno 2003.
- DANFORTH Scott; Tratado de Ginecología y Obstetricia, Octava Edición 2000. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.
 - DANFORTH, Tratado de Obstetricia y Ginecología. Mc.Graw Hill; México D.f. octava Edicion.
 - Diccionario de Medicina, océano Mamby; Editorial Océano Editorial cuarta Edición.
 - FÉLIX Ramírez Alonso. Obstetricia para la Enfermería Profesional;. Manual Moderno. México D.F. 2002.
 - JO. Alexander; Atención a la paciente Obstétrica Colección limusa de Enfermería Practica. Editorial Limusa S.A de C.V.
 - LLACA Rodríguez Victoriano y Fernández Alba Julio, Obstetricia Clónica. México 2003. Mc. Gran Hill Interamericana primera Edición.
 - JAMES R.Scot D M. Tratado de obstetricia y ginecología.. McGraw_Hill Interamericana. santa María Aztahucon México D.F. Mayo 2001.
 - HERNÁNDEZ S. Roberto, Metodología de la investigación. McGraw-Hill; México. Cuarta Edición.
 - NÚÑEZ Maciel. Ginecología y obstetricia volumen II.Dr. Eduardo.Ediciones.cuella.agosto 2001.zubieta col.perla.
 - MADRIGAL Castro Héctor.Obstetricia básica ilustrada.edit.trillas.4ª edición. McGraw-Hill intramericana.1999 venezuela.
 - MAE M. Bookmiller: Enfermería Obstetricia. Editorial Interamericana Quinta Edición.

- MONDRAGON Castro Héctor; Obstetricia y Ginecología Básica Ilustrada segunda Edición 1992. Editorial Trillas.
- Microsoft® Encarta® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporación.
- www.elmundo.es/elmundosalud/2008/01/08/mujer/1199810463.htm
- www.saling-institut.de/espanol/04infoph/01allg.html
- www.nacersano.org/centro/10485_10504.asp
- www.elportaldelasalud.com

ANEXOS

ENCUESTA

1. ¿Sabe lo que es un parto pretermino?
a) si b) no

2. ¿Ha presentado algún parto pretermino?
a) si b) no c) no se

3. Numero de embarazo?
a) primer parto b) segundo parto b) después

4. ¿Durante su embarazo tubo alguna infección de vías urinarias?
a) si b) no c) no se

5. ¿Si presento, recibió tratamiento medico?
a) si b) no

6. ¿Fue informada sobre las consecuencias de no recibir tratamiento?
a) si b) no

7. ¿Le informaron cual fue el motivo por el cual presento parto pretermino?
a) si b) no

8. Si fue informada, especifique si fue alguna de estas u otra

- a. infecciones de vías urinarias
- b. hipertensión arterial
- c. edad menor de 16 años
- d. embarazo gemelar
- e. antecedentes de un anterior parto prematuro
- f. otro -----

9. ¿Cual fue el estado de salud de su bebé después del nacimiento?

- a) sin complicaciones b) complicado

10. ¿Cual fue el estado de salud que usted presento después del nacimiento de su bebé?

- a. a) Sin complicaciones b) complicado

BIBLIOGRAFÍAS Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

-  AHUED Ahued Roberto. Fernández del castillo Carlos .Ginecología y obstetricia aplicada.2ª Edición. Mexico.edit.Manual Moderno 2003.
- DANFORTH Scott; Tratado de Ginecología y Obstetricia, Octava Edición 2000. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.
- DANFORTH, Tratado de Obstetricia y Ginecología. Mc.Graw Hill; México D.f. octava Edicion.
- Diccionario de Medicina, océano Mamby; Editorial Océano Editorial cuarta Edición.
- FÉLIX Ramírez Alonso. Obstetricia para la Enfermería Profesional;. Manual Moderno. México D.F. 2002.

- JO. Alexander; Atención a la paciente Obstétrica Colección limusa de Enfermería Practica. Editorial Limusa S.A de C.V.
- LLACA Rodríguez Victoriano y Fernández Alba Julio, Obstetricia Clónica. México 2003. Mc. Gran Hill Interamericana primera Edición.
- JAMES R.Scot D M. Tratado de obstetricia y ginecología.. McGraw_Hill Interamericana. santa María Aztahucon México D.F. Mayo 2001.
- HERNÁNDEZ S. Roberto, Metodología de la investigación. McGraw-Hill; México. Cuarta Edición.
- NÚÑEZ Maciel. Ginecología y obstetricia volumen II.Dr. Eduardo.Ediciones.cuella.agosto 2001.zubieta col.perla.
- MADRIGAL Castro Héctor.Obstetricia básica ilustrada.edit.trillas.4ª edición. McGraw-Hill intrramericana.1999 venezuela.
- MAE M. Bookmiller: Enfermería Obstetricia. Editorial Interamericana Quinta Edición.
- MONDRAGON Castro Héctor; Obstetricia y Ginecología Básica Ilustrada segunda Edición 1992. Editorial Trillas.
- Microsoft® Encarta® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporación.
- www.elmundo.es/elmundosalud/2008/01/08/mujer/1199810463.htm
- www.saling-institut.de/espanol/04infoph/01allg.html
- www.nacersano.org/centro/10485_10504.asp
- www.elportaldelasalud.com