



# PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

***ANÁLISIS PROBABILÍSTICO RETROSPECTIVO DE EXPECTATIVAS DE VIDA  
EN NEONATOS PRETERMINO Y A TÉRMINO EN LA CLÍNICA CARTAGENA  
DEL MAR DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN LOS AÑOS 2016 Y 2017.***

***NEIL FORTICH LÓPEZ.***

***MARIA BELEN NAVARRO BARRETO.***

***GRACE CARBALLO CUELLO.***

***LUISA F. GARCÍA CONTRERAS.***

***EDGAR ANDRÉS MONTES.***

***UNIVERSIDAD DEL SINU***

***FACULTAD DE MEDICINA***

***CARTAGENA DE INDIAS, D. T. y C.***

***2018***

**ANÁLISIS PROBABILÍSTICO RETROSPECTIVO DE EXPECTATIVAS DE VIDA  
EN NEONATOS PRETERMINO Y A TÉRMINO EN LA CLÍNICA CARTAGENA  
DEL MAR DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN LOS AÑOS 2016 Y 2017.**

**NEIL FORTICH LÓPEZ.**

**MARIA BELEN NAVARRO BARRETO.**

**GRACE CARBALLO CUELLO.**

**LUISA F. GARCÍA CONTRERAS.**

**EDGAR ANDRÉS MONTES.**

***Proyecto realizado como requisito parcial para optar al título***

***Profesional en Medicina***

**ASESOR METODOLÓGICO: LIC. LUZ MARINA PADILLA**

**ASESOR CIENTIFICO: DR. LUIS PADILLA.**

**UNIVERSIDAD DEL SINU**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**CARTAGENA DE INDIAS, D. T. y C.**

**2018**

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

ASESOR METODOLÓGICO

---

ASESOR CIENTIFICO

CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C., (05 de junio del 2018)

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi persona **María Belén Navarro Barreto**, agradezco, principalmente a **Dios**, por haberme permitido llegar hasta donde estoy y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor; a mis padres **Elmer Navarro Hernández y Martha Barreto Arroyo** Por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, por su amor y por la motivación en cada cosa que emprendo, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Porque ellos son el motivo y la razón de ser de todo lo que hago. A mi pareja **Wilson Vargas**, por ser además de amigo, mi guía, por acompañarme en cada paso que soy y apoyarme siempre, por demostrarme que en la vida la luz propia brilla más en la adversidad, a mi Segundo padre **Yoni Lache**, a mi abuela **Elia Díaz (Q.E.P.D)**, y a mi nana **Meredis Torres** por hacer parte de mi crecimiento personal y profesional, y estar siempre brindándome sus consejos y motivación, porque esto también es por y para ellos. A mis amigos **Grace Carballo, Neil Fortich, Alvaro Rojas**, que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos y a mis amigas de infancia **Daniela Olivera e Ingrid Xilena Estrada** por ser mis compañeras fieles y motivarme desde el inicio de mi carrera.

A mis maestros. **Lic. Luz Marina Padilla** por su gran apoyo y motivación para la elaboración de esta tesis y por ser nuestra asesora metodológica, por su paciencia y guía cada semestre; a él **Dr. Luis Padilla** por su apoyo ofrecido en este trabajo, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo y la elaboración de este proyecto. Y a todos los docentes que nos acompañaron en cada paso de nuestra formación académica, porque me quedaría corta al nombrarlos. A todos Gracias.

Mi persona **Luisa García Contreras**, quiere agradecer en primer lugar a Dios, por guiarme en el camino y fortalecerme espiritualmente para empezar un camino lleno de éxitos,

Así, quiero mostrar a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de este proyecto, de este sueño que es tan importante para mí, agradecer todas sus ayudas, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, consejos y dedicación.

Mis más sinceros agradecimientos a nuestro tutor de proyecto **Dr. Luis Padilla** y nuestra asesora metodológica **Luz Marina Padilla**, quienes con sus

conocimientos y su guía fueron pieza clave para que se pudiera realizar cada etapa de este trabajo.

A mis compañeros como parte fundamental para llevar a cabo cada idea cada objetivo por estar en esos momentos de angustia, estrés, tristezas, y alegrías, pero siempre juntos.

Por ultimo quiero agradecer a la base de todo, mi familia en especial a mis padres que quienes con sus consejos fueron el motor de arranque y constante motivación muchas gracias por su paciencia y comprensión, y sobre todo su amor. ¡Gracias por todo!

Mi persona **Grace Carballo Cuello**, Le agradezco a todas las personas que hicieron posible la realización de este proyecto en especial a mi familia quien estuvo ahí dispuesta a ayudar en todo lo necesario, a la **Lic. Luz Marina Padilla** quien siempre mantuvo una postura de dedicación e interés para lograr el desarrollo del proyecto de la mejor manera, e igualmente al **Dr. Luis Padilla** le agradecemos su disposición para guiarnos en este entorno educativo que nos refuerza cada vez más como profesionales íntegros en nuestra carrera.

Queridos docentes, proyecto de investigación, por este medio me permito expresarles mi máximo agradecimiento y admiración a ustedes quienes con mucha paciencia y dedicación me guiaron en este proceso académico, fortaleciendo mis debilidades y resaltando fortalezas, así como también me incitaron a descubrir nuevos talentos que tenía ocultos.

Quiero darle un agradecimiento especial a mi familia por siempre estar allí apoyándome en mis sueños y dándome fortaleza, al **Dr. Luis Padilla**, asesor disciplinario y la **Lic. Luz Marina Padilla**, asesora metodológica, quienes me guiaron y se caracterizaron por ser maestros que se interesan por el aprendizaje de sus estudiantes.

Aunque el camino al éxito no es fácil, las cargas se vuelven más fáciles de llevar cuando se tienen personas que nos enriquecen en cada área de nuestras vidas como ustedes lo hacen y lo han hecho en mí. Espero que más adelante sigamos coincidiendo en el sendero de la vida, atentamente **Edgar Montes Montes**.

Mi persona **Neil Fortich López**, expreso estas palabras de agradecimiento, en primera instancia a Dios, por brindarme salud y conocimiento para llevar a cabo

esta ardua labor, a mi madre **Carmenza López Figueroa**, quien es mi mayor motivación e inspiración, también a mi padre **Neil Fortich Rodelo**, hombre de valores, a quien heredé el sentido de responsabilidad que me ha permitido trabajar con determinación en todos los escenarios que me ha puesto la vida, a mis compañeros de equipo, **María Belén Navarro, Edgar Montes Montes, Grace Carballo Cuello, Luisa García Contreras**, con quienes desarrolle de manera simultánea este proyecto de investigación que nos deja una gran enseñanza científica, agradezco también a mis asesores, **Lic. Luz Marina Padilla y Dr. Luis Padilla** por su valioso seguimiento y apoyo, ya que sin él fuese sido más laborioso el trabajo. Espero que en todos los escenarios de la vida desarrollen una gran labor con pasión y excelencia de la mano de Dios, ¡Mil Gracias!

## ***DEDICATORIA***

Dedicamos este proyecto principalmente a Dios, y a nuestros padres, así mismo a aquellas personas que creyeron siempre en nosotros, que nos guiaron y apoyaron en cada paso que dimos desde el inicio de nuestro proceso académico, como aquellos que hicieron parte del mismo, amigos que comenzaron en el camino, y que hoy ya no están, amigos que continuaron y que hoy día se encuentran a punto de culminar con nosotros, a nuestros maestros, guías, gracias por brindarnos sus conocimientos y hacer parte de nuestra formación, este trabajo es solo un pequeño homenaje a todos ustedes pero también es el inicio de los frutos y sueños que sembramos juntos hace 5 años, gracias por creer en nosotros.

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>1.0 TITULO</b> .....	12
<b>1.2 PROBLEMA</b> .....	12
<b>2.0 OBJETIVOS</b> .....	13
<b>2.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	13
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	13
<b>3.0 JUSTIFICACIÓN</b> .....	14
<b>4.0 MARCO TEÓRICO</b> .....	14
<b>4.1 ANTECEDENTES</b> .....	17
<b>4.2 MARCO LEGAL</b> .....	18
<b>4.3 MARCO CONCEPTUAL</b> .....	19
<b>5.0 HIPÓTESIS</b> .....	19
<b>6.0 SISTEMA DE VARIABLES</b> .....	20
<b>7.0 METODOLOGÍA</b> .....	21
<b>7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	21
<b>7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	21
<b>7.3 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b> .....	21
<b>7.4 TECNICAS DE ANALISIS DE RESULTADOS</b> .....	22
<b>7.5 RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	22
<b>8.0 PRESUPUESTO</b> .....	23
<b>9.0 CRONOGRAMA</b> .....	24
<b>10.0 RESULTADOS</b> .....	25
<b>11.0 CONCLUSIONES</b> .....	28
<b>12.0 ANEXOS</b> .....	31
<b>13.0 BIBLIOGRAFÍA</b> .....	42

## **TABLA DE FIGURAS**

<b>FIGURA I: DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE GESTANTES.....</b>	<b>25</b>
<b>FIGURA II: DISTRIBUCIÓN DE CASOS EN EL RECIÉN NACIDO.....</b>	<b>26</b>
<b>FIGURA III: EDAD GESTACIONAL AL INGRESO.....</b>	<b>26</b>
<b>FIGURA IV: DIAGNÓSTICOS RELEVANTES DE LAS MADRES.....</b>	<b>27</b>
<b>FIGURA V: CASOS FINALES DE RECIÉN NACIDOS .....</b>	<b>27</b>

## **LISTA DE TABLAS**

<b>TABLA 1: DIAGNOSTICOS-COMPLICACIONES AL NACER.....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 2: CASOS CONFIRMADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 3: TOTAL DE CASOS SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL.....</b>	<b>29</b>
<b>TABLA 4: DIAGNOSTICOS INTRAHOSPITALARIOS.....</b>	<b>29</b>
<b>TABLA 5: DESENLACE DE RECIÉN NACIDOS .....</b>	<b>30</b>

## **1.0 ANÁLISIS PROBABILÍSTICO RETROSPECTIVO DE EXPECTATIVAS DE VIDA EN NEONATOS PRETERMINO Y A TÉRMINO EN LA CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR DE LA CIUDAD DE CARTAGENA EN LOS AÑOS 2016 Y 2017.**

**ENTIDAD QUE PUEDE RESPALDAR: CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR**

### **RESUMEN**

En el presente se permite evaluar la expectativa de vida que asume el neonato en cualquiera de ambas circunstancias (a término o pretérmino) y en base a esto ejecutar métodos instructivos para que las madres adopten una postura diferente ante una problemática muy frecuente a la cual no se le ve como una amenaza, sin embargo, cobra la vida de muchos de los nacidos vivos o les complica su resolución con secuelas. Se pretende tomar una muestra representativa de la base de datos de los ingresos de la clínica Cartagena del mar en los años 2016 y 2017 con los diagnósticos de interés para este estudio, en base a ello establecer una relación sobre la frecuencia con la que se dan ambos tipos de partos y posteriormente analizar el ¿Por qué? Se dan y en base al marco teórico interceder educativamente para que las madres adquieran conciencia de sus hábitos y que en base a estos se puede modificar un porcentaje significativo de estos hechos.

### **1.2 PROBLEMA:**

**¿REPRESENTA MÁS RIESGO DE MUERTE PARA EL NEONATO UN PARTO PRETERMINO QUE UNO A TÉRMINO?**

*El niño no es una botella que hay que llenar, sino un fuego que es necesario encender.-Montaigne.*

Con el paso del tiempo y tras la ejecución de muchos metaanálisis se ha demostrado que la incidencia de partos pretérmino genera menor expectativa de vida para el neonato, sin embargo, en muchas poblaciones subdesarrolladas no se analiza este problema con tal magnitud de lo que asemeja, por lo tanto se hace necesario indagar y ejecutar esta investigación para exponer ante la población y así concientizar a la misma de que un parto que no ocurre dentro del tiempo correspondiente genera un grado variable de complicaciones que pueden producir muchas secuelas a lo largo del tiempo, por eso es importante que se realice, ya que aportaría mucho a nuestra población y reduciría en una medida considerable el porcentaje del número de estos partos.

## **2.0 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar la expectativa de vida y complicaciones que tiene tanto un nacido vivo, como la gestante en un parto pre término o a término en la clínica Cartagena del mar en los años 2016 y 2017.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar si el parto pretérmino es una de las principales causas de mortalidad de los neonatos y gestantes en la clínica Cartagena del mar.
- Determinar el número o cantidad de partos pretérmino en los años 2016 y 2017 en la clínica Cartagena del mar.
- Identificar cuantos partos pretérmino de los ingresados fueron concluidos y cuales respondieron al tratamiento para llegar al termino durante dichos años.
- Conocer e identificar entre los partos exitosos, cuales fueron a término y cuales a pre término.
- Evaluar las condiciones favorables o desfavorables de la gestante y el neonato luego del parto a término y pretérmino.
- Comparar las probabilidades de vida entre un neonato nacido a término u uno pretérmino.
- Conocer y prevenir factores de riesgo que pueden traducirse en complicaciones que pueden llevar a padecer un parto pretérmino.
- Generar conciencia y compromiso social en las madres gestantes para reducir esta problemática.

### **3.0 JUSTIFICACIÓN**

Como fin básico se espera generar conciencia acorde a las complicaciones que se desarrollan cuando se da a luz un neonato pretérmino ya que las mismas ponen en peligro su vida, también es pertinente establecer un modelo de responsabilidad social ya que la mayoría de estos eventos ocurren por malos hábitos durante el embarazo o un mal manejo de la información suministrada por el personal profesional de la salud.

### **4.0 MARCO TEORICO**

El parto pretérmino ha constituido un problema real y significativo para la obstetricia; tanto por los trastornos que se presentan en el parto y periparto de un recién nacido pretérmino, como por el pronóstico a mediano y a largo plazo de estos recién nacidos.

A través de los años los conceptos de nacido prematuro y pretérmino, han ido de la mano confusamente mezclados. Se utilizaban los términos indistintamente teniendo en cuenta solamente el peso del niño al nacer y no la edad gestacional. Hoy en día se sabe que la definición del peso no es satisfactoria, dado que no considera otros factores que puedan estar relacionados con la madurez fetal ya que, aunque el peso es un índice objetivo y práctico de madurez, está influido por varios factores. La definición de prematuro recomendada por la World Health Assembly (1948) y el Expert Group on Prematurity (OMS, 1950) ha sido reemplazada por el término de recién nacidos de bajo peso (OMS, 1961), o sea, cualquier niño que pese 2.500 g. o menos es reconocido ahora como un niño de bajo peso. En el 21 Congreso Europeo de Medicina Perinatal (Londres, abril, 1970), se decidió que el peso al nacimiento debiera relacionarse con la edad gestacional y que los niños nacidos antes de las 37 semanas completas de gestación deberían llamarse niños pretérmino. Después de innumerables intentos por aclarar dicho concepto, quedó establecido como parto pretérmino el que se presenta después de la semana 22 y antes de haber completado la semana 37 (258 días de gestación), contada a partir del primer día de la fecha de la última menstruación). Las tasas de prevalencia e incidencia, aumentan cada día más en todos los países del mundo y por el gran compromiso que representa para la salud del neonato, estas aumentan las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, fundamentalmente durante el primer año de vida). Se ha demostrado que los niños

nacidos con una diferencia de más de 2 semanas antes de las 40 semanas, muestran signos físicos de su nacimiento prematuro. En los nacimientos antes del término (gestaciones de 258 días o menos), la mortalidad perinatal es 33 veces mayor que la observada en los nacimientos a término. Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo.

Es preciso señalar que el parto pretérmino difiere clínicamente del parto a término siendo esto, a veces, causa de complicaciones. En ocasiones, el cérvix se borra con mayor dificultad haciéndose más lenta la dilatación, quizá debido a que el mismo no presenta las condiciones suficientes de madurez cuando se inicia el trabajo de parto. La dinámica uterina, a veces, puede ser lenta e irregular, lo cual trae como consecuencia que si se abandonan los cuidados oportunos, el trabajo de parto puede prolongarse con detrimento del estado fetal, sobre todo cuando las membranas no están íntegras. Las principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematurez incluyen síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, ictericia, hipoglicemia, hipocalcemia, retinopatía prematura, raquitismo, sepsis y persistencia del ductus arterioso.

Además, las mujeres con trabajo de parto pretérmino tienen mayor probabilidad de tener fetos en presentación podálica que aquéllas de término.

Los fetos en presentación podálica, sobre todo los menores a 32 semanas, cuando nacen de un parto vaginal están más predispuestos a tener prolapso del cordón, traumatismos musculares y retención de cabeza. Por esta razón se dice que los niños pretérmino, y especialmente los muy pretérmino son más vulnerables a presentar traumatismos durante el parto que los fetos de término. Tienen mucha más probabilidad de sufrir daño en los tejidos blandos, daño neurológico y hemorragia intracraneal traumática. Mencionando las complicaciones psicológicas del proceso, algunos autores expresan que las unidades neonatológicas de cuidados intensivos son usualmente muy intimidantes y atemorizadoras para los padres, teniendo dificultad para involucrarse con el cuidado de sus hijos y en el desempeño de sus roles de paternidad. Además de todas estas complicaciones inmediatas, el parto pretérmino es responsable de una parte considerable de la morbilidad durante la infancia, lo que se explica por la aparición de secuelas en estos niños como: parálisis cerebral, enfermedades pulmonares crónicas, problemas gastrointestinales, retraso mental, pérdida irreversible de la visión y el oído, lo que trae aparejado no solo repercusión en el ámbito médico, sino también a nivel económico y social.

Se ha demostrado que cuatro intervenciones reducen la morbilidad y la mortalidad perinatales: (1) la transferencia de la madre y el feto a un hospital apropiado antes del PTB; (2) administración de antibióticos para prevenir la infección por estreptococos del grupo B; (3) administración de corticosteroides para reducir el SDR neonatal, la hemorragia interventricular y la mortalidad neonatal; y (4) administración de sulfato de magnesio en el parto prematuro a menos de 32 semanas para reducir la incidencia de parálisis cerebral.

El riesgo de parto pretérmino recurrente puede reducirse en mujeres con un PPT previo con caproato de 17- $\alpha$ -hidroxiprogesterona y en mujeres con cuello uterino corto (<20 mm) mediante la administración de progesterona suplementaria profiláctica. El cerclaje cervical debe reservarse para mujeres con un PTB anterior y un cuello uterino corto.

Por otro lado, los riesgos que presentan los hijos de madres diabéticas al nacimiento son varios, destacando alteraciones del crecimiento fetal intrauterino (40%), hipoglicemia (20%), prematuridad (15%), asfixia (15%), enfermedad de membrana hialina (15%), malformaciones congénitas (5 a 12%) y trastornos metabólicos como hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperbilirrubinemia.

En cuanto a los trastornos hipertensivos lo que reportan los metaanálisis es la posibilidad de retardo del crecimiento intrauterino y niños de bajo peso al nacer, asociados con la caída de la presión arterial media.

## **MEDIDAS PARA GESTANTES CON FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO:**

- ✓ Educación sanitaria, haciendo énfasis en la importancia de los primeros síntomas y signos de alarma y la necesidad de comunicarlo al médico y enfermera que están a cargo de su atención (MGI u Obstetra).
- ✓ Tratamiento de las infecciones cérvico-vaginales.
- ✓ Abstinencia sexual.
- ✓ Limitación parcial o total de actividades físicas.
- ✓ Vigilancia en la nutrición de la gestante.
- ✓ Técnica de cerclaje cervical, en aquellas embarazadas en las que se demuestre incompetencia cervical.
- ✓ Monitorización de la actividad uterina en el domicilio con la utilización del patrón contráctil normal.
- ✓ Examen ultrasonográfico sistémico para valorar perfil biofísico y modificaciones cervicales.

### **4.1 ANTECEDENTES**

En la ciudad de Cartagena existen pocos registros de estudios que permitan el análisis de morbilidad y mortalidad en la población de recién nacidos, por lo cual este proyecto toma impulso y se encuentra en espera a ser realizado, es importante impulsar estudios de este tipo, porque al ser pocos los realizados la población no adquiere responsabilidad social sobre la problemática que es en su mayor componente prevenible adoptando medidas básicas a lo largo del embarazo para que así nazcan niños sanos y sin complicaciones.

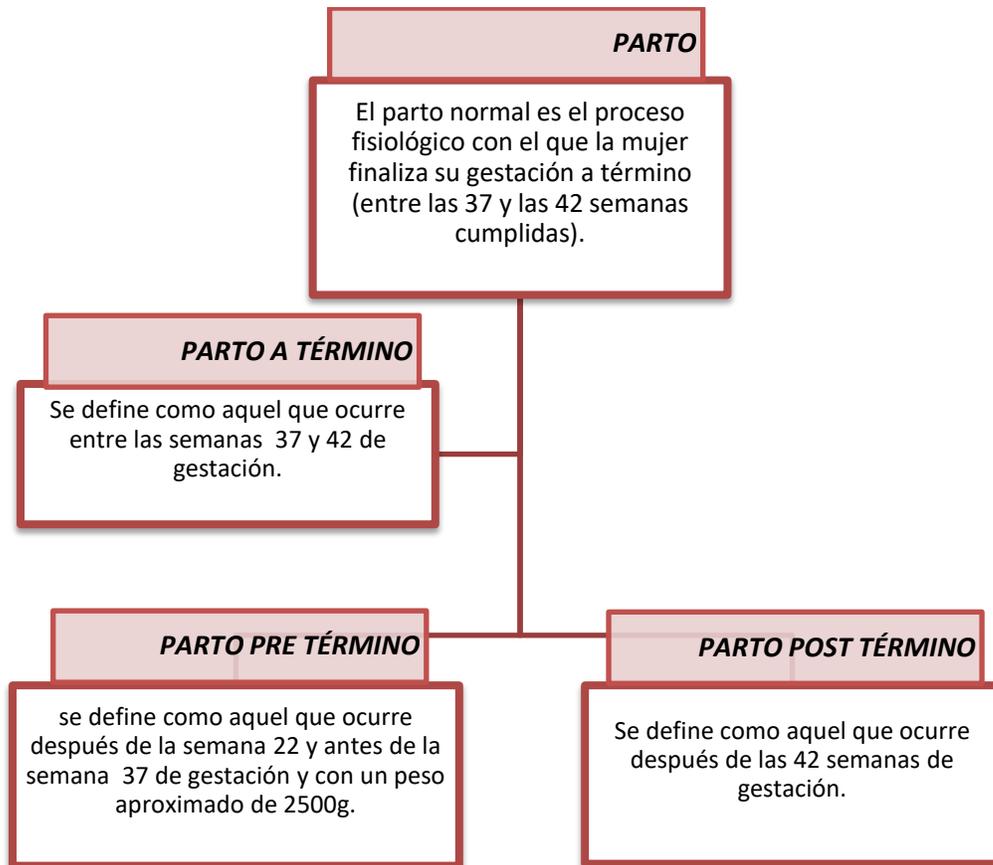
## **4.2 MARCO LEGAL**

El respaldo legal de esta investigación esta validado por la **RESOLUCIÓN N° 008430 de 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993)**, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. **EL MINISTRO DE SALUD** En ejercicio de sus atribuciones legales en especial las conferidas por el Decreto 2164 DE 1992 y la Ley 10 de 1990.

Considerando, que el **ARTÍCULO 80. DE LA LEY 10 DE 1990**, por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, determina que corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico- administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el Sistema.

Que el **ARTÍCULO 20 DEL DECRETO 2164 DE 1992**, por el cual se reestructura el Ministerio de Salud y se determinan las funciones de sus dependencias, establece que éste formulará las normas científicas y administrativas pertinentes que orienten los recursos y acciones del Sistema.

### 4.3 MARCO CONCEPTUAL



### 5.0 HIPOTESIS

¿Es de utilidad el suministro de información sobre salud gestacional para prevenir partos pre término en madres gestantes?

## 6.0 SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICACIONES	UNIDAD MEDIDA	ESCALA
EDAD DE LA MADRE EN GESTACIÓN	Sistema para cuantificar edad de la madre embarazada	Edad de la madre en embarazo	Sociodemográficos Biológicos	Intervalos de edad (años)	-Historia clínica. -Entrevista.	Numérica
TIEMPO DE EMBARAZO	Tiempo transcurrido desde la concepción hasta el nacimiento.	Meses transcurridos de embarazo hasta el nacimiento.	Biológicos	Intervalos de tiempo (semanas/meses)	-Historia clínica. -Entrevista.	Numérica
# DE PARTOS A TÉRMINO	Sistema que cuantifica el número de partos a término.	Número de partos de 36 y 40 semanas	Sociodemográficos	Intervalos de tiempo (semanas)	-Encuestas	Numérica
# DE PARTOS A PRE TÉRMINO	Sistema que cuantifica el número de partos pre término.	Número de partos de 34 semanas.	Sociodemográficos	Intervalos de tiempo (semanas)	-Encuestas	Numérica
SEXO	Anatomía interior y exterior del neonato.	Verificación del sexo (masculino o femenino).	Biológicos	Masculino Femenino	-Historia clínica. -Entrevista.	Ordinal
ENFERMEDADES NEONATALES FRECUENTES	Patologías frecuentes al momento del postparto.	Búsqueda de enfermedades neonatales más frecuentes en el centro hospitalario.	Biológicos	Enfermedades frecuentes que afectan al neonato	-Historia clínica	Ordinal
FACTORES DE RIESGO NEONATAL	Factores que exponen al recién nacido a enfermedades	Observar los predisponentes de los niños a adquirir una enfermedad.	Biológicos Sociodemográficos	Determinantes que causan enfermedad neonatal	-Historia clínica	ordinal

## **7.0 METODOLOGÍA**

### **7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Determinamos que la investigación que desarrollaremos es de tipo observacional descriptiva sincrónica cuantitativa y además retrospectiva, ya que existe una relación causal en la población y se busca determinar que está produciendo que se lleve a cabo el fenómeno en estudio “partos pretérmino” con relación a los partos a término, además se efectuará en base a los ingresos teniendo en cuenta los diagnósticos de interés para este estudio en los años 2016 y 2017, utilizando la base de datos de la Clínica Cartagena del Mar para acceder a las historias clínicas y así obtener la información de cada una de las madres que harán parte del estudio, se procesará y analizará las características del grupo.

### **7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población que se estudiará corresponde a un grupo de 50 madres gestantes seleccionadas aleatoriamente de los ingresos registrados en la base de datos de la Clínica Cartagena del Mar en los años 2016 y 2017, de las cuales se pretende extraer la población que concluyó su embarazo antes y después de la semana 37 de gestación, el motivo por el cual se seleccionaron está fundamentado en un análisis comparativo que busca determinar el nivel y el manejo de la información correspondiente a los parámetros que se deben tener en cuenta para llevar una gestación sana y las consecuencias que conlleva el no poner en práctica lo anterior, además del estudio al momento de dar a luz, las condiciones en las que se da el parto y las complicaciones que surgen cuando nace.

### **7.3 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La información correspondiente a la investigación que se desarrollará se extraerá por medio de la selección aleatoria de las historias clínicas de la base de datos de los ingresos de los años 2016 y 2017 en la Clínica Cartagena Del Mar de la ciudad de Cartagena, teniendo en cuenta las variables de interés para elaborar este estudio con el objetivo de desarrollar un sustancioso análisis que permita determinar la hipótesis y los interrogantes que surgen a partir del mismo.

#### ***7.4 TECNICAS DE ANALISIS DE RESULTADOS***

En primera instancia se describirán las variables de interés utilizando tablas simples, a continuación, se compararán los grupos correspondientes a madres gestantes, madres que dieron a luz a término y pretérmino, además de la edad gestacional de las mismas con sus respectivos diagnósticos de ingreso utilizando como técnica múltiples graficas de pastel, en ultimas se analizará la relación entre las variables y se discutirá los resultados para llegar a una conclusión.

#### ***7.5 RESULTADOS ESPERADOS***

Se espera identificar por medio del análisis de las variables, datos que permitan deducir que las madres gestantes están adoptando malos hábitos o evadiendo los controles prenatales que pueden incidir en el desarrollo normal de la gestación, ocasionando complicaciones al momento del parto o durante los primeros meses de vida del neonato.

## 8.0 PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	FINANCIACIÓN	
				UNISINÚ	OTRO
<b>HUMANOS:</b> investigadores: principal, coinvestigadores, auxiliar si los hay; se computarán medidos en horas-persona previstos (8h/día y 20d/mes).	2 investigadores.	Cubierto.	0	0	0
	1 coinvestigador.	Cubierto.	0	0	0
	1 auxiliar 2h/ 2 días.	Cubierto.	0	0	0
<b>FÍSICOS:</b> (materiales que sean necesarios para el desarrollo de la investigación, se inventariarán).	20 fotocopias.	100\$ PESOS	2,000\$ PESOS		2000\$
	5 accesos a hospital.	Cubierto.		Cubierto.	
	50 Acceso a historias clínicas de madres gestantes.	Cubierto.		Cubierto.	
	5 textos bibliográficos.	Cubierto.		Cubierto.	
	7 equipos (computadores). 14 pasajes (transporte).	Cubierto. 1,800\$ PESOS	27,200\$ PESOS	Cubierto. Cubierto.	27,200\$
<b>INSTITUCIONAL:</b> (aquellos que faciliten el desarrollo de la investigación).	Secretaria administrativa (facilitación de documentos, historias clínicas).	0	0	Cubierto.	0
	Biblioteca Institucional (facilitación de bibliografías).	0	0	Cubierto.	0
	Biblioteca institucional (facilitación de área de equipos "computadores").	0	0	Cubierto.	0
<b>OTROS:</b> imprevistos.		20,000\$	20,000\$	0	20,000\$

## 9.0 CRONOGRAMA

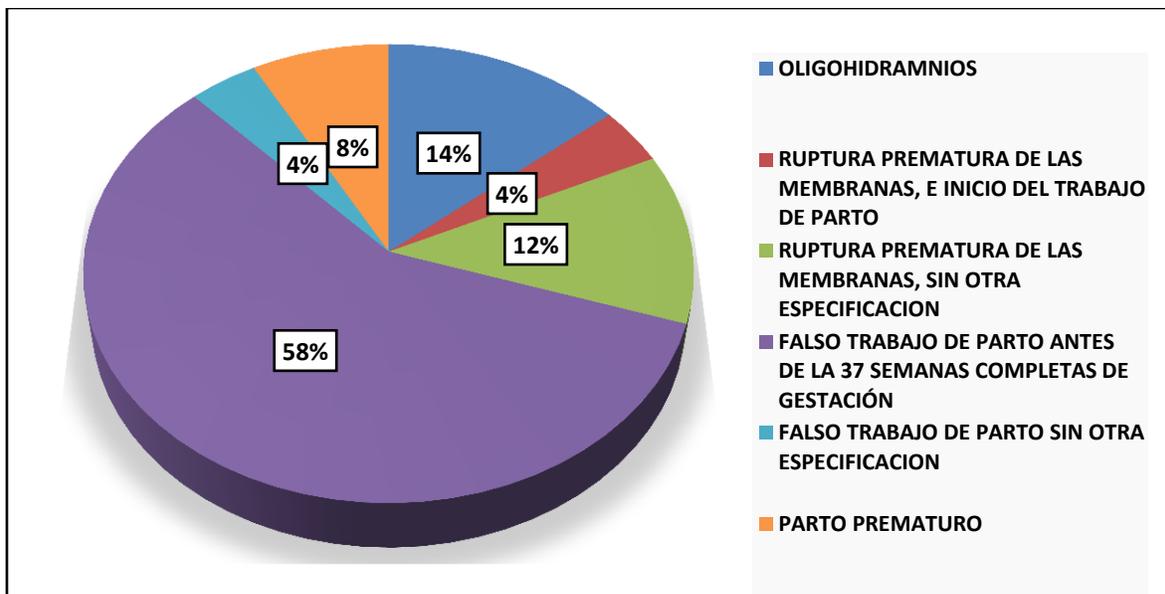
ACTIVIDADES	MES/AÑO											
	MARZO 2018				ABRIL 2018				MAYO 2018			
	SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección de temática a estudiar		X										
Distribución de temática				X								
Planteamiento de problema					X							
Planteamiento de hipótesis						X						
Selección de métodos para extraer información								X				
Planteamiento de abordaje.									X			
Discusión sobre posibles complicaciones en los neonatos.										X		
Recolección de recursos físicos.											X	
Entrega de anteproyecto.												X

## 10.0 RESULTADOS

En este t3pico se plantean los resultados finales expuestos en graficas de pastel utilizando diversas variables de inter3s para resolver los interrogantes planteados en este estudio con la finalidad de lograr un conocimiento amplio sobre la problem3tica y plantear soluciones teniendo en cuenta los objetivos espec3ficos.

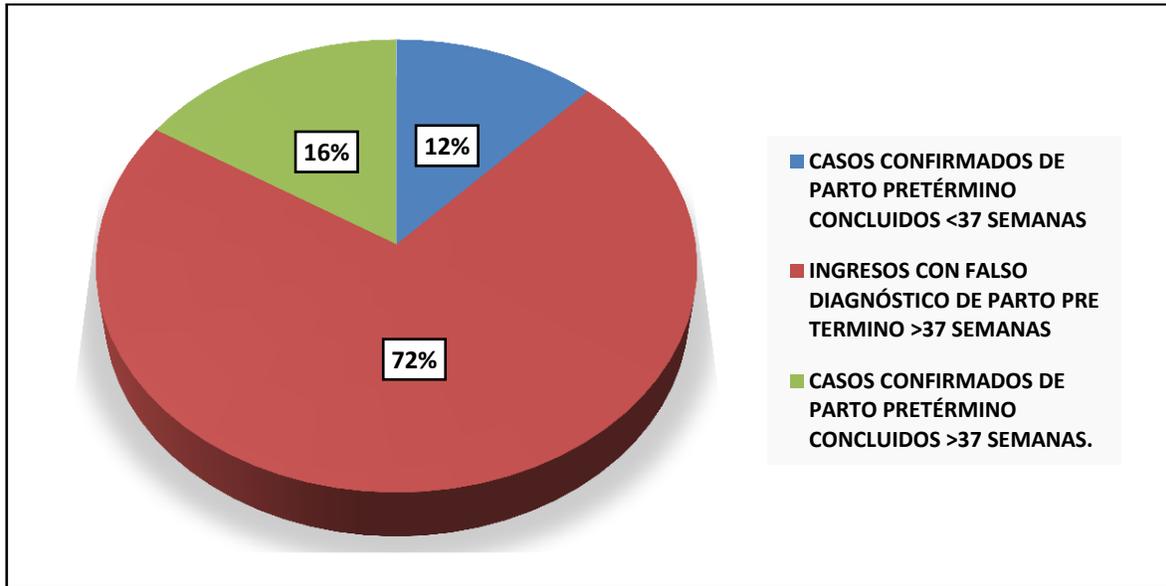
### FIGURA I: DIAGNOSTICO DE INGRESO DE GESTANTES.

La grafica 1 muestra el diagn3stico de ingreso de las gestantes que fueron seleccionadas de manera aleatoria en las bases de datos de los ingresos del a3o 2016 y 2017 en la Cl3nica Cartagena del mar para participar en este estudio.



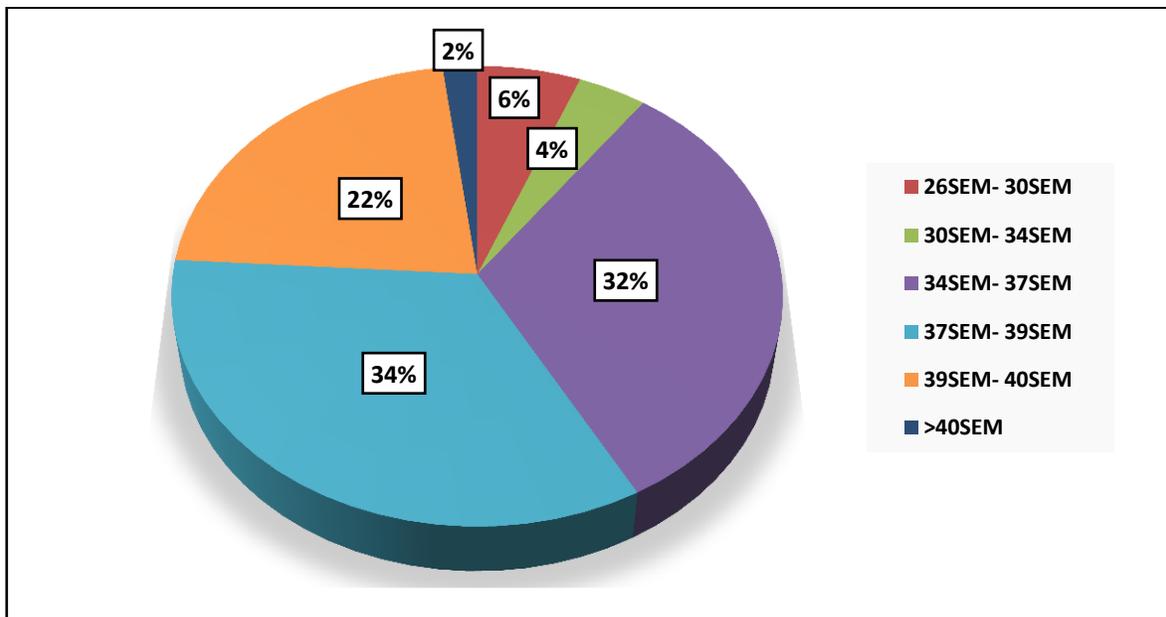
**FIGURA II: DISTRIBUCIÓN DE CASOS EN EL RECIEN NACIDO.**

La grafica 2 muestra los casos confirmados que no respondieron a las medidas terapéuticas para llegar al término (azul), los falsos diagnósticos (rojo) y los casos confirmados con respuesta a las medidas terapéuticas para llegar hasta el término (verde).



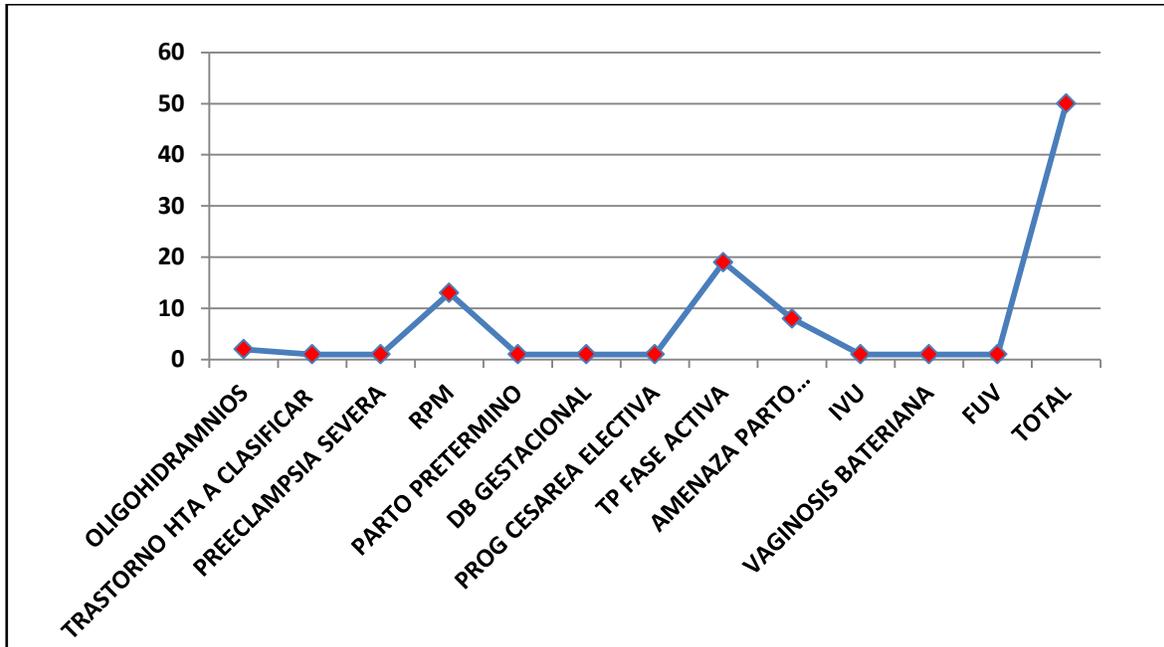
**FIGURA III: EDAD GESTACIONAL AL INGRESO.**

La grafica 3 muestra la clasificación según la edad gestacional al ingreso de las madres que participaron en este estudio.



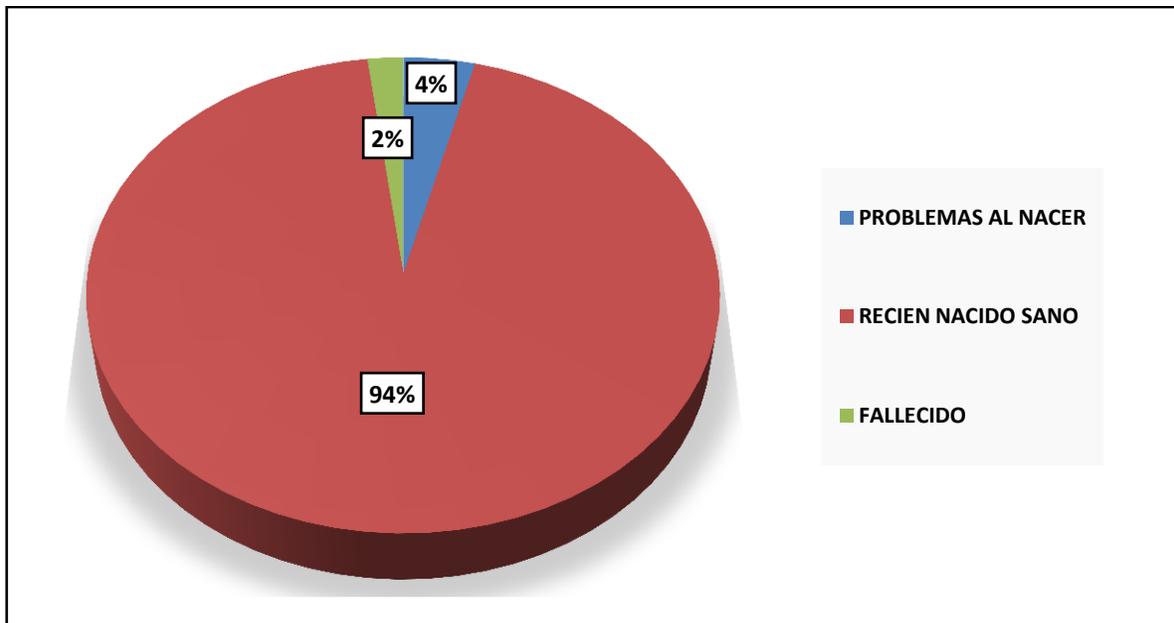
#### **FIGURA IV: DIAGNOSTICOS RELEVANTES DE LAS MADRES.**

La grafica 4 muestra el diagnóstico de las madres que participaron de este estudio en su estancia hospitalaria.



#### **FIGURA V: CASOS FINALES DE RECIEN NACIDOS.**

La grafica 5 muestra la clasificación de los casos de recién nacidos vivos sanos, que presentaron problemas al nacer y los fallecidos.



## **11.0 CONCLUSIONES**

Los anteriores análisis de las muestras extraídas de la población en estudio (50 mujeres gestantes) nos permiten concluir con lo siguiente:

De la tabla 1 podemos interpretar que de la muestra total se obtuvo 43 diagnósticos relacionados con la presencia de complicaciones al momento del nacimiento, lo anterior se describe y se relaciona con más detalle en el marco teórico.

**TABLA 1: DIAGNÓSTICOS-COMPLICACIONES AL NACER**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Número de casos</b>
Oligohidramnios.	7
Ruptura prematura de membranas e inicio de trabajo de parto.	2
Ruptura prematura de membranas sin otra especificación.	6
Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación.	27
Falso trabajo de parto sin otra especificación.	4
Parto prematuro.	4
<b>Total</b>	<b>50</b>

La tabla 2 expone una proporción de los casos confirmados de parto pretérmino a los cuales se les suministró un manejo conservador buscando llegar al término y que a pesar de esta medida concluyeron antes de las 37 semanas de gestación, además los casos confirmados de parto pretérmino que respondieron a la medida terapéutica y lograron llegar al término y el número ingresos con falso diagnóstico de parto pretérmino, los detalles de estas variables se encuentran en los anexos.

**TABLA 2: CASOS CONFIRMADOS**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Número de casos</b>
Casos confirmados de parto pretérmino concluidos antes de las <37 semanas.	6
Ingresos con falso diagnóstico de parto pre término >37 semanas.	36
Casos confirmados de parto pretérmino concluidos después de las >37 semanas.	8
<b>Total</b>	<b>50</b>

La tabla 3 muestra el total de los casos que fueron tenidos en cuenta para el estudio clasificado por edad gestacional al momento del ingreso, los detalles se encuentran en los anexos.

**TABLA 3: TOTAL DE CASOS SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL**

<b>Edad gestacional</b>	<b>Gestantes</b>
26sem- 30sem	3
30sem- 34sem	2
34sem- 37sem	16
37sem- 39sem	17
39sem- 40sem	11
>40sem	1
<b>Total</b>	<b>50</b>

La tabla 4 muestra los diagnósticos intrahospitalarios a los cuales se llegó con ayuda de pruebas diagnósticas y con interconsulta especializada, los detalles y la relación de cada uno con la expresión del parto pretérmino se encuentran en el marco teórico.

**TABLA 4: DIAGNOSTICOS INTRAHOSPITALARIOS**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Gestantes</b>
Oligohidramnios	2
Trastorno hipertensivo a clasificar.	1
Preeclampsia severa.	1
RPM	13
Parto pretérmino.	1
Diabetes gestacional.	1
Prog. Cesara electiva.	1
Trabajo de parto en fase activa.	19
Amenaza de parto pretérmino.	9
IVU.	1
Vaginosis bacteriana.	1
<b>Total</b>	<b>50</b>

La tabla 5 muestra el desenlace de los recién nacidos únicos vivos en la estancia hospitalaria, las complicaciones se exponen en los anexos.

**TABLA 5: DESENLACE DE RECIEN NACIDOS**

<b>Estado del RN</b>	<b>Recién nacido</b>
Recién nacidos que presentaron problemas al nacer.	2
Recién nacidos sanos.	47
Fallecidos	1
<b>Total</b>	<b>50</b>

El parto pretermino, constituye un problema de especial relevancia, y supone una gran responsabilidad añadida a los profesionales de la salud. Es el cuadro más frecuente que complica la gestación, pues se estima que un 10 % del total de partos son antes del término. Igualmente se sabe que está presente en el 75% de mortalidad perinatal y en el 50% de las minusvalías neurológicas. El pretermino representa pues un problema de calado con gran repercusión personal, social y económica.

Sin embargo, se constata, que a pesar de los continuos avances tanto de diagnóstico como en tratamientos, la tasa de parto pretérmino no solo no se ha reducido en los últimos 30 años, sino que va en constante aumento. Ante este panorama, la prevención del parto prematuro debe ser pues uno de los objetivos prioritarios de la obstetricia moderna y hasta una necesidad social.

En el presente trabajo investigativo, no solo constatamos lo anterior, sino que se puede evidenciar que este tema no solo merece más atención, también más estudios con muestras poblacionales mucho más grande para evidenciar la magnitud del problema. Solo concluimos lo anterior para generar antes que cifras, conciencia en la sociedad.

## 12.0 ANEXOS

Variables de las historias clínicas de las bases de datos de los años 2016 y 2017.

#	CIE 10	NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO HC	DIAGNÓSTICO	FECHA DE INGRESO
1	O410	OTILIA RIVAS	54780	OLIGOHDAMNIOS	2017/10/10
2	O410	YARELIS CARREASO	181828	OLIGOHDAMNIOS	2017/02/25
3	O410	CINDY PATRICIA ZAPATEIRO	188758	OLIGOHDAMNIOS	2017/02/24
4	O420	YULIS PAOLA RIVERA	183037	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	2017/02/23
5	O420	HALLEN MARGARITA RIVERA	238286	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, E INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	2017/05/31
6	O429	YULIS SILVERA	41835	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	2017/06/28
7	O429	CYNTHIA ODETT LAMBERTINEZ	83421	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	2017/10/17
8	O429	CRISTINA ISABEL CARREAZO	192703	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	2017/02/07

9	O429	SANDY MUÑOZ	235259	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	2017/04/13
10	O429	JESSICA ALEXANDRA GRANADOS	248490	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	2017/02/18
11	O429	MARIANNE CAROLINA COTTA	261353	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	2017/10/11
12	O470	DANID DEL CARMEN MEJIA	11824	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2017/06/15
13	O470	DULYS DORIA	127443	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2017/07/25
14	O470	SILENY CAMARGO	247501	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2017/02/04
15	O470	DEICY DEL CARMEN PUERTA	253051	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2017/05/25
16	O470	DARLYS ANDREA CHICO	256005	<b>FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN</b>	<b>2017/08/24</b>
17	O471	MARCELA INES MONTALVO	28647	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS	2017/08/06

18	O471	YOVELY ALTAMAR	219665	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS	2016/05/02
19	O471	LILIBETH TORRES	225296	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS	2017/07/05
20	O471	YURI CABALLERO	254859	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS	2017/06/08
21	O471	LORAIN ESTER MORALES	258649	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS	2017/08/17
22	O471	KARINA RODRIGUEZ	254272	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 Y MAS SEMANAS COMPLETAS	2017/08/21
23	O479	VIVIANA CAMARGO	91913	FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION	2017/03/24
24	O479	KATTY DEL CARMEN ZUÑIGA	256735	FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION	2017/07/02
25	O60X	CHEYSI BELL CABALLERO	247994	PARTO PREMATURO	2017/02/11
26	O60X	SHARIT LUCIA PERTUZ	248184	PARTO PREMATURO	2017/02/14
27	O60X	ZORAIDY DEL CARMEN RUDA	263293	PARTO PREMATURO	2017/12/05
28	O410	YUSLEIMIS RUIZ	118880	OLIGOHDAMNIOS	2016/08/09
29	O410	SHIRLEY DIAZ	207370	OLIGOHDAMNIOS	2016/03/30
30	O410	OMAIRA JULIO	225679	OLIGOHDAMNIOS	2016/03/19

31	O410	MARIA ALEJANDRA CASTELLAR	243878	OLIGOHDRAMNIOS	2016/12/13
32	O470	AMERICA YADIRA PALMIERI	24792	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/07/31
33	O470	ESTHER BATISTA	207370	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/02/27
34	O470	AIDEE MARIA REVOLLO	225679	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/03/10
35	O470	MARIA ALEJANDRA CASTELLAR	243878	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/02/26
36	O470	LARISSA DE LA ESPRIELLA	24792	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/02/09
37	O470	LEIDY MILENA COBA	42074	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/03/23
38	O470	ANA KARINA PUELLO	48686	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/06/24
39	O470	MELISSA GUTIERREZ	51473	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN.	2016/02/23

40	O470	MAYELYS CRISTINA HERRERA	62713	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/06/23
41	O470	YORLEDIS MEJIA	66995	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/08/25
42	O470	YOJARIS ELENA BANQUEZ	66995	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/02/02
43	O470	SHIRLYS PATRICIA SANTOYA	94695	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/01/01
44	O470	KELLY JOHANA BLANCO	102014	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/07/05
45	O470	CLARA INES MURILLO	117727	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/01/27
46	O470	YELITZA OROZCO	134945	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/01/18
47	O470	DESIREE MERCADO	143236	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/06/25
48	O60X	LAURA VALENTINA DE JESUS ALVAREZ	228817	PARTO PREMATURO	2016/05/27

49	O470	BELISSA DEL CARMEN MANTINEZ	233341	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/08/13
50	O470	YORLENI GUARDO	232846	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN	2016/08/06

#	DIAGNOSTICO Y EDAD GESTACIONAL	NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO HC	MANEJO
1	EMBARAZO DE 37.0 SEM POR FUM + FUV + OLIGOHIDRAMNIOS	OTILIA RIVAS	54780	S/S CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
2	EMBARAZO DE 38.3 SEM POR FUM + OLIGOHIDAMNIOS	YARELIS CARREASO	181828	ALTA MEDICA, FROTIS VAGINAL, CITA CONTROL POR GINECOLOGIA EN 8 DIAS, SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA.
3	EMABRAZO DE 36.3 SEM POR FUM + FUV + PREECLAMPSIA SEVERA	CINDY PATRICIA ZAPATEIRO	188758	PROTEINAS EN ORINA DE 24H: 160 MG/24HORAS, ALTA MÉDICA, SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA.
4	EMBARAZO DE 38.4 SEM POR FUM + RPM	YULIS PAOLA RIVERA	183037	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
5	EMBARAZO DE 36.1 SEM POR ETT + RPM 12 HORAS	HALLEN MARGARITA RIVERA	238286	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES, ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES.
6	EMBARAZO DE 38 SEM POR ETT + RPM	YULIS SILVERA	41835	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.

7	EMBARAZO DE 38,6 SEM POR FUM + RPM.	CYNTHIA ODETT LAMBERTINEZ	83421	PARTO VAGINAL + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
8	EMBARAZO DE 37.4 SEM POR FUM + FUV + RPM.	CRISTINA ISABEL CARREAZO	192703	PARTO VAGINAL + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
9	EMBARAZO DE 38.1 SEM POR FUM + RPM.	SANDY MUÑOZ	235259	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
10	EMBARAZO DE 38.3 SEM POR FUM + RPM.	JESSICA ALEXANDRA GRANADOS	248490	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
11	EMBARAZO DE 37.5 SEM POR FUM + RPM.	MARIANNE CAROLINA COTTA	261353	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
12	EMBARAZO DE 37.6 SEM POR FUM + TP EN FASE LATENTE.	DANID DEL CARMEN MEJIA	11824	CESAREA ANTERIOR + POMEROY+ RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
13	EMBARAZO DE 37.3 SEM POR ETT + FUV + RPM.	DULYS DORIA	127443	CESAREA ANTERIOR + POMEROY+ RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
14	EMBARAZO DE 39.3 SEM POR FUM + TP EN FASE LATENTE.	SILENY CAMARGO	247501	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
15	EMBARAZO DE 36 SEM POR FUM + FUV + DB GEST + RPM.	DEICY DEL CARMEN PUERTA	253051	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
16	<b>EMBARAZO DE 36.5 SEM POR FUM + RPM + P. PRETERMINO.</b>	<b>DARLYS ANDREA CHICO</b>	<b>256005</b>	<b>PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV + OBSERVACIÓN EN UCI NEONATAL + ALTA MEDICA + S. DE ALARMA.</b>

17	EMBARAZO DE 38.5 SEM POR FUM + PROG CESAREA ELECTIVA.	MARCELA INES MONTALVO	28647	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
18	EMBARAZO DE 38.6 SEM POR FUM + TP EN FASE ACTIVA.	YORELY ALTAMAR	219665	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
19	EMBARAZO DE 40 SEM POR FUM + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	LILIBETH TORRES	225296	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
20	EMBARAZO 39.4 SEM POR FUM + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	YURI CABALLERO	254859	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
21	EMBARAZO DE 38 SEM POR ETT + FUV + RPM.	LORAIN ESTER MORALES	258649	CESAREA ANTERIOR + POMEROY+ RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
22	EMBARAZO DE 39.1 SEM POR FUM + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	KARINA RODRIGUEZ	254272	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
23	EMBARAZO DE 37.6 SEM + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	VIVIANA CAMARGO	91913	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
24	EMBARAZO DE 35.2 POR ETT + PREECLAMPSIA + TP EN FASE ACTIVA.	KATTY DEL CARMEN ZUÑIGA	256735	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
25	EMBARAZO DE 39.1 SEM POR FUM + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	CHEYSI BELL CABALLERO	247994	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.

26	EMBARAZO DE 35 SEM + SDR, TTRN, SEPSIS BACT. DEL RN.	SHARIT LUCIA PERTUZ	248184	DE ALTA CON PLAN CANGURO AMBULATORIO + SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES.
27	EMBARAZO DE 26.7 SEM + SDR, ACIDOSIS MIXTA, DUCTUS PERSISTENTE.	ZORAIDY DEL CARMEN RUDA	263293	FALLECIDA.
28	EMBARAZO DE 35 SEM POR ETT + FUV + AMENAZA DE P. PRETERMINO.	YUSLEIMIS RUIZ	118880	ALTA MEDICA, S/S UROCULTIVO POR LA CONSULTA EXTERNA, CITA CONTROL POR GINECOLOGIA CON RESULTADOS DE ESTUDIO.
29	EMBARAZO DE 39.2 SEM POR ETT + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	SHIRLEY DIAZ	207370	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
30	EMBARAZO DE 39.3 SEM POR ETT + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	OMAIRA JULIO	225679	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
31	EMBARAZO DE 32.5 SEM POR ETT+ OLIGOHIDRAMNIOS + TRANSTORNO HT A CLASIFICAR.	MARIA ALEJANDRA CASTELLAR	243878	CESARIA SEGMENTARIA TRASPERITONEAL + FUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
32	EMBARAZO DE 35.4 SEM POR ETT+ AMENAZA DE P. PRETERMINO.	AMERICA YADIRA PALMIERI	24792	ALTA MEDICA PROGENDO TAB 200MG CADA 12 HORAS, ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
33	EMBARAZO DE 39.2 SEM POR ETT+ FUV.	ESTHER BATISTA	207370	CESARIA SEGMENTARIA TRASPERITONEAL + FUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
34	EMBARAZO DE 39.3 SEM +FUV + TP EN FASE ACTIVA.	AIDEE MARIA REVOLLO	225679	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.

35	EMBARAZO DE 32.6 SEM POR ETT + FUV + RPM.	MARIA ALEJANDRA CASTELLAR	243878	CESARIA SEGMENTARIA TRASPERITONEAL + FUV SIN COMPLICACIONES. ALTA MMEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
36	EMBARAZO DE 35.4 SEM POR ETT + AMENAZA DE P. PRETERMINO.	LARISSA DE LA ESPRIELLA	24792	ALTA MEDICA PROGENDO TAB 200MG CADA 12 HORAS, ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
37	EMBARAZO DE 35.2 SEM POR FUM Y ETT + AMENAZA DE P. PRETERMINO.	LEIDY MILENA COBA	42074	ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
38	EMBARAZO DE 34.6 SEM POR ETT + FUV + AMENAZA DE P. PRETERMINO.	ANA KARINA PUELLO	48686	DE ALTA + NIFEDIPINO TAB. 10 MG CADA 6 HORAS POR 5 DIAS + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
39	EMBARAZO DE 34.5 SEM POR ETT + FUV + VAGINOSIS BACTERIANA.	MELISSA GUTIERREZ	51473	ALTA MEDICA + CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL ACETAMINOFEN CADA 6 HORAS + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
40	EMBARAZO DE 26.1 SEM POR FUM + FUV + AMENAZA DE P. PRETERMINO + IVU.	MAYELYS CRISTINA HERRERA	62713	ALTA MEDICA + NIFEPIDINO TAB 10 MG VO CADA 6 HORAS, BETAMETASONA AMP 12 MG IM 1 CADA 24H POR 2 DIAS + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
41	EMBARAZO DE 39 SEM POR ETT + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	YORLEDIS MEJIA	66995	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
42	EMBARAZO DE 29.5 SEMANAS POR FUM + FUV + AMENAZA DE P. PRETERMINO.	YOJARIS ELENA BANQUEZ	66995	ALTA MEDICA + NIFEDIPINO TAB 10MG CADA 6 HORAS POR 2 DIAS + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

43	EMBARAZO DE 37 SEM POR FUM + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	SHIRLYS PATRICIA SANTOYA	94695	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
44	EMBARAZO DE 39.6 SEM POR ETT + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	KELLY JOHANA BLANCO	102014	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
45	EMBARAZO DE 40.4 SEM POR FUM + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	CLARA INES MURILLO	117727	CESAREA ANTERIOR + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
46	EMBARAZO DE 34.5 SEMANAS POR FUM + FUV + AMENAZA DE P. PRETERMINO	YELITZA OROZCO	134945	ALTA MEDICA + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
47	EMBARAZO DE 35.5 SEM POR ETT + FUV + AMENAZA DE P. PRETERMINO.	DESIREE MERCADO	143236	ALTA MEDICA + NIFEDIPINO TABLETAS 10 MG VIA ORAL CADA 6 HORAS DURANTE 10 DIAS + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
48	EMBARAZO DE 35 SEM POR ETT + MUY BAJO PESO + SDR.	LAURA VALENTINA DE JESUS ALVAREZ	228817	DE ALTA LM O LF LIBRE DEMANDA + PLAN CANGURO + RECOMENDACIONES + SIGNOS DE ALARMA.
49	EMBARAZO DE 38.6 SEM POR EST + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	BELISSA DEL CARMEN MANTINEZ	233341	CESAREA ANTERIOR + POMEROY + RNUV + SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
50	EMBARAZO DE 39.3 SEM POR FUM + FUV + TP EN FASE ACTIVA.	YORLENI GUARDO	232846	PARTO VAGINAL ASISTIDO + RNUV SIN COMPLICACIONES + ALTA MEDICA + SIGNOS DE ALARMA.
<b>NEGRITA</b>	Casos confirmados de parto pretérmino concluidos antes de las <37 semanas.			
<b>ROJO</b>	Ingresos con falso diagnóstico de parto pre termino >37 semanas.			
<b>VERDE</b>	Casos confirmados de parto pretérmino concluidos después de las >37 semanas.			

### **13.0 BIBLIOGRAFÍA**

- Castro, A. M. (1991). Incidencia de parto pretérmino y factores de riesgo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 42(3), 199-207.
- Nazer Herrera, J., García Huidobro, M., & Cifuentes Ovalle, L. (2005). Malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. *Revista médica de Chile*, 133(5), 547-554.
- Vázquez Vigoa, A., Reina Gómez, G., Román Rubio, P., Guzmán Parrado, R., & Méndez Rosabal, A. (2005). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Revista Cubana de Medicina*, 44(3-4), 0-0.
- Echevarría-Zarate, J., Sarmiento Aguilar, E., & Osorez-Plenge, F. (2006). Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta médica peruana*, 23(1), 26-31.
- Conde-Agudelo, A., Romero, R., Da Fonseca, E., O'Brien, J. M., Cetingoz, E., Creasy, G. W., ... & Nicolaidis, K. H. (2018). Vaginal Progesterone is as Effective as Cervical Cerclage to Prevent Preterm Birth in Women with a Singleton Gestation, Previous Spontaneous Preterm Birth and a Short Cervix: Updated Indirect Comparison Meta-Analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*.