



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA PERIODO 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: BACHILLER: PAREDES LEVEAU WALTER

ASESOR: Mg. Rocio Ortiz Malpartida

Pucallpa, Perú

Abril, 2018

Dedico a:

Mi tesis está dedicada con todo mi amor y cariño a mi esposa Keyla Cueva Mozombite, por su sacrificio y esfuerzo, por su paciencia y comprensión.

A mis amadas hijas las cuales son mi fuente de motivación para poder superarme cada día y así poder darle un futuro mejor.

A mis amados padres Juana Leveau Tafur y Nestor Paredes Lazo, quienes me motivaron a seguir adelante desde niño en cada momento y nunca flaquear en momentos difíciles que al final todo sacrificio tiene una recompensa.

Agradezco a:

- La Universidad Alas Peruanas Filial Pucallpa por acogerme y ahora ser parte de ella como egresado y profesional de Obstetricia. También a los diferentes docentes que brindaron su conocimiento.
- Mi asesora de Tesis Rocio Ortiz Malpartida, por su apoyo y contribución científica y encaminarme en el proyecto y a todas las personas que fueron participes en este proceso ya sea de manera directa e indirecta.
- Los profesionales del Hospital Regional de Pucallpa y a sus diferentes profesionales quienes contribuyeron en la formación profesional.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **Objetivo:** Describir los factores frecuentes de riesgo de la amenaza de parto pre término, en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016. **Material y métodos:** Cualitativo, De corte transversal y retrospectivo. Se trata de un estudio descriptivo, donde se describirán e identificarán los principales riesgos que desencadenan la amenaza de parto pre término. **Método:** En el presente trabajo de investigación se utilizó el método observacional, sin intervenir, ni manipular las variables, La población estuvo conformada por 143 mujeres que fueron atendidas con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pre término y hospitalizadas, en el Hospital Regional Pucallpa, durante el periodo 2016. **Resultados:** Los datos sociodemográficos de las gestantes que fueron hospitalizadas en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016, fueron las siguientes: el 57.4% estuvieron entre la edad de 20 a 34 años, el 42.6% fueron pacientes en condición conyugal de conviviente, en 43.4% de ellos fueron procedentes de Callería y el 39.7% fueron ama de casa.

Los factores de Riesgo pre existentes en las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pre Término en Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016, fueron los siguientes: el 69,9% tuvo antecedentes de haber tenido un parto prematuro, el 35.3% de las Amenazas de Parto Prematuro estuvieron dentro del grupo etáreo de riesgo (20 a 34), el 68% fueron nulíparas y multíparas, el 14% de las mujeres presentaron anomalías uterinas, el 14% presento incompatibilidad cérvico uterino. Siendo el factor de riesgo pre existe frecuente, más importante de este grupo el haber tenido un parto pre término previo. Sobre los factores de riesgos existentes, el 90.4% son de estado nutricional adecuado, el 6.6% presentaron Gemelaridad, el 40.4% presentaron preeclampsia grave, el 46.3% presentaron algún tipo de infecciones, el 1.5% presento polidramnios, el 8.8% presento placenta previa, y ningún caso de corioamnionitis; por lo que se determina que las infecciones y las hipertensiones arteriales son los factores de riesgo más frecuentes para la amenaza de parto pre término. Sobre la frecuencia de las Amenazas de partos Pre Término en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2016; es de

5.49%, correspondiente a 210 casos hospitalizados con diagnósticos de Amenaza de Parto Pre Término, de un total de 3,821 pacientes que acudieron al servicio de Emergencia de Gineco Obstetricia.

Por lo que se concluye que: Los factores de riesgo pre existentes más frecuentes son el haber tenido un parto pre término previo y para los factores de riesgo existentes son las infecciones de cualquier índole.

Palabras clave:

- Factores de riesgo.
- Amenaza de parto pre término.

ABSTRACT

The present study was proposed with the Objective: Describe the frequent risk factors of the threat of preterm birth, in the patients attended at the Regional Hospital of Pucallpa, 2016. Material and methods: Qualitative, Cross-sectional and retrospective. This is a descriptive study, where the main risks that trigger the threat of preterm labor will be described and identified. Method: In the present research work, the observational method was used, without intervening or manipulating the variables. The population consisted of 143 women who were treated with Prenatal and Pre-term Delivery, in the Pucallpa Regional Hospital, during the 2016 period. Results: The sociodemographic data of the pregnant women who were hospitalized in the Regional Hospital of Pucallpa, 2016, were the following: 57.4% were between the age of 20 to 34 years, 42.6% were patients in conjugal condition of cohabitants, in 43.4% of them were from Callería, 39.7% were housewives. The pre-existing risk factors in pregnant women with a diagnosis of pre-term delivery at the Regional Hospital of Pucallpa, 2016, were as follows: 69.9% had a history of having had a premature birth, 35.3% of the Threats of Preterm Labor were within the age group at risk (20 to 34), 68% were nulliparous and multiparous, 14% of women had uterine anomalies, 14% had cervical uterine incompatibility. Since the pre-existing risk factor is frequent, it is more important in this group to have had a previous preterm delivery. Regarding existing risk factors, 90.4% were of adequate nutritional status, 6.6% had twinning, 40.4% had severe preeclampsia, 46.3% had some type of infections, 1.5% had polydramnios, 8.8% presented placenta previa, and no case of chorioamnionitis; It is therefore determined that infections and arterial hypertension are the most frequent risk factors during the threat of preterm delivery. On the frequency of pre-term delivery threats in the Regional Hospital of Pucallpa during 2016; it is of 5.49%, 210 cases hospitalized with diagnoses of Threat of Preterm Labor, of a total of 3,821 patients who attended the emergency service of Obstetrics and Gynecology.

Therefore, it is concluded that: The most frequent pre-existing risk factors are having had a previous preterm delivery and for the existing risk factors are infections of any kind.

Keywords:

- Risk factor's.
- Threat of preterm birth.

INDICE

| | |
|----------------------|------|
| CARATULA | i |
| PAGINAS PRELIMINARES | ii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | vii |
| | Pag. |
| INTRODUCCIÓN | 10 |

CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

| | | |
|-----|--|----|
| 1.1 | Descripción de la Realidad Problemática..... | 12 |
| 1.2 | Delimitación de la investigación..... | 15 |
| | 1.2.1 Delimitación espacial..... | 15 |
| | 1.2.2 Delimitación temporal..... | 20 |
| 1.3 | Formulación del Problema | 20 |
| | 1.3.1 Problema principal..... | 20 |
| | 1.3.2 Problemas secundarios..... | 20 |
| 1.4 | Objetivos de la investigación..... | 21 |
| | 1.4.1 Objetivo general..... | 21 |
| | 1.4.2 Objetivos específicos..... | 21 |
| 1.5 | Hipótesis..... | 22 |
| | 1.5.1 Hipótesis general..... | 22 |
| | 1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores..... | 22 |
| 1.6 | Diseño de la Investigación..... | 24 |
| | 1.6.1 Tipo de investigación..... | 24 |
| | 1.6.2 Nivel de la investigación..... | 24 |
| | 1.6.3 Método..... | 24 |
| 1.7 | Población y muestra..... | 25 |
| | 1.7.1 Población..... | 25 |
| | 1.7.2 Muestra..... | 25 |

| | | |
|-------|------------------------------|----|
| 1.8 | Técnicas e instrumentos..... | 27 |
| 1.8.1 | Técnicas..... | 27 |
| 1.8.2 | Instrumentos..... | 27 |
| 1.9 | Justificación..... | 27 |

CAPITULO II MARCO TEORICO

| | | |
|-------|---|----|
| 2.1 | Fundamentos teóricos de la Investigación..... | 29 |
| 2.1.1 | Antecedentes Internacionales..... | 29 |
| 2.1.2 | Antecedentes Nacionales..... | 35 |
| 2.1.3 | Antecedentes Regionales..... | 42 |
| 2.1.4 | Bases teóricas..... | 42 |
| 2.1.5 | Definición de términos..... | 51 |

CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

| | | |
|-----|--|----|
| 3.1 | Presentación de resultados..... | 53 |
| 3.2 | Interpretación, análisis y discusión de resultados | |

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | | |
|-----|----------------------|----|
| 4.1 | Conclusiones..... | 69 |
| 4.2 | Recomendaciones..... | 70 |

FUENTES DE INFORMACION

ANEXOS

| | |
|---|----|
| Matriz de consistencia..... | 75 |
| Instrumentos de recolección de datos..... | 76 |
| Juicio de expertos | |

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

INTRODUCCION

Desde hace algunos años, se viene estudiando cómo identificar precozmente los riesgos que podrían tener las madres, antes y durante el embarazo, como evitar que esto se convierta en experiencia desagradable para el binomio madre – niño, el presente estudio está enfocado a identificar los factores de riesgo más frecuentes de la amenaza parto pre término (APP) (factores: maternos) como: los antecedentes personales, complicaciones concomitantes con el embarazo, complicaciones obstétricas, aparato genital y otros que puedan relacionarse con el estudio de investigación.¹

La etiopatogenia permanece aún en investigación, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematurez, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida, intervencionismo, etc.

En los últimos años, se han observado que estos factores representan un riesgo para que se desarrolle la amenaza de parto pre termino de los cuales muchos de ellos terminan en partos pre términos, dichos factores son relativamente independientes a los factores biológicos o fisiológicos que inducen a un parto pre término ² doblemente riesgoso.

Es importante conocer en su integridad a la mujer gestante, pues ello involucra una atención prenatal minuciosa, detallada y de calidad; donde identifiquemos los posibles riesgos o futuras complicaciones. Por lo mencionado anteriormente, por la condición de un futuro obstetra que nos vincula con la madre y el niño por nacer, y por las condiciones observadas en los servicios de salud durante el internado, es que consideramos importante, realizar el

presente estudio, ya que la tendencia de la amenaza de parto pre término y parto prematuro sigue incrementándose y es posible que solo tomemos en consideración las causales somáticas manifestadas por la mujer y no estemos considerando algunas acciones de prevención durante la atención prenatal. Este trabajo pretende demostrar cuales son los factores de riesgo más frecuentes en la amenaza de parto pre término, para tener consideraciones clínicas, para mejorar la calidad de atención, para mejorar la capacidad resolutive del Hospital Regional de Pucallpa y la de mejorar el despistaje clínico en el primer nivel de atención; este trabajo se desarrolló de manera retrospectiva, de tipo cualitativo de nivel descriptivo, utilizando una muestra de poblaciones finitas donde solo corresponde a gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pre término.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMATICA

Durante la última década: La etapa del embarazo muchas veces se ve amenazado por diferentes patologías que pueden elevar la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, siendo una de las principales el parto prematuro atendido por la amenaza de parto pre término, lo que constituye un problema de salud pública.

Según la OMS la amenaza de parto pre término es el proceso clínico sintomático que, sin tratamiento, o cuando éste fracasa, puede conducir a un parto pre término. La hospitalización por amenaza de parto pre término supone gran parte de los costos económicos asociados a la ocupación de personal en salud y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la amenaza de parto pre término sería el primer escalón en la prevención de la prematuridad.³

En Holanda por los elevados costos hospitalarios que se emplean se decidió que no se reanima recién nacidos que sean menores de 25 semanas y en los Estados Unidos la mayoría de los hospitales acepta las 24 semanas como límite, indica la Secretaria de Salud, Bienestar y Deportes para el 2008.

En Japón la viabilidad del producto de gestación definida desde el año 91 es de 22 semanas.⁴

La amenaza de parto pre término representa hoy en día uno de los grandes problemas de salud pública perinatal. Al revisar publicaciones de la OMS del 2010 describen que se considera a la amenaza de parto pre término como la presencia de contracciones uterinas; que se pueden percibir al examen físico realizado por el clínico, asociado a cambios cervicales mínimos como borramiento del cérvix del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.

La amenaza de parto pre término tiene una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pre término, por lo se considera que solo el 20 al 30% de las pacientes que ingresan a un servicio de urgencias con amenaza de parto pre término, terminan en cambios cervicales y en la instauración de un trabajo de parto.

Existen factores predisponentes para que ocurra la amenaza parto pre término (APP) (factores: maternos, fetales, placentarios y uterinos) como: la historia y antecedentes personales, complicaciones concomitantes con el embarazo, complicaciones obstétricas, aparato genital y otros. La infección amniótica aparece como un factor que empeora el pronóstico de la amenaza de parto prematuro.

El nacimiento pre término afecta aproximadamente el 10 al 15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en la última década.

La prematurez continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido La mayor parte de los nacimientos pre término ocurren en países en desarrollo y constituyen la

proporción más extensa en la morbilidad y mortalidad perinatales. La normalización de la amenaza de parto pre término permite disminuir las complicaciones que se desencadenan de esta patología obstétrica. ⁽⁴⁾

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematuridad, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida, intervencionismo, etc. El presente estudio está destinado a identificar cuáles son los principales factores más frecuentes de la amenaza de parto pre término en la región de Ucayali, para realizar próximos estudios, protocolos de atención y programas de contingencia para identificación y manejo de la amenaza de parto pre término.

1.2 DELIMITACIÓN DELA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

➤ **Hospital Regional de Pucallpa.**

El hospital regional de Pucallpa, se encuentra dentro del marco de los lineamientos de política del sector salud, habiendo establecidos sus propios lineamientos regionales, cuyo objetivo principal es liderar un proceso de gerencia racionalizada basada en el uso adecuado de los recursos a través del análisis de información confiable y oportuna para lograr una acertada respuesta sanitaria a los problemas de la región.

El análisis de situación de salud se transforma en una herramienta indispensable en el que hacer sanitario, ya que para mejorar la salud de la población no solo se requiere mejorar la producción del hospital, sino que estos estén dirigidos principalmente hacia los grupos vulnerables y con estrategias costos efectivos de acuerdo a los principales problemas de salud.

Esta situación requiere una mayor relevancia dentro de un contexto de restricción presupuestaria.

➤ **Reseña histórica.**

El hospital regional de Pucallpa, entro en funcionamiento el 27 de abril de 1968, por resolución suprema desde 1964, estuvo ubicada entre los jirones Manco Cápac y Mariscal Castilla, con una capacidad de 25 camas.

Posteriormente se inicia los trabajos en un nuevo terreno donado por el municipio donde se inició la construcción en marzo de 1965 iniciando su funcionamiento en forma oficial el 27 de abridle 1968 bajo el nombre de "**HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA**".

Siendo Presidente Constitucional de la República: el arquitecto Fernando Belaunde Terry y Ministro de Salud el DR. Javier Arias Stella. Construido y equipado por el fondo nacional de salud, con capacidad de 156 camas y un total de 220 trabajadores entre médicos, enfermeras, y personal técnico, bajo la dirección del doctor Raúl Loayza Alegre fue el primer director.

➤ **Ubicación.**

El Hospital Regional se encuentra ubicado en el Jr. Agustín Cáuper N°285, Localidad de Pucallpa, Distrito de Callería, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali con una superficie territorial estimada de 2265818 km cuadrados.

➤ **Tipo de hospital**

El Hospital es considerado como Hospital de nivel II, así tenemos:

- Según su ubicación geográfica: está ubicado en la zona urbana.
- Según su tipo de construcción: es de tipo horizontal.
- Según su tipo de dependencia: es de tipo estatal.
- Según el tipo de cama: tipo mediano con un total de 171 camas.
- Según el tipo de pacientes: agudo y crónico.
- Según el servicio de préstamos: generales y especializados.

➤ **FUNDAMENTOS LEGALES**

- Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Reglamento Interno del Decreto Supremo N° 002 - 92 - SA.
- Reglamento de Organización y Funciones.

➤ **Visión:**

Constituirse en un Hospital de alta complejidad en la atención de salud, con infraestructura moderna y equipos con tecnología de punta, de excelencia y liderazgo en la atención hospitalaria integral a la población en condiciones de equidad, calidad y plena accesibilidad, fortalecido diversificado en la investigación y en el apoyo a la docencia de las entidades educativas, para la salud de acuerdo a la modernidad, integrándose al sistema de referencia y contra referencia de atención de la salud.

➤ **Misión:**

Prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural.

➤ **Evaluación de oferta y demanda**

La población que acude al Hospital Regional de Pucallpa, es una población de riesgo, sobre todo de enfermedades respiratorias, dermatológicas y diarreicas. Así como el que respecta a la salud materno - perinatal, debido a que no se cuenta con adecuados servicios básicos (agua, desagüe y eliminación de excretas), además teniendo en cuenta que el 70.5% de su población total es pobre, no cuentan con los recursos necesarios para solventar una adecuada alimentación, vestido, educación y salud.

Hecho que hace prevalecer diferentes patologías a pesar del esfuerzo del personal de salud en información, educación, comunicación y visitas domiciliarias programadas. Los servicios que ofrece el hospital regional de Pucallpa son:

- Atención consultorio.

- Atención a pacientes hospitalizados en los cuatro servicios básicos.
- Atención de emergencia.
- Atención quirúrgica.
- Atención en unidad de terapia intensiva.

➤ **INFRAESTRUCTURA**

A consecuencia de la antigüedad de su construcción se puede evidenciar un avanzado deterioro en los diversos servicios y consultorios externos con que cuenta el Hospital Regional de Pucallpa, así también la ampliación y restauración de otros ambientes. Cuenta con instalación de luz antigua y reciente, nuevos anexos telefónicos. La energía eléctrica es producida por generadores eléctricos propios del Hospital es extraída mediante bombas contenedor con un tanque elevado. Por último cuenta con servicio de desagüe adecuadamente instalada.

➤ **Capacidad del establecimiento**

- Número de camas: 149
- Número de consultorios médicos: 21
- Número de consultorios obstétricos: 06

➤ **ESTRUCTURA ORGANICA DEL HRP ÓRGANO DE LA DIRECCIÓN**

- Director Ejecutivo

➤ **DIRECTOR DEL PROGRAMA SECTORIAL**

- Unidad Técnica de Secretariado
- Unidad de Trámite Documentaría

➤ **ÓRGANO DE ASESORAMIENTO**

- Comité Técnica de Secretariado
- Cuerpo Medico

➤ **ÓRGANO DE PLANIFICACIÓN Y RACIONALIZACIÓN**

- Oficina de Administración
- Unidad de personal
- Unidad de Abastecimiento
- Unidad de Estadística

➤ **ÓRGANO DE APOYO TÉCNICO**

- Unidad de Relaciones Políticas
- Unidad de Laboratorio
- Unidad de Enfermería
- Unidad de Radiología
- Unidad de Farmacia
- Unidad de Saneamiento Ambiental
- Unidad de Nutrición y Dietética
- Unidad de Servicio Social
- Unidad de Rehabilitación Física
- Unidad de Conservación de Servicios y Vigilancia
- Unidad de Lavandería y Costura
- Unidad de Mantenimiento
- Unidad de alerta

➤ **ÓRGANO DE LÍNEA**

- Departamento de Cirugía
- Departamento de Medicina
- Departamento de Pediatría
- Departamento de Ginecología - Obstetricia

1.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL.

El estudio se desarrolló en los meses de Enero a Diciembre del 2016.

1.2.3 CAMPO DE ESTUDIO: OBSTETRICIA ALTO RIESGO.

➤ Área: Gineco – Obstetricia de Alto Riesgo

1.2.4 DELIMITACIÓN SOCIAL.

El grupo social sujeto de estudio son las gestantes que tuvieron por diagnóstico amenaza de partos pre términos y que fueron atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2016.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cuáles son los factores de riesgo frecuentes de la amenaza de parto pre término en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS.

- ✓ **PE: (1):** ¿Cuáles son los factores de riesgo pre existentes frecuentes, de la amenaza de parto pre término, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa?
- ✓ **PE: (2):** ¿Cuáles son los factores de riesgo existentes frecuentes, de la amenaza de parto pre término, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa?
- ✓ **PE (3)** ¿Cuál es la frecuencia de las Amenazas de partos pre termino en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores frecuentes de la Amenaza de Parto pre Término, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✓ **OE (1):** Identificar los factores de riesgo pre existentes frecuentes, de la Amenaza de Parto pre Término, en pacientes atendidas, del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.

- ✓ **OE (2):** Identificar los factores de riesgo existentes frecuentes, de la Amenaza de Parto pre Término, en pacientes atendidas, del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.

- ✓ **OE (3):** Establecer la frecuencia de pacientes con Amenazas de partos pre término atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2016.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPOTESIS GENERAL.

El presente trabajo es un estudio descriptivo, por lo cual no presenta hipótesis de investigación

1.5.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.

VARIABLE DE ESTUDIO

1. Factores de riesgo
2. Amenaza de Parto Pre Término

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE DEL ESTUDIO | ASPECTOS O DIMENSIONES | INDICADORES |
|---|---|---|
| V: 1 FACTORES DE RIESGO | 1. FACTORES DE RIESGO PRE EXISTENTES DEL EMBARAZO ACTUAL | <p>Antec. de 1 o más partos prematuros</p> <p>Paridad</p> <p>Anomalías uterinas</p> <p>Incompatibilidad istmico-cervical</p> <p>Estado Nutricional</p> |
| | 2 .FACTORES DE RIESGO EXISTENTES DEL EMBARAZO ACTUAL | <ul style="list-style-type: none"> • Gemelaridad • Pre eclampsia grave • Infecciones (específicas e inespecíficas) • Polihidramnios • Placenta previa • Corioamnionitis |
| V:2 AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO | 3.GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO | <ul style="list-style-type: none"> • Numero de gestantes con amenaza de parto pre término. |

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPOS DE INVESTIGACIÓN.

Cualitativo, De corte transversal y retrospectivo.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

De los hechos se trata de un estudio descriptivo, porque describe las variables, como se presentan, sin manipularlos.

1.6.3 MÉTODO.

En el presente trabajo de investigación se utilizará el método observacional sin intervenir, ni manipular las variables.

DISEÑO DE MUESTRA



Donde:

M≡ Muestra de gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pre término en el Hospital Regional de Pucallpa.

X= VARIABLE: Factores de riesgo frecuentes de la Amenaza de Parto pre término

1.7 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN.

La población estará conformada por 143 mujeres que fueron atendidas bajo el diagnóstico de amenaza de partos pre término hospitalizadas, en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo 2016.

1.7.2 MUESTRA.

El tamaño de la muestra se halló con una fórmula que es aplicable para las poblaciones finitas y es la siguiente:

$$\frac{Z^2 N pq}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

- n = Tamaño de la muestra
- N= Tamaño de la población
- p = Probabilidad de éxito 50% (0.50)
- q = Probabilidad de fracaso 50% (0.50)
- E= Es el margen de error considerado por el investigador y es de 5% (0.05)
- Z= Valor de la distribución Normal para un intervalo de confianza del 95% cuyo valor es 1.96

Entonces:

$$n = \frac{(1.96)^2 * (210) * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 (N - 1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = 136$$

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Gestantes que tuvieron por diagnóstico: Amenaza de parto pre término en emergencia y fueron hospitalizadas.
- Gestantes que cumplen los criterios clínicos del diagnóstico de Amenaza de Parto pre término.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Gestantes que tuvieron diagnóstico de amenaza de parto pre término y no fueron hospitalizadas.
- Gestantes que fueron hospitalizadas por otros diagnósticos, con edad gestacional menor de 36 semanas.

- **MÉTODO DE SELECCIÓN**

- Se obtendrá la relación de historias clínicas de nuestra población en estudio, donde se empleó un muestreo aleatorio simple, identificando las historias clínicas hasta completar el tamaño de muestra definido y teniéndose en cuenta los criterios de inclusión y exclusión presentados por el investigador.

1.8 TECNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS.

La recolección de datos se hizo mediante la aplicación de una ficha de recolección de datos.

1.8.2 INSTRUMENTOS.

La información pertinente para el estudio se registrará la ficha de recolección de datos (Anexo N 1) elaborado por el investigador, serán tabulados y se presentara en gráficos estadísticos a través de la aplicación, de acuerdo a los objetivos planteados.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La amenaza de parto pre término puede tener un origen multifactorial, en la mayoría de los casos desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, Polihidramnios) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar focalidad infecciosa de otras partes del organismo (pielonefritis, apendicitis...). Pero la causa conocida más frecuente es la infección/inflamación intraamniótica subclínica.⁵

La importa de conocer los factores de riesgo que influyen en la Amenaza de Parto Pre término, es porque representa un riesgo para el bienestar materno fetal, es considerado una de las principales causas de morbilidad materno fetal por las complicaciones que causa (Parto Prematuro, Recién Nacido de Bajo de Peso etc.) y principal motivo de consulta a la emergencia.

La amenaza de parto pre término también se da en mujeres sanas con embarazos aparentemente normales y sin antecedentes de parto prematuro.

Uno de los grandes obstáculos para lograr una mejora en el tratamiento de la amenaza de parto pre término espontáneo, es la inexactitud del diagnóstico del trabajo de parto pre término. De ahí la importancia de encontrar algún marcador o síntoma que dilucide cuál es la paciente que verdaderamente terminará en parto pre término, y por tanto se debe instaurar un tratamiento adecuado, y cuál no. Con la realización de este estudio, se determinará los factores de riesgos frecuentes de la amenaza de parto pre término, ocurridas durante el periodo de estudio, mediante el cual se puede controlar o prevenir alguna complicación evitando secuela en el neonato, objetivo primordial en la salud pública del país.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Olga Verónica Estrada Carrillo (2013). Ecuador “factores que desencadenan la amenaza de parto pre término” estudio realizado en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel desde noviembre del 2012 a abril del 201. El **objetivo** de esta investigación tiene como propósito servir de herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante la embarazada en riesgo o con diagnóstico de amenaza de parto pre término a los médicos que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas con el fin de evitar prematuridad y sus complicaciones. Incluye su incidencia, principales factores de riesgos asociados a esta patología. **El material y métodos** son de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico, no experimental. Se basó mediante datos estadísticos a pacientes ingresadas al área de hospitalización con el diagnóstico de amenaza de parto pre término en el período establecido. **Resultados:** En el lapso de tiempo de seis meses se obtuvieron 150 pacientes. La amenaza de parto pre término como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”. Ocupan una alta incidencia, que esta relacionada con factores de riesgos como multíparas del rango de 18 a 25 años, también con el más alto número de abortos previos,

la infección de vías urinarias y el bajo número de controles prenatales

Conclusiones: la amenaza de parto pre término como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco- Obstetricia del Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Porcel” ocupan una alta incidencia, que está relacionada con factores de riesgo: como la paridad con el 61% que se presentó en multíparas, en el rango de 18 a 25 años con el 46%, con el 61% de acuerdo a la ocupación que desempeña corresponde a ama de casa, el 45 % tuvieron más de 5 controles prenatales. El 79% se le realiza maduración pulmonar fetal con dexametasona y betametasona.

La infección de vías urinarias es un factor predominante con un 67% en las pacientes con amenaza de parto pre término confirmada por exámenes clínicos, el 89% se realizó examen de orina (físico, químico y sedimento) y el 11% además se realizaron cultivo y antibiograma de forma particular, y de estos el 59% de los resultados del cultivo fue (+) para la bacteria Escherichia coli.

Las pacientes cuyo ingreso fue por amenaza de parto pre término el 85% mejoró sus condiciones y el 11% concluyó en parto, el 4% terminó en Cesárea, de los cuales el 65% fueron recién nacidos sanos de 37 semanas de gestación, y el 35% presentaron distres respiratoria que terminaron en la unidad de cuidados intermedios neonatales.⁶

Rossio Bárbara Gómez Ticona cuyo título es: Prevalencia de Amenaza de Parto Pre término y su Asociación con la infección del tracto urinario en el centro de salud rosas pampa, enero – marzo 2013. La paz – Bolivia.

Objetivo General. - Determinar la prevalencia de Amenaza de Parto Pre término y su asociación con la infección del tracto urinario en el Centro de Salud Rosas Pampa, enero a marzo del 2012. **Métodos y materiales.** - Se realizó un estudio Descriptivo Transversal Analítico. Se procedió Revisión de historias clínicas Perinatales del Centro de Salud Rosas Pampa, de mujeres embarazadas que acudieron a su control prenatal, que cumplían los criterios de inclusión. Población. - La población está conformada por todas las mujeres embarazadas entre las 20 y 36.6 semanas de gestación que acuden para control prenatal al Centro de Salud Rosas Pampa de la ciudad de El Alto de

Enero a marzo del 2012. El número de embarazadas que acudieron en este periodo de tiempo es de 291 mujeres. **Resultados.** - De un total de 291 mujeres entre las 20 y 36.6 semanas de gestación presentaron Amenaza de Parto Pre término 46 mujeres resultando una prevalencia del 15.8% de Amenaza de Parto Pre término, con predominio del grupo etáreo entre los 15 – 19 años en 17 casos (37%), seguido del grupo etáreo entre 20 – 24 años en 13 casos (28.3%). Siendo las mujeres Con Unión con 31 casos (67.4%), con un Nivel de Instrucción que llego a la secundaria en 23 casos (50%). En cuanto a los antecedentes ginecoobstetricos, fueron segundiparas en 17 casos (37%), sobrepeso tuvieron 17 pacientes (37%) y la edad gestacional que tuvo mayor frecuencia fue entre 31 – 36 semanas en 28 casos (60.9). Se encontró asociación entre Amenaza de Parto pre término con Infección del Tracto Urinario mediante el Chi cuadrado que resulto de 4.89; $gl=1$, $p = 0.027$.

11 Conclusiones. - Durante el período de enero a marzo del 2012, acudieron a control prenatal con una edad gestacional entre 20 – 36.6 semanas de gestación fueron 291 mujeres embarazadas, siendo que 46 mujeres embarazadas presentaron Amenaza de Parto Pre término y 200 mujeres embarazadas cursaron con Infección del Tracto Urinario siendo estas dos entidades prevalentes en el Centro de Salud Rosas Pampa.

En cuanto a las características sociodemográficas: predominaron las adolescentes entre 15 – 20 años, predomino el estado civil Con Unión, así como las pacientes que cursaron hasta la Secundaria, seguidas por las que solo cursaron hasta Primaria. Según los antecedentes ginecoobstetricos: se encontró con Amenaza de Parto Pre término a las Segundiparas, seguidas muy de cerca por las Nulíparas; según el Estado Nutricional el grupo más frecuente fue las pacientes con Sobrepeso seguidas de las con Desnutrición y con Obesidad; la Edad Gestacional más afectada estuvo entre 31 – 36 semanas de gestación. Rechazamos la Hipótesis Nula de la presente investigación, concluyendo que las Infecciones del tracto urinario están asociadas a la amenaza de parto pre término en mujeres embarazadas, del centro de salud Rosas Pampa.⁷

Cristobal Sebastian Tol Macario trabajo de tesis “Infección tracto urinario en la amenaza del parto prematuro” Guatemala, 23 de enero de 2014. **Objetivo:** Determinar la incidencia de la infección urinaria en la amenaza de parto prematuro en el Hospital Regional de Escuintla de Enero a Diciembre del 2011. **Metodología:** se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal se toma como universo todas las pacientes entre 21 a 36 semanas de gestación que ingresaron en esta etapa, sin importar la edad, el nivel educacional ni socioeconómico (n= 937) se realizaron 110 cultivos, de los cuales se obtuvieron 78 cultivos positivos. **Resultados:** El 76,51% eran amas de casa y de estas el 32,11% tenían edad entre 20 a 25 años, solo el 15,09% trabajaba. El 44% eran solteras y el 38% unidas. El 46% nulíparas. El 69,6% tuvo mal control prenatal y de los urocultivos realizados el 70,9% fue positivo en su mayoría a Echerichia coli, con sensibilidad a las cefalosporinas de segunda generación. **Conclusiones:** la infección del tracto urinario fue más frecuente en las amas de casa entre las 21 a 25 semanas de gestación. Predominaron las pacientes solteras y nulíparas, la mayoría tuvo mal control prenatal, el 70,9% de los urocultivos, fue positivo, siendo encontrado como germen más frecuente la Echerichia coli, con sensibilidad a las cefalosporinas de segunda generación.⁸

Daniel Abehsera Davó. Tesis Doctoral: Amenaza de Parto Pre término y Rotura Prematura de Membranas Pre término. Impacto de la amniocentesis diagnóstica en la conducta obstétrica F.E.A. Hospital Universitario La Paz, cuyos objetivos primarios fueron: Determinar la sensibilidad y especificidad de la prueba para el diagnóstico de la IIA.

Comparación entre los diferentes test de diagnóstico de IIA directos e indirectos, así como el establecimiento de puntos de corte dentro del análisis del LA. Caracterizar la flora bacteriana y virológica prevalente en la población de estudio. **Método y metodología:** Este estudio ha sido llevado a cabo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario La Paz, con la participación y colaboración del Servicio de Laboratorio de Urgencias, Servicio de Microbiología, y Servicio de Anatomía Patológica. Entre marzo de 2011 y octubre de 2011 se realiza un análisis prospectivo de todos los casos en los que se llevó a cabo una amniocentesis diagnóstica. Dicho análisis fue realizado siempre por el mismo observador. La prueba se indicó según los

criterios definidos en la población de estudio y el protocolo de actuación. Del mismo modo, la prueba se realizó como parte de la atención clínica estándar de los pacientes, y no para propósitos de investigación. Por lo tanto, sólo en los pacientes que dieron su consentimiento para el procedimiento se llevó a cabo el análisis. Comprende un total de 45 casos de gestantes de menos de 33 semanas (37 embarazos únicos y 8 embarazos gemelares) ingresadas con signos y síntomas clínicos de APP y/o RPMP. **Resultados:** De las 46 amniocentesis realizadas, todas se llevaron a cabo entre la semana 24 y 32 de gestación salvo 1 que se realizó en la semana 17. La edad gestacional media en el momento de la indicación de la prueba fue de 27 con una desviación estándar de 2'6 semanas, Con respecto a la paridad de las 45 pacientes sobre las que se realizó la prueba, 28 (63%) fueron primíparas, y las 17 restantes (37%) multíparas, De las 46 amniocentesis realizadas, en 24 (52'2%) de ellas la paciente había recibido antibiótico previo a la realización de la prueba, y 22 (47'8%) no lo había recibido, El tratamiento antibiótico utilizado según protocolo del centro fue ampicilina + gentamicina (22 casos). En un caso de bolsa prolapsada en vagina se utilizó clindamicina + gentamicina, y en otro de RPMP se usó ampicilina + eritromicina (pautas iniciadas en otro centro. **Conclusiones:** Las buenas cifras en cuanto a validez estadística del diagnóstico microbiológico en el líquido amniótico, convierten a la amniocentesis diagnóstica en un arma muy eficaz dentro del manejo de la amenaza de parto pre término y de la rotura prematura de membranas pre término. El resultado positivo o negativo de infección en el líquido amniótico tiene valor pronóstico en la evolución de la gestación. Los resultados derivados del análisis de las cifras de leucocitos y glucosa en el líquido amniótico, reflejan que tienen un elevado poder diagnóstico de infección, presentando un coste muy inferior (la determinación se realiza en el laboratorio de urgencias mediante técnicas de rutina) que el coste derivado del diagnóstico microbiológico. Además, los resultados están disponibles de forma inmediata, a diferencia de los datos microbiológicos (salvo la tinción de Gram). El agente etiológico de infección intraamniótica más frecuente en casos de amenaza de parto pre término y rotura prematura de membranas pre término es la bacteria *Ureaplasma urealyticum*. Dentro de la población de riesgo seleccionada, se observa que el establecimiento y desarrollo de una corioamnionitis lleva implícito en un alto porcentaje de casos (más del 75%),

la aparición indefectible de signos y síntomas de amenaza de parto pre término y/o rotura prematura de membranas pre término. La amniocentesis diagnóstica a pesar de ser un proceder diagnóstico invasivo, fue bien aceptada y tolerada. Fue rechazada sólo por una paciente, y existió una complicación grave en relación causal con la punción. Esta última consideración nos hace pensar que sus riesgos puedan ser algo superiores a los inherentes a una amniocentesis genética. El análisis de la morbimortalidad perinatal señala la evidencia de un efecto deletéreo de la corioamnionitis sobre el feto y el neonato en íntima relación con su intensidad y duración. No obstante, es necesaria la comparación con un grupo control de la misma edad gestacional para excluir la prematuridad como factor preponderante. El conocimiento de la flora bacteriana responsable de la infección intraamniótica ha permitido establecer nuevas pautas antibióticas, tanto en el caso de la usada para el manejo expectante de la rotura prematura de membranas pre término, como en el caso de la administración profiláctica de antibióticos a los neonatos prematuros. En ambos casos se ha añadido un macrólido (azitromicina) para cubrir *Ureaplasma urealyticum*.⁹

Nidia Ivette Córdoba Báez Helia Margarita Chávez Medina, Manejo de la amenaza de parto pre término en pacientes ingresadas en la sala de Gineco-obstetricia del Hospital Victoria Motta, del 1 de enero al 31 diciembre del 2012. **El objetivo** de este estudio fue evaluar el manejo de la amenaza de parto pre término en el hospital Victoria Motta de Jinotega, del 1 de enero al 31 de diciembre del 2012. **Método y materiales:** El tipo de estudio fue de evaluación de servicio. Las poblaciones de estudio fueron todas las embarazadas entre las 22 y 36 semanas de gestación con diagnóstico de amenaza de parto pre término (n=565). La muestra fue de 210 pacientes y el muestreo fue aleatorio por lotería. El Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del alto riesgo obstétrico del MINSA (2011) fue utilizado como el protocolo estándar para evaluar el manejo de las pacientes estudiadas. **Resultados:** El 62% de las pacientes con amenaza de parto pre término son mujeres entre 20 y 34 años de edad, rurales (64.8%), con baja escolaridad (58.1%), multigestas (66.6%), con 28-36 semanas de gestación (91.4%) y con 4 o más controles prenatales (61.9%). El 4.8% presentó ruptura prematura de membranas. El principal fármaco uteroinhibidor utilizado

no está incluido dentro de la norma de atención de la amenaza de parto pre término y fue el Fenoterol (57.1%), seguido por ritodrine y nifedipina con 20.5% y 17.1% respectivamente. La maduración pulmonar fetal fue adecuada en 78.8% de los casos. **Concluimos:** que en un 89% de los casos no se siguieron las normas establecidas por el MINSA para el manejo de amenaza de parto pre término. Se recomienda principalmente evaluar a todo el personal de salud implicado en el diagnóstico y manejo de la amenaza de parto pretérmino.¹⁰

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Astrid Keller Zuñiga del Águila, Jorge Raúl Paredes Briceño, “Estresores Psicosociales Relacionados a la Amenaza de Parto y Parto pre-término en Gestantes Atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016”, El estudio tuvo como objetivo Determinar los estresores psicosociales relacionados a la amenaza de parto y parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016, estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, cuya muestra fue 140 gestantes; la técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario. Los resultados, estresores psicológicos-violencia psicológica: hostigamiento 40% de su pareja y 35,7% de familiares de la pareja; 46% cambio de actitud de la pareja. Violencia física: 27.2% la pareja y 9.3% autolesión. Según estresores motivación: 21.5% por embarazo, 70.7% aceptación del embarazo, 80% alegría del embarazo. Según la pareja: 80% amor en el pasado, 58.5% perspectivas del futuro. Estresores sociales: Familiares: 29,3% insinuación del aborto, 60.1% compromiso; Familiares directos: 74.3% apoyo materno, 72.8% apoyo de mi familia; Familiares de la Pareja: 53.6% apoyo maternal, 58.6% emocional. Situación económica: 63.6% de la pareja, 55% de la familia. Según proyecto personal: frustración 50% educativa y 30% de proyecto de vida. El 96,4% amenaza de parto, 66,4% de 28 a 36 sem. Y 33,6% de 20 a 27 sem., 27,1% parto pre-término, parto 15,0% vaginal y 12,1% cesárea. **En conclusión:** Los estresores Psicológicos y Sociales tienen

relación estadísticamente significativa ($P < 0,05$), con edad gestacional, amenaza de parto y parto pre término y tipo de parto.¹¹

Kelly Giovanni Perez Sifuentes, AMENAZA DE PARTO PRE – TÉRMINO, ICA - 2015, cuyo **Objetivo**: Describir la sintomatología clínica de gestantes que presentaron Amenaza de Parto Prematuro, Resultados: La prevalencia del parto pre término es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal. El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las APP no parirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegará a término. No es una entidad clínica única. Confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, pre eclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo, etc.

Zamira Nazaret Orbegoso Portocarrero “Infección del tracto Urinario como Factor de Riesgo Asociado al Desarrollo de Amenaza de Parto Pre término en Gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unánue, entre julio y setiembre del 2015”. **Objetivo**: Determinar la asociación entre Infección del Tracto Urinario y el desarrollo de amenaza de parto pre término. Finalidad es disminuir la incidencia de Amenaza de Parto Pre término y posterior desarrollo de Parto pre término que conlleva a un aumento en la morbi-mortalidad neonatal. **Materiales Y Método**: Estudio de tipo Observacional, Analítico, transversal, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 100 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, Lima-Perú, entre Julio y septiembre del 2015. Se realizó un análisis bivariado, mediante SPSS Statistics V 23, se cruzó las variables, infección del tracto urinario y amenaza de parto pre término, utilizando X² y la medida de asociación Odds Ratio. Además, se estudió las características de la población (edad, IMC, antecedente de paridad) y si existía relación con infección del tracto urinario. **RESULTADOS**: La infección del tracto urinario es un factor de riesgo de amenaza de parto

pre término, con razón de momios de 6,303 IC 95% (2,6- 15,25). La edad de mayor frecuencia de APP fue entre 20 y 34 años, el IMC de mayor frecuencia fue de >25, y las primigestas lo presentaron con mayor frecuencia. No existe asociación estadísticamente significativa entre edad, IMC, antecedente de paridad con Infección del tracto urinario. **CONCLUSIÓN:** La infección del tracto urinario se comporta como factor de riesgo de amenaza de parto pre término. Se debe dirigir medidas preventivas a mujeres en edad fértil para disminuir la infección del tracto urinario y reducir la incidencia de amenaza de parto pre término, evitando un parto pre término que conlleva a un aumento de la morbi-mortalidad neonatal.¹²

Margarita E. Ahumada-Barrios² German F. Alvarado, “factores de riesgo de parto pre término en un hospital de lima norte” presentada a la facultad de ciencias de la salud, universidad católica sedes sapientiae. Lima, Perú. Cuyo **Objetivo:** determinar los factores de riesgo de parto pre término. **Métodos:** estudio caso-control retrospectivo en 600 gestantes atendidas en un hospital, con 298 gestantes en el grupo de los casos (que tuvieron un recién nacido con parto pre término < 6 controles) (OR ajustado= 3,2; p p <0,001), control prenatal nulo (OR ajustado= 3,0; p <0,001), antecedente de parto pre término (OR ajustado= 3,7; p <0,001) y pre eclampsia (OR ajustado= 1,9; p= 0,005). **Resultados:** Durante el periodo estudiado, se registraron en total 5,710 partos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, donde la prevalencia de parto pre término en la población fue de 7,4%. De la muestra conformada por 600 gestantes, se observó que la edad promedio de las gestantes fue de 26,2 años. En la Tabla 1 (análisis bivariado) se muestra que los factores estadísticamente significativos para presentar prematuridad los siguientes: abortos previos (p= 0,04), control prenatal insuficiente (parto pre término (oligohidramnios y tabaquismo), no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. **Conclusión:** el antecedente de parto pre término, la pre eclampsia, el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente fueron factores de riesgo para el nacimiento pretérmino.¹³

Juan Jose Guillen Guevara, “Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014”
Encontramos que los factores asociados a parto pretérmino estuvieron relacionados con patología infecciosa materna así tenemos que en el grupo de los casos hubo mayor frecuencia de infecciones urinarias, vulvovaginitis, corioamnionitis, y edad mayor de 35 años por lo que concordamos con lo reportado Vásquez, quien realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo, analítico de los casos de parto pretérmino ocurridos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el cual se compararon los factores de riesgo presentes en la población de gestantes con parto antes del término según examen del recién nacido versus la población de gestantes que resultaron en partos con niños a término. La incidencia de partos pretérmino fue del 8.8%, siendo actualmente 9.5%. Además se encontró que las gestantes mayores de 34 años tenían una frecuencia de 15.9% de parto pretérmino en comparación con 10.1% de partos a término.

En nuestro estudio encontramos que la patología materna asociada a parto pretérmino fue la infección urinaria (28.0%), dato que se relaciona con lo reportado por J. Calderón y col. quienes no encontraron diferencias significativas en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p < 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia.

En nuestro estudio no tenemos datos del Apgar en los pretérminos, por lo que diferimos con lo reportado por Laffita A., quien refiere que los factores que influyen en el Apgar Bajo al Nacer, encontrando que un Apgar < 7 se relaciona a Prematurez, postmadurez y patologías maternas que alteran el intercambio gaseoso materno-fetal (HTA crónica, Asma bronquial, Infección urinaria).

Encontramos que la corioamnionitis estuvo asociada a parto pretérmino, por lo que coincidimos con lo reportado por Samartino y Col. quienes evidenciaron que la anemia materna y el control prenatal inadecuado representan el 50% del total de los factores de riesgo para parto prematuro. Dentro de los marcadores de riesgo: corioamnionitis, antecedentes de RN<2.500g y Periodo intergenésico <1 año constituyen el 76.5%.

Encontramos en nuestro estudio que la vulvovaginitis (32%) estuvo asociado a parto pretérmino, por lo que coincidimos con lo reportado por Robinson y Col, quienes refieren que el parto pretérmino está asociado a factores como: parto pretérmino previo, cirugía cervical, abortos inducidos, infecciones cervicovaginales, gestación múltiple, edad materna, periodo intergenésico corto o prolongado, consumo de tabaco y sustancias tóxicas, raza y estado socioeconómico.

No encontramos asociación de parto pretérmino con las contracciones uterinas por lo que diferimos con lo reportado por Iams y Col, quienes evaluaron la frecuencia de contracciones uterinas y riesgo de parto pretérmino espontáneo, y concluyeron que aunque la probabilidad de parto pretérmino aumenta con una mayor frecuencia de contracciones uterinas, la medición de esta frecuencia no es clínicamente efectiva para predecir el parto pretérmino. **Conclusión:** Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($P < 0,05$)¹⁸.

Jorge Luis Chira Sosa y Sosa Flores Jorge Luis, El presente estudio se realizó en el Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque nivel II-1 Minsa Perú en el periodo comprendido enero-diciembre 2010, donde se atendieron un total de 2006 partos. De todos estos, 1765 fueron a término y 170 fueron parto pretérmino representando este último grupo una incidencia de 8.4%, mucho menor a lo reportado por el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", en Lima, entre 1991 y 1999, donde el nacimiento prematuro ocurrió en 16% (7480/47198) de los nacimientos.

posiblemente la alta incidencia que presenta el hospital Belén-Lambayeque se deba a que este último pertenece al sistema de Essalud donde la gestante cuenta con mejores condiciones socioeconómicas en relación a nuestro hospital, la incidencia en el hospital Belén es mayor a lo encontrado en el estudio del hospital general docente Ernesto Guevara las Tunas 2005, donde el universo de estudio fue 232, y se encontró un 6% de nacimientos con parto pretérmino. Las características generales, como: edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, procedencia, vía de terminación del parto, antecedente de enfermedades maternas fueron similares entre los casos y los controles. Se evidenciaron las diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a estado civil ($p = 0.0049$), y nivel de instrucción ($p = 0.0001$) entre ambos grupos. Apreciamos que las gestantes adolescentes presentan un OR: 1.072, esto quiere decir que los pacientes adolescentes tienen 1.072 veces más riesgo de presentar parto pretérmino comparando de quienes no lo son, siendo este riesgo estadísticamente no significativo, ya que $P: 0.8281$ IC 95% (0.568 -1.794) contiene la unidad.

Como se sabe el embarazo adolescente en su mayoría presenta riesgos para parto pretérmino, en el estudio realizado Faneite y col, encontraron que 17.08% de las embarazadas con parto pretérmino tenían de 19 a menos años, además el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años) que las tardías (17-19 años), por lo general esta última etapa se comportan como adultas.

Un estudio realizado en Perú por Germain y Oyarsun que comprendió todos los partos de adolescentes ocurridos entre enero de 1995 y diciembre de 1997 obtuvo los siguientes resultados: De los 14 701 partos; 2 732 correspondieron a gestantes adolescentes; de las cuales 209 eran adolescentes tempranas y 2 523 adolescentes tardías. Se encontró que 2 159 de los partos fueron eutócicos y 573 distócicos, la incidencia de parto pretérmino en adolescentes tempranas fue 12,4% y 9 % en adolescentes tardías.

Mientras la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el quinquenio del 2000 – 2005 señala que de los 133 millones de embarazos, que ocurrieron a nivel mundial, 14 (10,5 %) fueron de madres entre 15 y 19 años. Ubicándose el mayor porcentaje de los mismos en África, América Latina y el Caribe. El 16 % de los nacimientos fueron de madres adolescentes, siendo Chile el país con menor porcentaje (10,2 %) y Venezuela el país con mayor frecuencia (20,5 %).

En la mayoría de los estudios descritos en la bibliografía se observa que la gestante adolescente tiene mayor frecuencia de presentar parto pretérmino, en comparación a la gestante añosa, como vemos en nuestro estudio el riesgo existe, pero no es significativo.

La epidemiología clínica demuestra que el parto pretérmino es más común en las poblaciones de mujeres con privación sicosocial, tales como, la mujer de pobre recursos económicos, la madre soltera, fumadora, desnutrida, con ausencia o deficiente controles prenatales, la mujer múltipara, con mala historia reproductiva (tales como historia previa de muertes fetales, muerte neonatal y/o muerte infantil), embarazo pretérmino anteriores e intervalo intergenesico corto.

El ser humano es un organismo vivo en relación a su medio ambiente social íntimo y cercano en donde vive el ser humano es la familia, considerando este enfoque social e identificando a la mujer como madre soltera (el no tener pareja), se considera importante los factores sicosociales en el presente. **Conclusión:** Los factores de riesgo preconcepcional asociados a parto pretérmino y con significancia estadística fueron en orden de importancia porcentual los escasos controles prenatales, anemia, y el antecedente de parto pretérmino, además de la importancia conceptual de las infecciones del tracto urinario.¹⁹

2.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES

Riva N. (Pucallpa, Perú - 2004), realizó un estudio de casos y controles comparando 189 gestantes adolescentes con parto pre término con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 11 y 19 años, los factores que incrementaron el riesgo de parto pre términos espontáneos fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,1; 95% IC 2,7 – 16,1) y antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; 95% IC 1,2 – 2,4).¹⁷

2.1.4 BASES TEÓRICAS

➤ AMENAZA DE PARTO PRE-TÉRMINO

Se define amenaza de parto pre término cuando el embarazo es desde la semana 22 y 36,6 semanas de gestación. Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 en cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm.³

1. FACTORES DESENCADENANTES DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

- Embarazo Múltiple.
- Polihidramnios.
- Hemorragias del 3er Trimestre.
- Hipertensión.
- Incompetencia ístmico cervical.
- Infección genital baja.
- Infección urinaria.
- Rotura Prematura de Membranas.
- Otras infecciones.

2. FISIOPATOLOGÍA:

La Infección intrauterina y síndrome de respuesta inflamatoria fetal desencadenan una amenaza de parto pre término o parto pre término, en una corioamnionitis está la respuesta del huésped a la infección, como la producción de interleucina 1, factor de necrosis tumoral, el factor activador de plaquetas y la interleucina 6 que llevan a la producción de prostaglandinas en la decidua y membranas coriamnióticas. La interleucina 6 atrae macrófagos activados y estos liberan sustancias como enzimas proteasas, colagenasas, proteoglucanasas, que fragmentan la matriz colágeno extracelular, liberando fibronectina fetal en las secreciones vaginales, todo estos cambios llevan a reblandecer y dilatar el cuello que previamente ha sido estimulado por prostaglandinas.

Las bacterias secretan fosfolipasa a 2 y c que fragmentan componentes de las membranas ovulares ricos en ácido araquidónico lo que lleva a la formación de más prostaglandinas que estimulan las contracciones.⁹

3. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

Se basa en: la edad del embarazo, las características de las contracciones y el estado del cuello uterino. Edad del embarazo: entre las 22 y 36 semanas Contracciones: dolorosa y detectable por palpación abdominal Cuello uterino: borramiento, dilatación, posición del cuello, apoyo de la presentación y estado de las membranas ovulares.¹²

4. EXPLORACIÓN FÍSICA

Descartar otro posible foco que dé origen al dolor, fiebre, apendicitis peritonitis, etc.

4.1 Exploración obstétrica:

- a)** Comprobar frecuencia cardiaca fetal (FCF) positiva.
- b)** Valoración del abdomen (altura uterina, presentación fetal, irritabilidad uterina.).
- c)** Especulo-copia: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias).
- d)** Tomar muestras para cultivo: Previo al tacto vaginal, para SGB y FFV. Parcial de orina y urocultivo.
- e)** TV: Valoración cervical mediante el Índice de Bishop.
- f)** Monitoria fetal: Confirmar la presencia contracciones y bienestar fetal.
- g)** Citoquímico (Hemograma, Parcial de orina con Gram de orina sin centrifugar (GOSC), PCR).
- h)** Se debe solicitar Ecografía transvaginal para medición de la longitud cérvix 9. Amniocentesis previo consentimiento informado y evaluando el estado serológico materno (Grupo Sanguíneo, HIV, AgsHB).

4.2 Maduración Pulmonar Fetal:

Betametasona 12 mg. (6 mg. Fosfato y 6 mg. acetato) IM cada 24 horas por dos dosis.

Dexametasona 6 mg. IM cada 12 horas por cuatro dosis.

5. TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

Útero inhibidores, inhibe la contractilidad uterina.

- a. Fármacos betamiméticos.
- b. Fármacos antagonistas de la oxitocina.
- c. Fármacos anti prostaglandina (menores de 32sem.)

5.1 Tratamiento Inicial:

- a) Reposo absoluto.
- b) Uteroinhibidor de rápida instalación (betamiméticos).
- c) Uteroinhibidor de lenta instalación pero de efecto sostenido: indometacina 100 mg. por vía rectal en gestaciones menores a 32 semanas.
- d) Inductor de la madurez pulmonar fetal: betametasona 12 mg. IM en embarazo de 28-33 semanas.

5.2 Tratamiento Tocolítico:

Los objetivos primarios de la tocolisis son disminuir la actividad uterina y detener los cambios cervicales con la mínima dosis del fármaco, disminuyéndolo o retirándolo si se desarrollan efectos secundarios significativos, y retirando el fármaco si se ha producido una mejoría clínica sostenida durante 12 a 24 horas. Indicaciones: Se inicia tratamiento tocolítico cuando aparecen contracciones uterinas regulares y se evidencian cambios cervicales. La dilatación cervical

de al menos 3 cm se asocia con menor éxito en el tratamiento tocolítico. Contraindicaciones: Para la tocolisis en el PP sufrimiento fetal agudo, corioamnionitis, eclampsia o pre eclampsia grave. Otras contraindicaciones relativas son la muerte fetal en gestación única, la presencia de madurez fetal e inestabilidad hemodinámica materna. Agentes tocolíticos: Nifedipina: Bloquea la contracción del músculo liso mediante la inhibición de la entrada de calcio intracelular. Es la mejor opción de tratamiento. La dosis recomendada es de 10mg a 20mg cada 6/horas v.o. La nifedipina puede administrarse en una dosis de carga 10mg sublingual cada 20 minutos hasta 3 dosis. Los efectos secundarios: consisten en hipotensión, rubor, congestión nasal, taquicardia, mareo, náuseas, nerviosismo, cambios intestinales y en caso publicado, bloqueo muscular esquelético.³

FACTORES DE RIESGO:

- ✓ **Raza y origen étnico:** Afroamericanos tienen mayor riesgo. Estudios de diferencias entre mujeres negras e hispanas y mujeres blancas: Bajo IMC que produce aumento en los neutrófilos y el pH vaginal (lo que predispone a infecciones), mayor reactividad cardíaca (se ha asociado con el inicio del trabajo de parto), pobreza, desempleo y migración, falta de acceso a los servicios de salud.
- ✓ **Edad:** La edad materna es uno de los factores asociados a la prematuridad entre 18 años a 25 años. Algunas enfermedades maternas y fetales pueden hacer adecuado indicar médicamente un parto prematuro. Las principales causas son: Pre eclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal, Endocrinopatías, Hipertensión arterial, Neuropatías, Anemia, infección de vías urinarias, e infecciones sistémicas.
- ✓ **Consumo de sustancias tóxicas durante la gestación:** El tabaco multiplica por 2 el riesgo relativo de partos prematuros. La frecuencia de APP y PP está aumentada en las pacientes que consumen cocaína,

opiáceos, y tabaco. Las consumidoras de marihuana grandes dosis también presentan un incremento de la tasa de prematuridad. **El sangrado vaginal durante el embarazo** es un factor de riesgo para parto pretérmino cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. El sangrado vaginal causado por placenta previa o por separación de la placenta marginal es asociado con el riesgo parto pre término casi como la gestación múltiple.

- ✓ **Complicaciones gestacionales:** Placenta previa, Desprendimiento prematuro de placenta, enfermedad hipertensiva aguda, Ruptura prematura de membranas, Polihidramnios, Incontinencia istmito cervical, miomatosis uterina, isoinmunización, Gemelaridad, Infecciones. Neumonía, Pielonefritis, fiebre tifoidea, bacteriuria asintomática, uretricitis, Pielonefritis y vaginosis bacteriana, infección de las vías urinarias.
- ✓ **Anomalías uterinas del útero y del cuello:** Las malformaciones congénitas del útero y del cuello suponen en 1 al 3 % de todos los casos de trabajo de parto pre término. La situación más importante es el útero tabicado y el útero bicorne. Sobredistención uterina. Debida a gestación múltiple o a una cantidad excesiva de líquido amniótico es otra de las causas relativamente frecuentes de trabajo de parto pre término. Extremos en el volumen del líquido amniótico tales como Polihidramnios u oligohidramnios.
- ✓ **Antecedentes obstétricos:**
 - **Parto pre término anterior:** Estudios norteamericanos han demostrado que ante un parto prematuro anterior se aumenta el riesgo en el actual, incluso si el primer parto prematuro fue indicado (ósea no espontáneo) y tiende a ocurrir en la misma edad gestacional que el anterior.
 - **El intervalo entre embarazos parece contribuir:** En embarazos de -/12 meses que tuvieron mayor riesgo de parto prematuro y el riesgo disminuyó Aborto con un intervalo entre embarazos de 18-48 meses.

- **Aborto:** El aborto inducido anterior se relaciona con parto muy prematuro (<33 sem), y abortos involuntarios espontáneos anteriores se relacionan con mayor riesgo de ruptura prematura de membranas y parto prematuro.

INFECCIÓN VAGINAL EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRE-TÉRMINO

Hay evidencia de que la infección es una causa importante. Y que puede ser el motivo de 40 % de todos los casos de parto pre término espontáneo por todas las mujeres que son admitidas con amenaza de parto pre término que puede tener cambios cervicales irreversibles y que se puede intentar inhibir sin tener éxito. Se ha mostrado que la flora del tracto genital anormal en la forma de la vaginosis bacteriana o en la detección de vaginosis bacteriana relacionada con organismos tales como anaerobios, *Mycoplasma hominis* o *Gardnerella vaginalis*, es asociada con amenaza de parto pre-término.

Con el uso temprano de clindamicina intravaginal, la incidencia de Amenaza de parto pretérmino puede ser reducido hasta 60. Es posible que la BV cause una infección invasiva ascendente hacia las membranas fetales, ya en etapas tempranas del embarazo. Por lo tanto el tratamiento puede únicamente temporalmente suprimir la BV partiendo la infección no tratada hacia el tracto genital superior.

- LA ESCHERICHIA COLI

Se trata de una enterobacteria que se encuentra generalmente en los intestinos animales, y por ende en las aguas negras, pero se lo puede encontrar en todos lados, dado que es un organismo ubicuo. Fue descrita por primera vez en 1885 por Theodore von Escherich, bacteriólogo alemán, quien la denominó *Bacterium coli*. Posteriormente

la taxonomía le adjudicó el nombre de *Escherichia coli*, en honor a su descubridor.

Esta y otras bacterias son necesarias para el funcionamiento correcto del proceso digestivo, además de producir las vitaminas B y K. Es un bacilo que reacciona negativamente a la tinción de Gram (gramnegativo), es anaerobio facultativo, móvil por flagelos peritricos (que rodean su cuerpo), no forma esporas, es capaz de fermentar la glucosa y la lactosa. Son más comunes en mujeres por la corta longitud de la uretra (25 a 50 mm, o bien 1 a 2 pulgadas) en comparación con los hombres (unos 15 cm, o unas 7 pulgadas). Entre los ancianos, las infecciones urinarias tienden a ser de la misma proporción entre hombres y mujeres. Debido a que la bacteria invariablemente entra al tracto urinario por la uretra (una infección ascendente), los malos hábitos sanitarios pueden predisponer a una infección, sin embargo, otros factores cobran importancia, como el embarazo, hipertrofia benigna o maligna de próstata, y en muchos casos el evento iniciante de la infección es desconocido.

TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento en mujeres jóvenes sospechadas o diagnosticadas con cistitis no complicada incluyen una dosis de antibioticoterapia o cursos de tres a siete días con antibióticos. El tratamiento por más de siete días, aunque efectivo, se asocia a mayores efectos secundarios por lo que no suele indicarse más; El tratamiento con una sola dosis ofrece la ventaja de costos reducidos, mejor adherencia al tratamiento y una efectividad comparable a otros regímenes. Se ha estudiado el uso de una sola dosis de 3 g de amoxicilina, 400 mg de trimetoprima, 800 mg de norfloxacin, 125 mg de ciprofloxacina y 200 mg de ofloxacina, los cuales confirmaron que la terapia con una sola dosis es altamente efectiva en el tratamiento de la cistitis no complicada con tasas de curación que van de 80 a 90%. La fosfomicina puede indicarse como dosis única de 3 g para el

tratamiento de Infecciones de tracto urinario no complicada. El medicamento es activo en contra de E. coli, enterococos y Citrobacter, Enterobacter, Klebsiella y Serratia.

- Cefalosporinas (de segunda generación) Cefaclor Ceclor Son más eficaces que la penicilina frente a los bacilos Gram negativos, e igual de eficaces frente a los cocos Gram positivos.3Cocos Gram positivos, Haemophilus influenzae, Enterobacter, Neisseria, Proteus, Escherichia coli y Klebsiella. Malestar estomacal y diarrea Náuseas (con la ingesta de alcohol) Reacciones alérgicas.

Igual que los otros betalactámicos: interrumpen la síntesis de peptidoglicano, una capa de la pared celular.

- Cefamandol Mandol Cefoxitina Mefoxitin Cefprozil Cefzil
- Cefuroxima
- Ceftina,

Zinn

ASOCIACIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON PARTO PRETÉRMINO

Las infecciones del tracto genital superior pueden resultar de una respuesta inflamatoria indolente, sacando la producción de una amplia disposición de mediadores.

2.1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- ✓ **EDAD MATERNA:** Se define como el tiempo de vida en años de la mujer embarazada.
- ✓ **AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO:**
La amenaza de parto pre término se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pre término
- ✓ **ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO:** Se define como la presencia de uno o más partos pre términos previos en la gestante; ocurridos entre las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación 1 vez, con independencia del peso al nacer, calculado a partir del primer día del último periodo menstrual normal (FUR) y/o ultrasonografía transvaginal del primer trimestre.
- ✓ **FACTORES DE DESENCADENANTES:** Son todos aquellos capaces de provocar un hecho o situación, deseada o no deseada.
- ✓ **FACTORES DE RIESGO:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.
- ✓ **EMBARAZO MÚLTIPLE:** es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar en este caso a

gemelos, genéticamente idénticos. Los gemelos pueden ser monocigóticos, en cuyo caso son idénticos, o dicigóticos

- ✓ **POLIHIDRAMNIOS:** es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca.
- ✓ **HEMORRAGIAS DEL 3ER TRIMESTRE:** Se refiere a aquel sangrado proveniente de la vagina, que ocurre después de las semanas 27 de gestación y antes del nacimiento fetal
- ✓ **HIPERTENSIÓN:** se denomina presión arterial sistólica. El número inferior se llama presión arterial diastólica. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mm Hg). ... Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mm Hg o mayor la mayoría de las veces.
- ✓ **INCOMPETENCIA ISTMICOCERVICAL:** puede ocurrir sin dolor o sin contracciones uterinas. ... La incompetencia cervical ocurre debido a debilidad del cuello uterino, el cual se dilatará de manera normal por la presión hacia el final del embarazo.
- ✓ **INFECCIÓN GENITAL BAJA:** Aumento en cantidad de los exudados o trasudados que se originan en las vías genitales, fluyen al exterior y son reconocibles. Puede ser una condición fisiológica o patológica en la mujer de cualquier edad
- ✓ **INFECCIÓN URINARIA:** es la existencia de gérmenes De infecciones patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. Cuando existen síntomas urinarios o piuria se considera ITU con valores mucho menores.
- ✓ **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** Las membranas o capas de tejido contienen este líquido. Esta membrana se llama saco amniótico. Algunas veces, las membranas se rompen antes de que una mujer entre en trabajo de parto. Cuando esto sucede de forma temprana, se denomina ruptura prematura de membranas (RPM).

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

✓ **DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO**

Tabla N° 01

EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON AMENAZA DE PARTOS PRE TÉRMINOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016

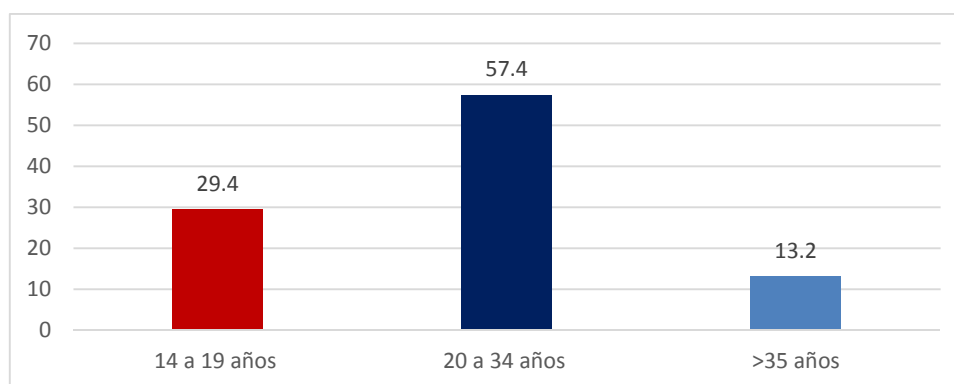
| EDAD | FI | PORCENTAJE (%) |
|-----------------|------------|----------------|
| 14 a 19 años | 40 | 29.4 |
| 20 a 34 años | 78 | 57.4 |
| >35 años | 18 | 13.2 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°1, sobre la edad de las gestantes atendidas con Amenaza de parto pre término, se observa que el 29.4% están entre los 14 a 19 años, el 57.4% está entre los 20 a 34 años, el 13.2. Este trabajo se contrasta con el realizado por **Olga Verónica Estrada Carrillo** (2013), donde menciona el grupo etáreo de mayor frecuencia donde se diagnostican las amenazas de parto pre término es de 18 a 25 años.

Gráfico N° 01

EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON AMENAZA DE PARTOS PRE TÉRMINOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

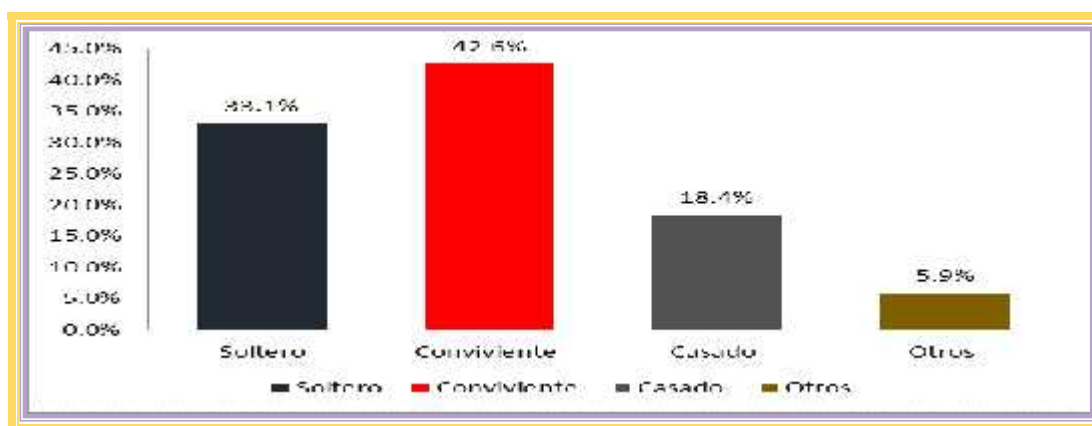
Tabla N° 02
ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016

| ESTADO CIVIL | fi | PORCENTAJE(%) |
|-----------------|------------|---------------|
| Soltero | 45 | 33.1 |
| Conviviente | 58 | 42.6 |
| Casado | 25 | 18.4 |
| Otros | 8 | 5.9 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°2, sobre el estado civil de las gestantes atendidas con amenaza de parto pre termino, se observa que el 33.1% son solteros, el 42.6% son convivientes, el 18.4% son casados y el 5.9% están entre otros (separados). **Rossio Bárbara Gómez Ticona (2013)** Bolivia, menciona que la prevalencia de amenaza de parto pre término son con 67.4% en las mujeres que tienen unión.

Gráfico N° 02
ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

Tabla N°3

PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016

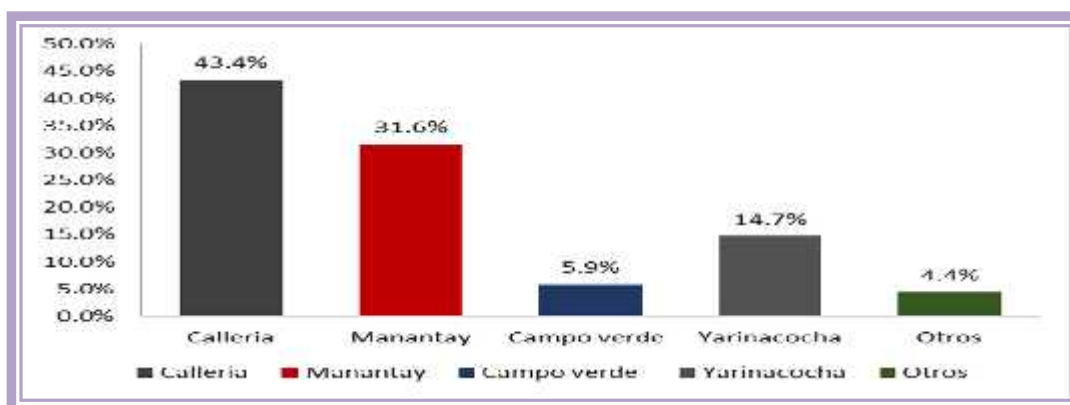
| PROCEDENCIA | FI | PORCENTAJE(%) |
|-----------------|------------|---------------|
| Callería | 59 | 43.4 |
| Manantay | 43 | 31.6 |
| Campo verde | 8 | 5.9 |
| Yarinacocha | 20 | 14.7 |
| Otros | 6 | 4.4 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y grafico N°3, sobre la procedencia de las gestantes atendidas con Amenaza de parto pre término, se observa que el 43.4% son provenientes de Callería, el 31.6% son de Manantay, el 5.9% son de campo verde, el 14.7% son de Yarina Coca y 4.4% son de otros lugares. El Hospital Regional de Pucallpa es un Hospital Referencial, como se observa en el grafico recibe pacientes de diferentes distritos de la región y departamentos vecinos.

Gráfico N° 03

PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON FACTORES DE RIESGOS DE PARTOS PRE TÉRMINOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

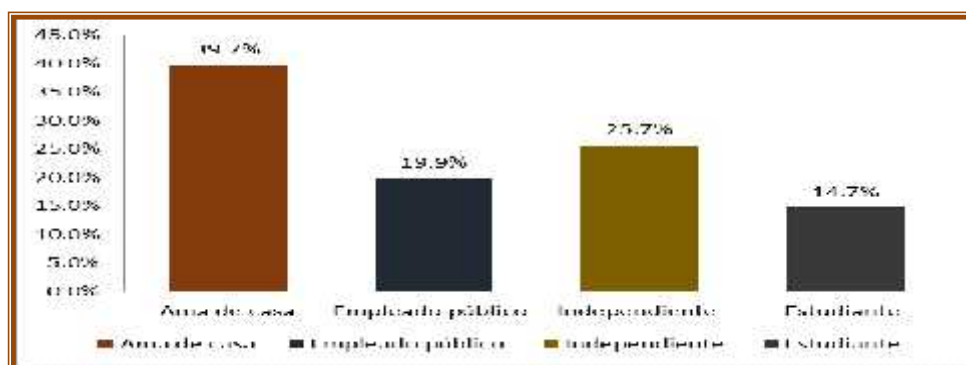
Tabla N° 04
OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON FACTORES DE
RIESGOS DE PARTOS PRE TÉRMINOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA PERIODO 2016

| OCUPACIÓN | FI | PORCENTAJE(%) |
|------------------|------------|---------------|
| Ama de casa | 54 | 39.7 |
| Empleado público | 27 | 19.9 |
| Independiente | 35 | 25.7 |
| Estudiante | 20 | 14.7 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°4, sobre la ocupación de las gestantes atendidas con amenaza de parto pre término, se observa que el 39.7% son ama de casa, el 19.9% son empleados públicos, el 25.7% son independientes y el 14.7% son estudiantes; se observa que el 45.6% de las mujeres se encuentran trabajando durante la etapa prenatal, siendo este otro factor condicionante para la amenaza de parto prematuro. **Olga Verónica Estrada Carrillo** (2013). En su estudio de factores que desencadenan la amenaza de parto pre término menciona que el 61% de las mujeres son ama de casa.

Gráfico N° 04
OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON FACTORES DE
RIESGOS DE PARTOS PRE TÉRMINOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

FACTORES DE RIESGO PRE EXISTENTES DE LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

Tabla N° 05

ANTECEDENTES DE ALGUN PARTO PRE TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016

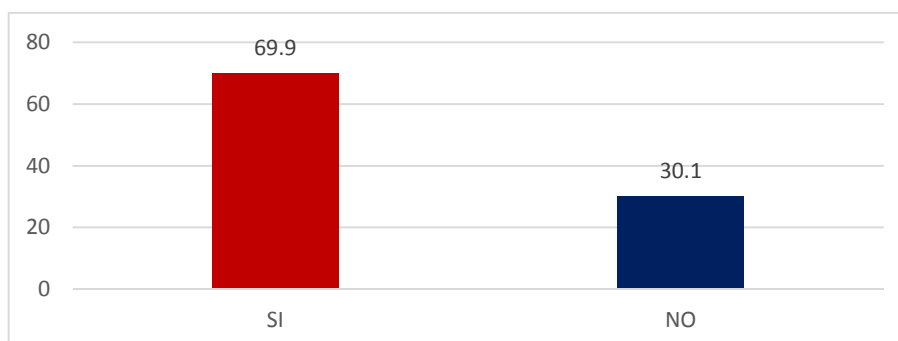
| ANTECEDENTE DE UN PARTO PRE TERMINO | FI | PORCENTAJE(%) |
|-------------------------------------|-----|---------------|
| SI | 95 | 69.9 |
| NO | 41 | 30.1 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°5, sobre los antecedentes de algún parto pre termino en resultado es el siguiente: El 69.9% si tuvo como antecedentes un parto pre termino y el 30.1% no tuvo como antecedente algún parto pre termino. Este grafico menciona que no necesariamente debemos tener haber tenido un embarazo previo para tener una amenaza de parto pre término. **Margarita E. Ahumada-Barrios2 German F. Alvarado.** Lima (2016), mencionó que es un factor predisponente el tener un antecedente de amenaza de parto pre término en algún embarazo.

Gráfico N° 05

ANTECEDENTES DE ALGUN PARTO PRE TÉRMINO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

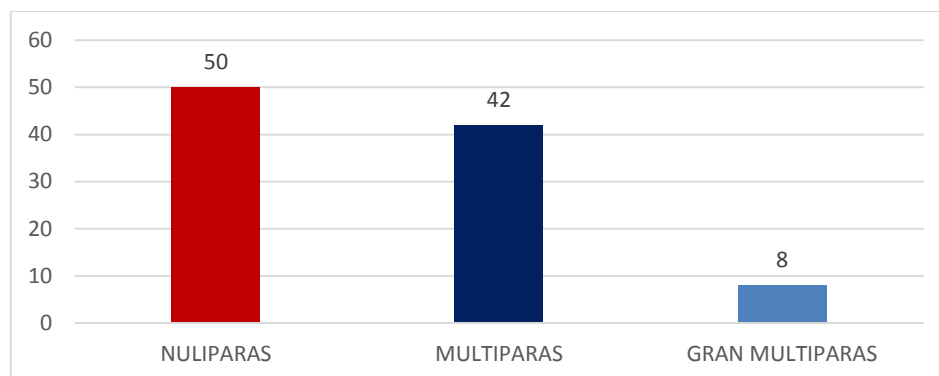
Tabla N° 06
FACTORES DE RIESGO PRE EXISTENTE SEGÚN PARIDAD DE LAS
GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRE
TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO 2016

| PARIDAD | FI | PORCENTAJE(%) |
|-----------------|------------|---------------|
| NULIPARAS | 68 | 50.0 |
| MULTIPARAS | 57 | 42.0 |
| GRAN MULTIPARAS | 11 | 8.0 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°6, quienes realizan más la amenaza las nulíparas o las múltiparas, en el presente estudio se encontró que el 50% todas las gestantes pueden hacer amenaza de parto pre término, no necesariamente deben ser las nulíparas o las múltiparas. **Zamira Nazaret Orbegoso Portocarrero** (2015), menciona que la amenaza de parto pre término es más frecuente en la primigestas; mientras que **Nidia Ivette Córdoba Báez Helia**, menciona en su estudio que el 66.6% quienes presentaron amenaza de parto pre término son las multigestas.

Gráfico N° 06
FACTORES DE RIESGO PRE EXISTENTE SEGÚN PARIDAD DE LAS
GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRE
TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

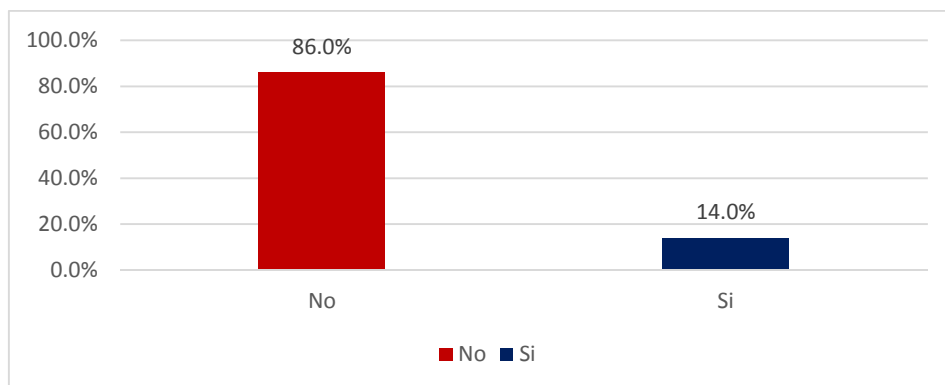
Tabla N° 07
FACTORES DE RIESGO PRE EXISTENTES SEGÚN ANOMALÍAS
UTERINAS DE LAS GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRE
TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO DE 2016

| ANOMALÍAS UTERINAS | FI | PORCENTAJE(%) |
|--------------------|-----|---------------|
| No | 117 | 86.0 |
| Si | 19 | 14.0 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°7 muestra si las gestantes presentaron algunas anomalías uterinas en el embarazo actual se observa que el 86.0% no presentó este factor y el 14.0% si presentó anomalías uterinas; aparentemente no es un factor predisponente para la amenaza de parto pre término. **Kelly Giovanni Perez Sifuentes (2015)**, menciona que el 25% de las causas maternas para presentar Amenaza de Parto Pre término, son las causas uterinas.

Gráfico N° 07
FACTORES DE RIESGO PRE EXISTENTES SEGÚN ANOMALÍAS
UTERINAS DE LAS GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRE
TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO DE 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

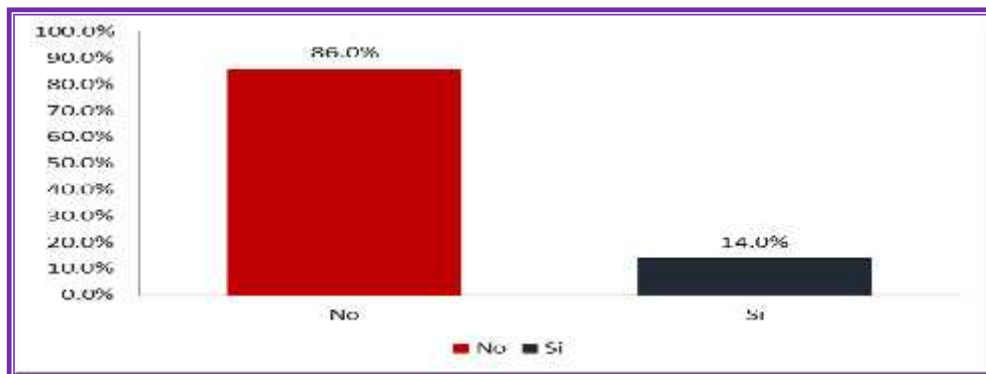
Tabla N°8
FACTORES DE RIESGO PRE EXISTENTES DE INCOMPATIBILIDAD
ÍSTMICO - CERVICAL DE LAS GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO
PRE TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO 2016

| INCOMPATIBILIDAD ISTMICO - | | |
|----------------------------|-----|---------------|
| CERVICAL | FI | PORCENTAJE(%) |
| No | 117 | 86.0 |
| Si | 19 | 14.0 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°8 muestra si las gestantes presentaron alguna incompatibilidad cervicouterino en el embarazo actual se observa que el 86.0% no presento este factor y el 14.0% si presento incompatibilidad cervicouterino; aparentemente no es un factor predisponente para la amenaza de parto pre término.

Gráfico N° 08
FACTORES DE RIESGO ORE EXISTENTES DE INCOMPATIBILIDAD
ÍSTMICO - CERVICAL DE LAS GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO
PRE TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

**FACTORES EXISTENTES EN EL EMBARAZO ACTUAL DE LAS
GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO**

Tabla N° 9

**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC DE LAS GESTANTES CON AMENAZA
DE PARTO PRE TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA PERIODO 2016**

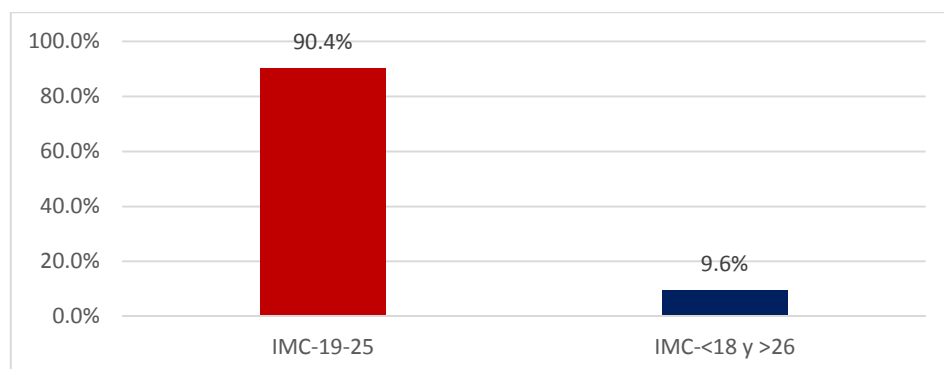
| ESTADO NUTRICIONAL | FI | PORCENTAJE(%) |
|--------------------|-----|---------------|
| Adecuado | 123 | 90.4 |
| No adecuado | 13 | 9.6 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°9 el estado nutricional de las gestantes según su IMC, el resultado es el siguiente, se observa que el 90.4% no presento alguna alteración en el IMC y el 9.6% si presento alguna alteración en el IMC; quiere decir que el 90.4% quienes presentaron amenaza de parto pre término tuvieron aparentemente una buena alimentación. **Rossio Bárbara Gómez (2013)**, menciona que el estado nutricional más influyente en la Amenaza de Parto Prematuro es El Sobrepeso (37%) seguido de la desnutrición y La Obesidad.

Gráfico N° 9

**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC DE LAS GESTANTES CON AMENAZA
DE PARTO PRE TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA PERIODO 2016**



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

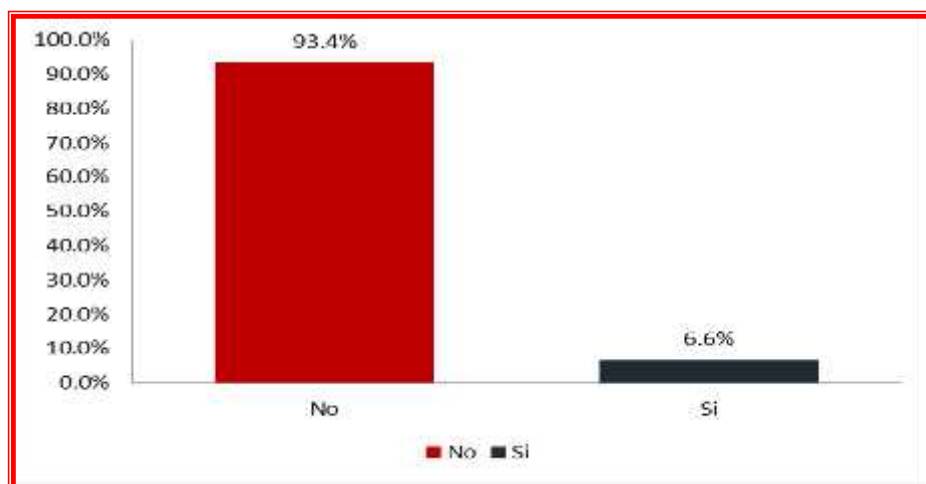
Tabla N° 10
FACTORES DE RIESGO EXISTENTE SEGÚN GEMELARIDAD DE LAS
GESTANTES ATENDIDAS CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016

| GEMELARIDAD | FI | PORCENTAJE(%) |
|-------------|-----|---------------|
| No | 127 | 93.4 |
| Si | 9 | 6.6 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°10 muestra si las gestantes presentaron un embarazo doble en el embarazo actual el resultado es el siguiente el 93.4% no presento un embarazo gemelar actual y el 6.6% si estaba cursando un embarazo doble. **Schwartz-Salas-Duverges (2009)**, menciona que es un factor predisponentes los embarazos gemelares para las amenazas de parto pre término y partos prematuros. ¹⁶

Gráfico N° 10
FACTORES DE RIESGO EXISTENTES SEGÚN GEMELARIDAD DE LAS
GESTANTES ATENDIDAS CON AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

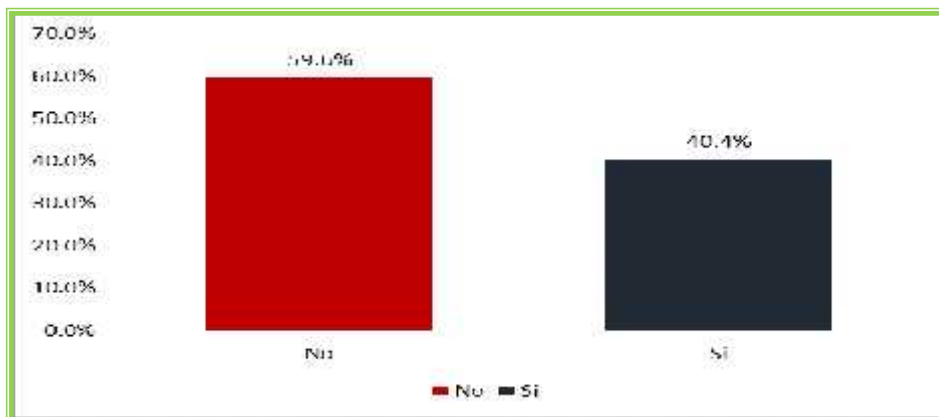
Tabla N° 11
FACTORES DE RIESGO EXISTENTES DE PREECLAMPSIA GRAVE DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO DE 2016

| PREECLAMPSIA GRAVE | FI | PORCENTAJE (%) |
|--------------------|-----|----------------|
| No | 81 | 59.6 |
| Si | 55 | 40.4 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°11 muestra si las gestantes presentaron como antecedente la pre eclampsia el resultado es el siguiente el 59.6% no presento ningún tipo de pre eclampsia durante el embarazo actual y el 40.4% si presento; este resultado se asemeja a la literatura de Willams, donde menciona que es un factor determinante la pre eclampsia para hacer amenaza de parto prematuro. **Kelly Giovanni Perez Sifuentes (2015)**, menciona también que es un factor predisponente muy importante para desencadenar la Amenaza de Parto Pre término.

Gráfico N° 11
FACTORES DE RIESGOS EXISTENTE DE PREECLAMPSIA GRAVE DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO DE 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

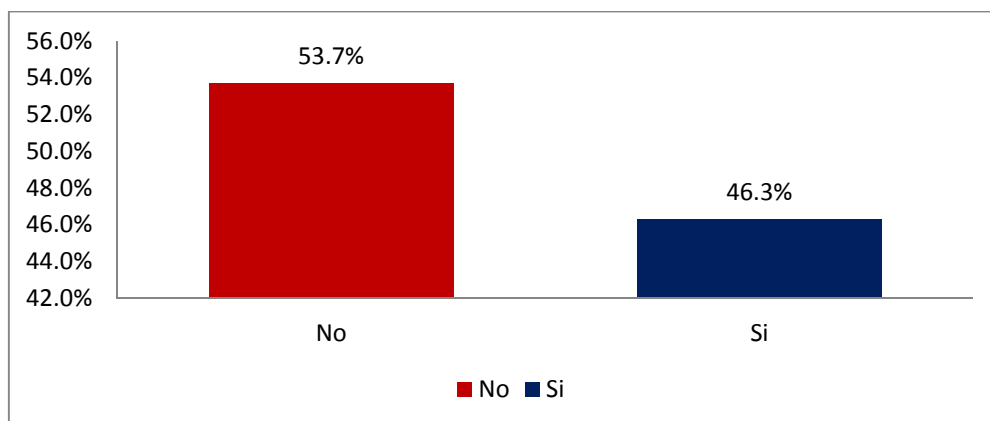
Tabla N° 12
FACTORES DE RIESGO EXISTENTES SEGÚN INFECCIONES
(ESPECÍFICAS E INESPECÍFICAS) DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016

| INFECCIONES (ESPECIFICAS E INESPECÍFICAS) | FI | PORCENTAJE(%) |
|---|-----|---------------|
| No | 73 | 53.7 |
| Si | 63 | 46.3 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°12 muestra si las gestantes presentaron algún tipo de infecciones durante el embarazo actual, el resultado es el siguiente el 53.7% no presento ningún tipo de infección durante el embarazo actual y el 46.3% si presento alguna infección. **Cristobal Sebastian (2014)**. Menciona que esta patología duplica su intensidad en gravedad cuando es repetitivo el germen que más afecta es la E. coli. Encontrado por urocultivo.

Gráfico N° 12
FACTORES DE RIESGO EXISTENTE SEGÚN INFECCIONES (ESPECIFICAS
E INESPECÍFICAS) DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

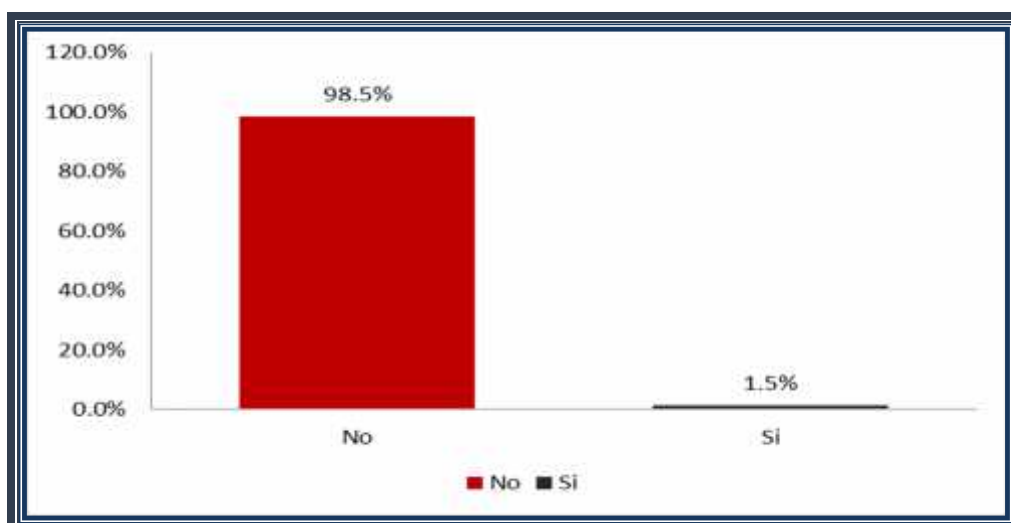
Tabla N° 13
FACTORES DE RIESGO EXISTENTES DE POLIHIDRAMNIOS DE LAS
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO DE 2016

| POLIHIDRAMNIOS | FI | PORCENTAJE (%) |
|----------------|-----|----------------|
| No | 134 | 98.5 |
| Si | 2 | 1.5 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°13 muestra si las gestantes presentaron algún tipo polihidramnios durante el embarazo actual, el resultado es el siguiente el 98.5% no presento la patología y el 1.5% presento el Polihidramnios. **José Pacheco (2014)**, menciona que es un factor predisponente cuando en el embarazo actual se encuentra la patología de Polihidramnios debido a los anexos fetales.

Gráfico N° 13
FACTORES DE RIESGO EXISTENTES DE POLIHIDRAMNIOS DE LAS
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO DE 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

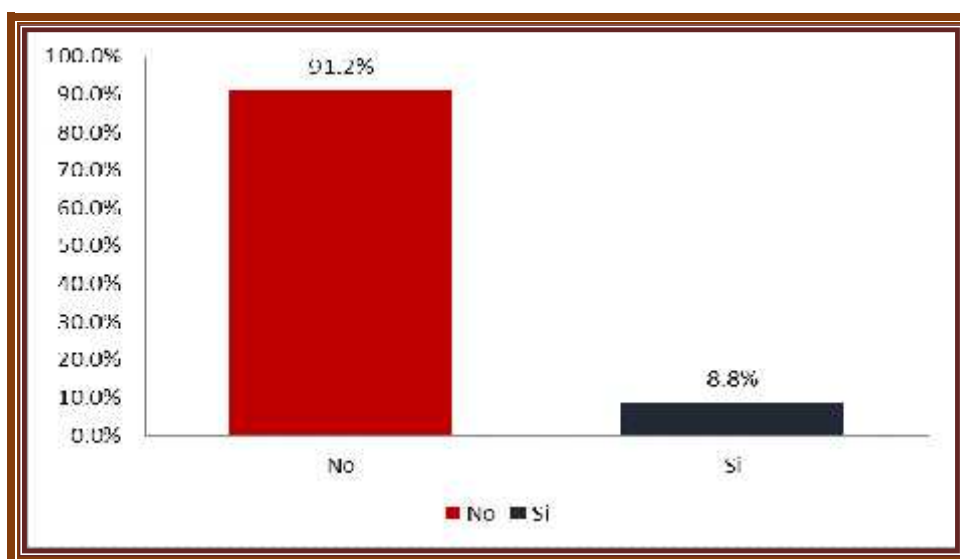
Tabla N° 14
FACTORES DE RIESGO EXISTENTES DE PLACENTA PREVIA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO 2016

| PLACENTA PREVIA | FI | PORCENTAJE (%) |
|-----------------|-----|----------------|
| No | 124 | 91.2 |
| Si | 12 | 8.8 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°14 muestra si las gestantes presentaron placenta previa durante el embarazo actual, el resultado es el siguiente el 91.2% no presento ningún tipo de placenta previa y el 8.8% si presento algún tipo de placenta previa. **Kelly Giovanni Perez Sifuentes.** Apoya en la investigación, que el 55% de los casos de la Amenaza de Parto Pre término es la Placenta Previa.

Gráfico N° 14
FACTORES DE RIESGO EXISTENTES DE PLACENTA PREVIA EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

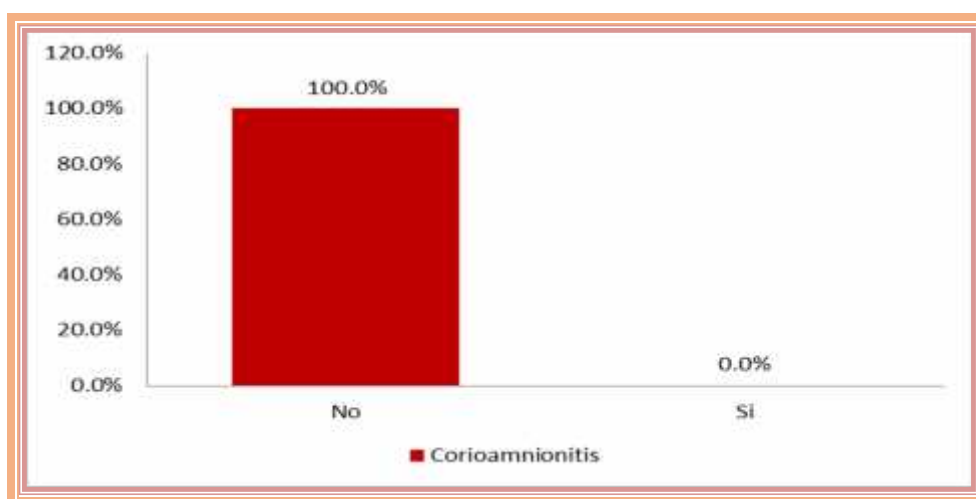
Tabla N° 15
FACTORES DE RIESGO DE CORIOAMNIONITIS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016

| CORIOAMNIONITIS | FI | PORCENTAJE (%) |
|-----------------|-----|----------------|
| No | 136 | 100.0 |
| Si | 0 | 0.0 |
| PROMEDIO | 136 | 100.0 |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y gráfico N°15 muestra si las gestantes presentaron corioamnionitis durante el embarazo actual, el resultado es el siguiente del total de gestantes del 100% no presento ningún caso relacionado con corioamnionitis. **Kelly Giovanni Perez Sifuentes**, menciona que es doble riesgo para el feto y para la Amenaza de Parto Pre término.

Gráfico N° 15
FACTORES DE RIESGO EXISTENTES DE CORIOAMNIONITIS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
PERIODO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2016

CONCLUSIONES

Realizado el estudio de investigación se concluye lo siguiente:

1. Sobre los datos sociodemográficos de las gestantes que fueron hospitalizadas con el diagnóstico de Amenaza de Parto pre Terminado fueron: el 57.4% estuvieron entre la edad de 20 a 34 años, el 42.6% fueron pacientes en condición conyugal de convivencia, el 43.4% de ellos fueron procedentes de Callería, el 39.7% fueron ama de casa.
2. En relación a los factores de riesgo pre existentes el 69.9% tuvieron antecedente de algún parto pre termino, el 50% fueron nulíparas y 42% multíparas y el 8% fueron gran multíparas; el 14.0% tuvieron anomalías uterinas, el 14.0% tuvieron incompatibilidad ístmico-cervical.
3. En relación a los factores de riesgo existentes, el 90.4% tuvieron un estado nutricional adecuado, el 6.6% presentaron embarazos gemelares, el 40.4% presentaron pre eclampsia grave, el 46.3% tuvieron infecciones, el 1.5% tuvieron Polihidramnios, el 8.8% tuvo placenta previa, no se encontró gestantes con corioamnionitis.
4. Habiendo realizado la investigación encontramos que en el año 2016, de los 3,821 pacientes que se hospitalizaron por diversos casos; solo 210 casos corresponde a Amenaza de Parto Pre Terminado, lo que representa el 5.49% de los casos.

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados del estudio de investigación se propone las siguientes recomendaciones:

1.- A los profesionales de salud de los diferentes establecimientos del primer nivel de atención, en coordinación con la DIRECCION REGIONAL DE SALUD (DIRESA- UCAYALI) realicen campañas de difusión, sobre la importancia de la Atención Prenatal desde el primer trimestre de gestación con la finalidad de disminuir el riesgo de diferentes patologías que en consecuencia nos pueda resultar a futuro una Amenaza de Parto Pre Término.

2.- Que los profesionales que laboran en los establecimientos de salud deben estar en constante capacitación para el manejo adecuado según normas vigentes de las patologías más frecuentes de las gestantes.

3.- A todas las gestantes que pasen por el establecimiento de salud que mediante charlas educativas identifiquen los signos de alarma tempranamente; y acudir al establecimiento de salud para su atención oportuna.

FUENTES DE INFORMACION

1.- Luis Ruiz Martínez (2011) Factores de riesgo maternos para amenaza de parto prematuro en pacientes adolescentes que ingresan al hospital Mauricio Abdalah del departamento de Chinandega.

2.- INMP [Internet]. Estadística del Instituto Nacional, materno Perinatal. 2013. [Actualizado el 27 noviembre 2013; citado el 27 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/detalle.php?idPagina=1>

3.- Stacy Beck, Daniel Wojdyla, Lale Say, Ana Pilar Betran, Mario Meriardi, Jennifer Harris Requejo, Craig Rubens, Ramkumar Menon & Paul FA Van Loo Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Boletín3 epidemiológico

4.- Anales Sis San Navarra vol.32 supl.1 Pamplona 2009 Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis
5Preterm labour. Premature rupture of membranes. Chorioamnioni.

5.- William.

6.- Olga verónica estrada carrillo “factores que desencadenan la amenaza de parto pre término estudio realizado en el hospital materno infantil dra. Matilde hidalgo de procel desde noviembre del 2012 a abril del 2013”.

7.- Rossio Bárbara Gómez Ticona “Prevalencia de Amenaza de Parto Pretermino y su Asociación con la Infección del Tracto Urinario en el Centro de Salud Rosas Pampa, enero – marzo La paz – Bolivia 2013.

8.- **Cristobal Sebastian Tol Macario** trabajo de tesis “Infección tracto urinario en la amenaza del parto prematuro” Guatemala, 23 de enero de 2014.

9.- **Daniel Abehsera Davó.** Tesis Doctoral: Amenaza de Parto Pre término y Rotura Prematura de Membranas Pre término. Impacto de la amniocentesis diagnóstica en la conducta obstétrica F.E.A. Hospital Universitario La Paz – 2011.

10.- **Astrid Keller Zuñiga del Águila, Jorge Raúl Paredes Briceño** “Estresores Psicosociales Relacionados a la Amenaza de Parto y Parto pre-término en Gestantes Atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, Agosto – Diciembre 2016”.

11.- **Nidia Ivette Córdoba Báez Helia Margarita Chávez Medina,** Manejo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes ingresadas en la sala de gineco-obstetricia del Hospital Victoria Motta, del 1 de enero al 31 diciembre del 2012.

12.- **Zamira Nazaret Orbegoso Portocarrero** “Infección del tracto Urinario como Factor de Riesgo Asociado al Desarrollo de Amenaza de Parto Pretermino en Gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unánue, entre julio y setiembre del 2015”

13.- **Margarita E. Ahumada-Barrios2 German F. Alvarado,** “factores de riesgo de parto pre término en un hospital de lima norte” presentada a la facultad de ciencias de la salud, universidad católica sedes sapientiae. Lima, Perú.

14.-Obstetricia de Williams Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ (Pregnancy outcomes by week of gestation, Obster Ginecol 96:291, año 2000).

15.- Schwarcz R, <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>

16.- Pacheco, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción; 2º edición, Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC), Lima Perú 2007. (Pags. 1244 – 1267).

17.-Riva N. (Pucallpa, Perú - 2004),
<http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/128766/1/TESIS%20-%20OLAYA%20Y%20PARDO.pdf>

18.-Juan Jose Guillen Guevara, “Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014(<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1291>)

19.- **Jorge Luis Chira Sosa y Sosa Flores Jorge Luis** “ factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del hospital provincial docente belen de lambayeque ”
(<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201>)

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPOTESIS | OPERACIONALIZACION | | METODO |
|---|--|--|---|--|---|
| | | | VARIABLE DEL ESTUDIO | INDICADORES | |
| ¿Cuáles son los factores de riesgo frecuentes de la amenaza de parto pre termino, en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2016? | <p>OE (1) Identificar los factores de riesgo pre existentes frecuentes de la amenaza de parto pre termino en pacientes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2016</p> <p>OE (2): Identificar los factores de riesgo existentes frecuentes de la amenaza de parto pre termino en pacientes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 2016</p> <p>OE (3): establecer la frecuencia de las amenaza de parto pre término en pacientes atendidas del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016</p> | El presente estudio no presenta hipótesis por ser un estudio netamente descriptivo | <p align="center">VARIABLE</p> <p align="center">1. FACTORES DE RIESGO DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Antec de 1 o más partos prematuros -Edad <18 o >35 años -Nuliparidad o gran multiparidad -Anomalías uterinas -Incompatibilidad istmico-cervical -Malnutrición | <p>Tipo de investigación: CUALITATIVO</p> <p>Nivel de investigación: DESCRITIVO</p> <p>Método: OBSERVACIONAL</p> <p>Población: 143</p> <p>Muestra: 136</p> <p>GESTANTES CON APP.</p> |
| | | | <p align="center">2. DE PARTO PRE TERMINO</p> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Numero de gestantes con amenaza de Partos Pre Términos . | |

I. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016

- N° Ha CL: - Fecha de hospitalización: ... - N° de ficha:

I.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

1.- Edad:

- a) <19
- b) 20 –34
- c) >35

2.- estado civil:

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Otros

3.- procedencia:

- a) Callería
- b) Manantay
- c) Campo verde
- d) Yarina cocha
- e) Otros

4.- ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Empleado público
- c) Independiente

II. VARIABLES EN ESTUDIO:

- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PREEXISTENTES:

1. Antec de 1 o más partos prematuros: a) Si () b) No ()
2. Edad <18 o >35 años: a) Si () b) No ()
3. Paridad
 - Nuliparidad: a) Si () b) No ()
 - Multípara: a) Si () b) No ()
 - Gran multiparidad: a) Si () b) No ()
- 4.- Anomalías uterinas: a) Si () b) No ()
- 5.- Incompatibilidad ístmico-cervical: a) () b) No ()
- 6.- Malnutrición: Si () b) No ()

- **FACTORES DE RIESGO EXISTENTES EN EL EMBARAZO ACTUAL**

1. Gemelaridad: a) Si () b) No ()
2. Preeclamsia grave: a) Si () b) No ()
3. Infecciones (específicas e inespecíficas): a) Si () b) No ()
4. Polihidramnios: a) Si () b) No ()
5. Placenta previa: a) Si () b) No ()
6. Corioamnionitis: a) Si () b) No ()