

“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N°. 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL HUGO PESCE
PESCETTO – ANDAHUAYLAS 2016

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

PRESENTADO POR:

Obsta. LIMA OROSCO NILDA

HUANCAMELICA – PERÚ

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 30 días del mes de MAYO a las 12:00 PM horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis

del (la) Bachiller:

LIMA OROSCO NILDA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA

Secretario : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO

Vocal : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

FACTORES DE RIESGO DESENCABENANTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL HUGO PESCE PESCIOTTO - ANDAHUAYLAS 2016

Presentado por el (la) Bachiller:

LIMA OROSCO NILDA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, concluyendo a las 12:56 PM horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELCA

Mg. Lina Y. Cardenas Pineda

PRESIDENTE

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 30 de MAYO 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman

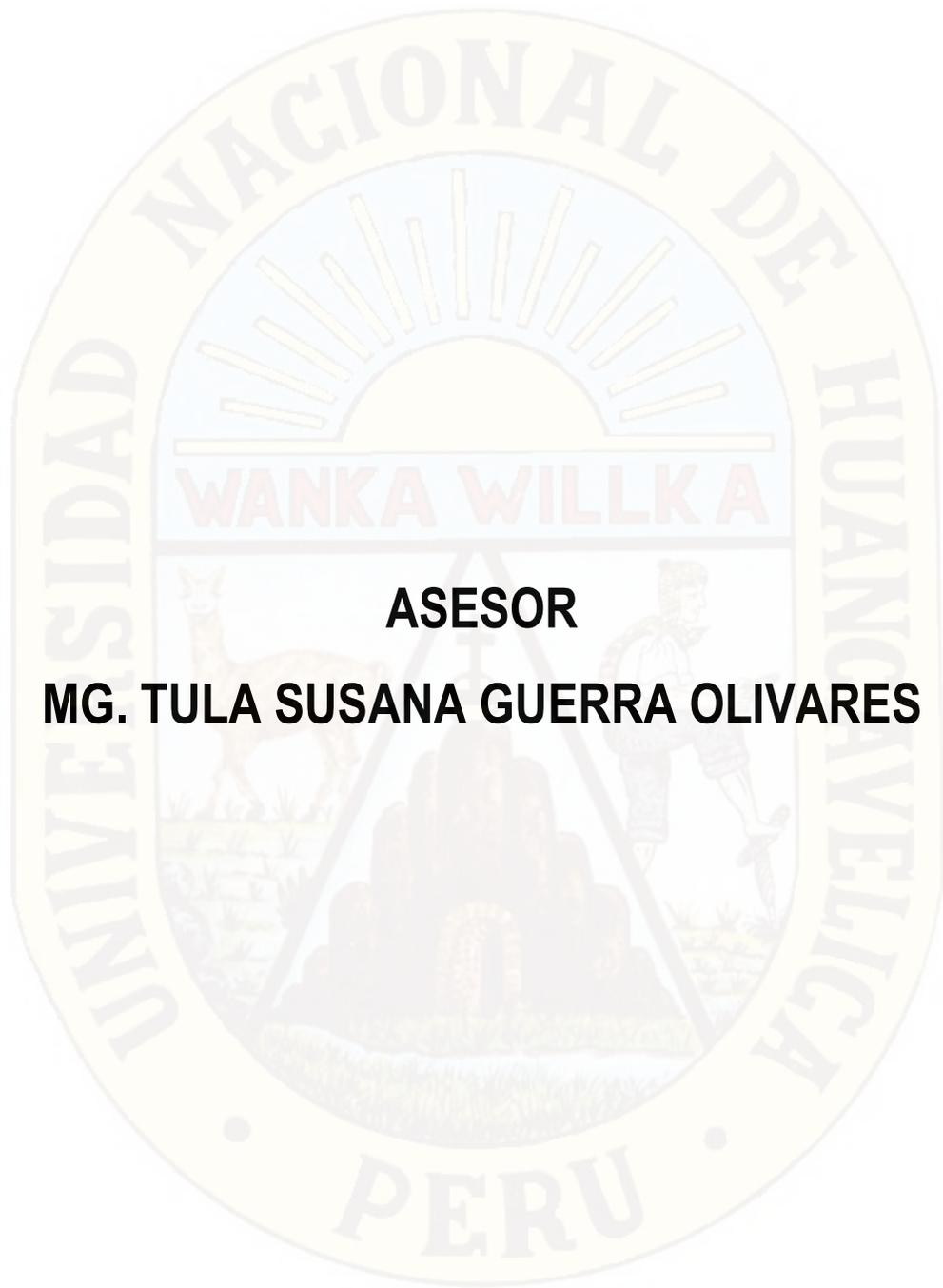
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELCA

Lima Orosco Nilda

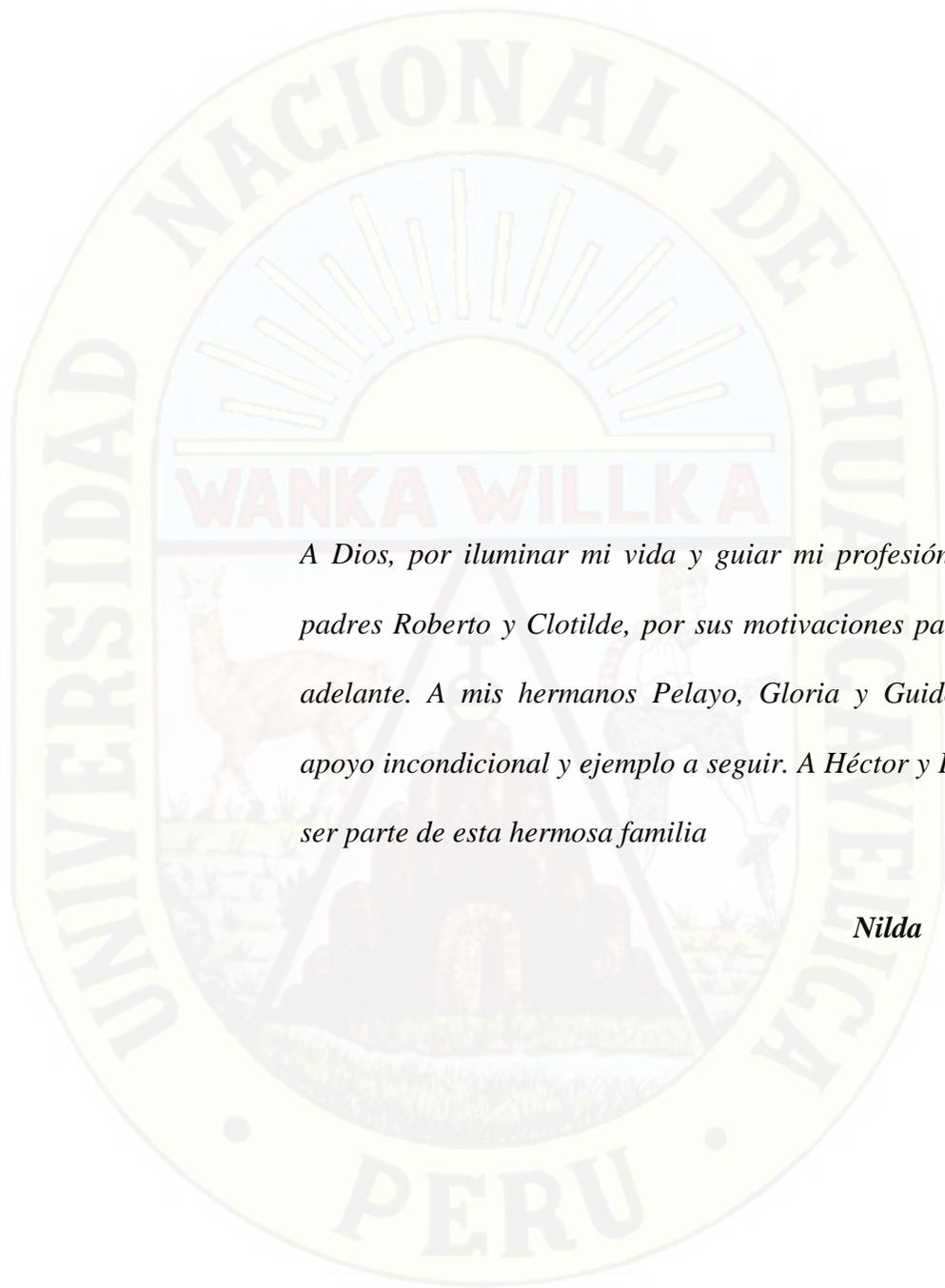
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELCA
S.A. PROFESORÍA

L. Leyva Yataco
VºBº SECRETARÍA DOC.



ASESOR

MG. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES



A Dios, por iluminar mi vida y guiar mi profesión. A mis padres Roberto y Clotilde, por sus motivaciones para seguir adelante. A mis hermanos Pelayo, Gloria y Guido por su apoyo incondicional y ejemplo a seguir. A Héctor y Frida por ser parte de esta hermosa familia

Nilda

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Huancavelica y a la Facultad de Ciencias de la Salud, por su apoyo en bien de la Educación Peruana.

A la Mg. Guerra Olivares, Tula Susana, por su apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

Al Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas por brindarme facilidades para el recojo de información.

A las Obstetras del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas, por darnos la facilidad y brindarnos información necesaria para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

La Autora

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas durante el año 2016. **Objetivo:** “Determinar los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término en Gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016”. **Metodología.** El estudio fue descriptivo, Observacional y transversal. La población y muestra estuvo constituido por todas las 50 Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto pre término. Procesamiento y análisis de datos se realizó en el programa Excel-2013 y en el programa SPSS, Versión 21,0. **Resultados.** 56% de gestantes presentaron más de una complicación obstétrica tales como anemias, infecciones del tracto urinario, antecedentes de partos pre términos, pree eclampsia severa, etc. ; el 12% de gestantes cursaron con infección del tracto urinario durante el embarazo; el 10% de gestantes presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas y anemias respectivamente. El 54% de gestantes provienen de la zona rural mientras que el 46% de gestantes provienen de la zona urbana; el 13.1% son casadas y un 4% de las gestantes no tienen una relación estable con sus parejas. Del 100% de partos pre términos el 92% de recién nacidos tuvieron un Apgar al minuto normal y el 8% tuvo un Apgar al minuto con depresión moderada y a los cinco minutos todos los recién nacidos tuvieron un Apgar normal. **Conclusión:** Las infecciones del tracto urinario fueron los factores desencadenantes para el parto pre término.

Palabras claves: Parto Pre término, Factores de Riesgo, APGAR

ABSTRACT

This research was developed at Hugo Pesce Pescetto Hospital, in Andahuaylas, during 2016.

Objective: "To determine the risk factor that could produce the preterm birth labor in pregnant women from the Hugo Pesce Pescetto Hospital, in Andahuaylas, during 2016". Methodology: A descriptive, observational and transversal research. The population and sample were 50 clinical histories of pregnant with preterm birth diagnose. Processing and data analysis, both developed through Excel 2013 and the SPSS Software, version 21.0. Results: 56% of the pregnant women presented more than one obstetric complication of anemia, urinary conduct infection, preterm labor birth antecedents, severe pre-eclampsia, etc. The 12% of the pregnant suffered from urinary tract infection during pregnancy; the 10% of the pregnant women presented antecedents of premature membrane rupture and anemia; meanwhile, the 54% of the pregnant came from rural area and the 46 of the pregnant from the urban area; the 13.1% are married and a 4% do not have a regular relationship with their emotional partners. From the very 100% of preterm births, the 92% of newborn babies had an Apgar to the normal minute, and the 8% had an Apgar to the moderate depression minute and after five minutes all the newborn babies had a normal Apgar. Conclusions: The urinary conduct infections could trigger the preterm birth labor.

Keywords: Preterm birth, Risk factor, APGAR.

ÍNDICE

Portada.....	i
Asesor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Índice.....	vii
Índice de tablas.....	ix
Introducción.....	x

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema.....	11
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	13
1.4. Justificación e importancia.....	13

CAPITULÓ II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	15
2.2. Bases teóricas.....	18
2.3. Formulación de hipótesis.....	37
2.4. Definición de términos.....	37
2.5. Identificación de variables.....	38
2.6. Operacionalización de variables.....	38

CAPITULÓ III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.....	40
3.2. Diseño de investigación.....	40
3.5. Población, muestra y muestreo.....	41

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
---	----

CAPITULÓ IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos.....	43
4.2. Discusión de resultados.....	50

Conclusiones

Recomendaciones

Referencia bibliográfica

CAPITULÓ V

ANEXOS

Anexos A: Instrumento

Anexos B: Matriz de consistencia

Anexo C: Documento de autorización

Anexo D: Registros visuales

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01:	Lugar de procedencia de las gestantes con parto pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	43
Tabla N° 02:	Estado Civil de las gestantes con parto pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	44
Tabla N° 03:	Ocupación de las gestantes con parto pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	44
Tabla N° 04	Atención Prenatal de las gestantes con parto pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	45
Tabla N° 05	Enfermedades Obstétricas de las gestantes con parto pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	46
Tabla N° 06	Nivel de Instrucción de las gestantes con parto pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	47
Tabla N° 07:	Paridad de las gestantes con parto pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	48
Tabla N° 08:	Apgar al minuto de los recién nacido de las gestantes con parto Pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	49
Tabla N° 09	Apgar a los 5 minuto de los recién nacido de las gestantes con parto Pretérmino del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016	49

INTRODUCCIÓN

Se sabe que a nivel mundial, nacional y local los partos pre términos se vienen incrementándose de manera negativa. La Organización Mundial de la Salud define al parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación, independientemente del peso del recién nacido. Aunque todos los partos que se producen antes de las 37 semanas se consideran prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento en los daños y muerte, debido al bajo peso neonatal.

El nacimiento prematuro es responsable del 75 % de la mortalidad neonatal; los que sobreviven, por lo general, presentan múltiples problemas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta, pues a menudo ocurren discapacidades neurológicas como trastornos del lenguaje y del aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral, todo lo cual influye negativamente en su adaptación social. El estudio está constituido de la siguiente manera: Capítulo I.- Problema. Capítulo II.- Marco Teórico. Capítulo III.- metodología de la Investigación. Capítulo IV.- Resultados. Capítulo V.- Anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento Del Problema

En el mundo nacen cada año alrededor de 13 millones de niños prematuros ubicándose la mayoría en países pobres. La amenaza de parto pre término y el parto pre término son una de las complicaciones frecuentes en obstetricia, y afrontan un reto en su manejo y tratamiento. El diagnóstico el tratamiento y cuidados prenatales en pacientes de “embarazo de alto riesgo”, viene disminuyendo la mortalidad materna, sin embargo no se ha disminuido como se quiere la frecuencia de prematurez.¹

La identificación oportuna de factores de riesgo de parto prematuro es importante en el diagnóstico y tratamiento adecuado y así poder entregar a los pediatras recién nacidos de mayor madurez y peso, y a la madre un bebé sano, como es el objetivo final de la obstetricia.² Epidemiológicamente, la prematurez constituye una de las principales causas de morbilidad perinatal. El parto prematuro es responsable del 65% de las muertes perinatales globales y del 75% de las muertes neonatales excluyendo las malformaciones congénitas. Esta mortalidad es 30 veces más importante que la de los niños nacidos de término. El parto prematuro tiene graves consecuencias en la morbilidad perinatal e infantil, y representa un desafío al sistema de salud pública.

Los datos reportan que en países desarrollados la prematuridad abarca entre 6 %-10 % de todos los nacimientos. En general, en América Latina y el Caribe 0,9 millones Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%).³

Más de tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse con una atención sencilla y costo eficaz, consistente, por ejemplo, administrar inyecciones de esteroides prenatales, aplicar la técnica de la “madre canguro” y administrar antibióticos para tratar las infecciones del recién nacido. La prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto prematuro comienza con un embarazo saludable. La atención de calidad antes del embarazo, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres. Las directrices de la OMS sobre la atención prenatal incluyen, el asesoramiento sobre la dieta saludable y la nutrición óptima, o el consumo de tabaco y otras sustancias; las mediciones ecográficas del feto, que ayudan a determinar la edad gestacional y a detectar los embarazos múltiples, y un mínimo de 6 contactos con profesionales sanitarios a lo largo del embarazo, a fin de identificar y tratar otros factores de riesgo, como las infecciones, facilitar el acceso a los anticonceptivos y promover su empoderamiento también puede contribuir a que disminuya el número de nacimientos prematuros.⁴

A nivel nacional la incidencia de parto prematuro es de 5 a 10 %, La tasa de nacimiento prematuro en el País es de 7.3 por 100 nacidos vivos.⁵

En el Hospital PECE PECETTO, no es diferente a la estadística internacional y nacional, se ha encontrado factores de riesgo: Parto Prematuro Previo, la sobre distensión uterina que se ve cuando el feto es muy grande, en embarazos gemelares, la falta de controles prenatales, la desnutrición, y las infecciones vaginales no tratadas, entre otros, que motivan realizar el presente estudio, así tener la información existente en esta jurisdicción.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término en Gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar cuáles son los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término en Gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016?

1.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Determinar los factores demográficos de las gestantes con parto pre termino en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2016.
- ✓ Determinar la Resultante Neonatal de gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2016.

1.4. Justificación e importancia del estudio

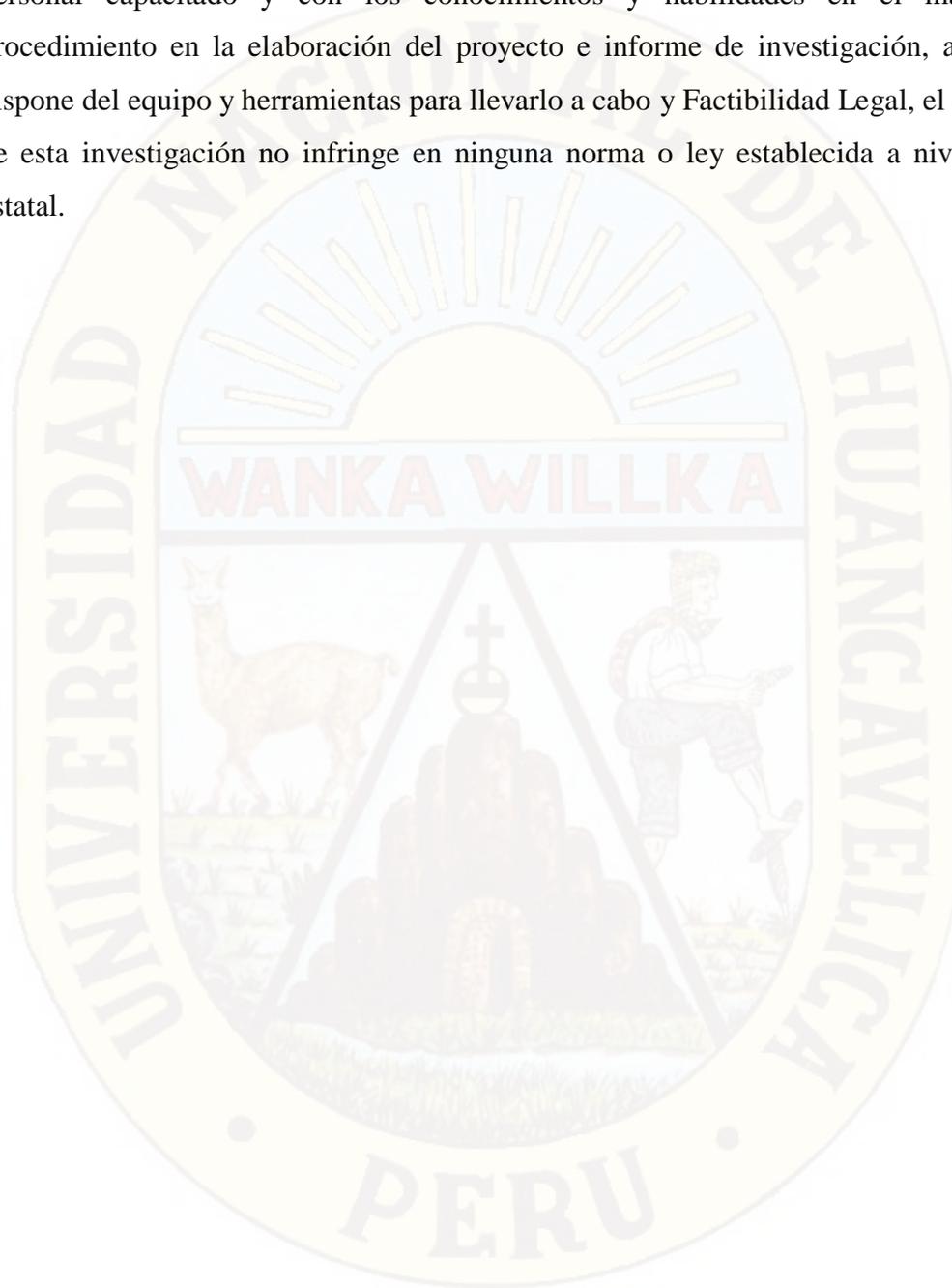
Según datos estadísticos las cifras de parto pre término, van en aumento para ello es necesario determinar los factores directos que desencadenan el trabajo de parto pre término, factores de riesgo social y demográfico, factores asociados a enfermedades Obstétricas e Identificar las complicaciones materno perinatales; por ello con el presente trabajo de investigación los principales beneficiados serán aquellos profesionales quienes laboran en el hospital Hugo Pesce Pescetto de la provincia de Andahuaylas, debido a que se llegará dar conocer los resultados y de tal manera se logre disminuir las altas tasas de parto pre término y la morbimortalidad neonatal. Finalmente ello permitirá también desarrollar e implementar estrategias sanitarias en promoción y prevención de la salud.

Servirá también para aquellos investigadores que deseen continuar con el trabajo de investigación utilizando otras metodologías.

1.5. Factibilidad del estudio

Para el presente trabajo de investigación es factible de realizarlos ya que se cumple con los siguientes factores como es: Factibilidad económica, al realizar el análisis de costo se cuenta con disponibilidad de recurso económico para invertir en el desarrollo del proyecto. Factibilidad humana se cuenta con personal capacitado para la recolección de

datos y asesores competentes. Factibilidad Técnica, se cuenta con la disposición del personal capacitado y con los conocimientos y habilidades en el manejo del procedimiento en la elaboración del proyecto e informe de investigación, además se dispone del equipo y herramientas para llevarlo a cabo y Factibilidad Legal, el desarrollo de esta investigación no infringe en ninguna norma o ley establecida a nivel local o estatal.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de La Investigación

Internacionales.

León¹; en su estudio: “Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila de Cuba - 2014”. Resultados: el parto pre término constituye un problema de salud a nivel mundial, representando así el 75% de la morbilidad y mortalidad infantil neonatal; y en donde además concluyen que la frecuencia del mismo está por encima del 6% para los años de estudio, presentándose principalmente entre los 18 y 34 años; y el 72,1% del total de partos pre término ocurrió con edad de gestación entre 34 y 36 semanas; y las principales causas determinadas fueron: infecciones vaginales y urinarias y antecedentes de partos pre términos.

Cueva⁶; en su estudio titulado: “factores de riesgo desencadenantes del parto pre término y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del hospital Román Egoavil - 2014”; Objetivo: Conocer los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando. Metodología: Estudio retrospectivo de corte transversal con diseño correlacional transeccional. Muestra: constituido por 42 gestantes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando. Resultados: de 42 gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando, se encontró que 35,7 % eran adolescentes medianas o intermedias y 64,3 % eran adolescentes tardías, la edad promedio de gestantes adolescentes fue 17 años. El

81,0 % fueron gestantes con prematuridad leve, 14,3 % con prematuridad moderada y 4,8% con prematuridad extrema; su edad gestacional promedio fue 34 semanas. El 47,6 % tuvieron secundaria incompleta y el 78,6 % procedían de zonas urbanas, un 69,0% son convivientes, el 81,0% son amas de casa y el 45,2 % tuvieron 2 parejas sexuales. El 59,5 % fueron Primigestas, 64,3 % presentaron menos de 6 controles prenatales, 7,1 % tuvieron pre eclampsia severa, 35,7% presentaron infección urinaria, 16,7% tuvieron vaginosis bacteriana y el 69,0 % tuvieron ruptura prematura de membranas. El 4,8 % tuvo muerte fetal in útero, 19,0 % presentó oligohidramnios, 69,0 % su terminación de parto fue vaginal y el 31,0 % fue por cesárea, el 47,6 % tuvo anemia moderada, 28,6 % presentó retención de restos placentarios; el 64,3 % de los prematuros tuvieron adecuada edad gestacional al nacer, el 64,3 % tuvieron un peso normal, independientemente de su edad gestacional y el 40,5 % de los prematuros presentaron síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Se llegó a concluyendo también que un valor de $p < 0.05$, concluimos que los factores de riesgo asociados al parto pre término en la dimensión Gineco-obstétrica son: infección del tracto urinario y embarazo múltiple. En la dimensión complicaciones materno fue retención de restos placentarios y en la dimensión complicaciones perinatales el síndrome de dificultad respiratoria fue la patología más frecuente.

Nacionales.

Sánchez⁷; en su estudio: “Características epidemiológicas asociadas al parto pre término en el Hospital Belén de Trujillo 2012 - 2014”. Objetivo: determinar si el control prenatal inadecuado, antecedente de parto pre término, periodo intergenésico corto, infecciones del tracto urinario durante el embarazo, ruptura prematura de membranas y pre eclampsia son factores de riesgo asociados a parto pre término en el Hospital Belén de Trujillo. Resultados: Frecuencia de parto pre término 11.54%, control prenatal inadecuado (OR: 10.36; p: 0.00), antecedente de parto pre término (OR: 2.89; p: 0.001), periodo intergenésico corto (OR: 1.88; p: 0.017), Infección del tracto urinario (OR: 8.96; p: 0.000), Ruptura prematura de membranas (OR: 5.21; p: 0.000) y pre eclampsia (OR: 4.84; p: 0.000).

Rodríguez et al⁸, en un estudio: “Epidemiología y factores de riesgo para parto pre término en el servicio de maternidad del hospital militar central nueva granada - 2008”. Objetivo: fue determinar la frecuencia con la que se presenta el parto prematuro en la institución y cuáles son los factores de riesgo más relacionados con este e identificar las características de las gestantes que presentan Parto Pre término. Metodología: estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, Población blanco Gestantes que pertenecen al sistema de salud de las Fuerzas Militares atendidas en el Hospital Militar Central con Diagnostico de parto pre término desde el 1 de enero de 2006 hasta el 30 de junio de 2008. Resultados: El promedio general de peso al nacer fue de 2980 gramos y el de los pre términos fue de 2204 gramos (-776 gramos); El parto por cesárea se presentó en el 32% del total y en el 57% de los partos pre término; La amenaza de parto pre término (59%) el control prenatal inadecuado (37%), la infección vaginal (32.7%), la ruptura prematura de membranas (31,9%) y la amenaza de aborto (31%) fueron los factores de riesgo encontrados con mayor frecuencia en el grupo de gestantes que presentaron parto pre término; Otros factores de riesgo frecuentes para parto pre término fueron la pre eclampsia (30%), restricción de crecimiento intrauterino (20.4%), embarazo gemelar (14.7%), infección urinaria (13.1%) y corioamnionitis (13.1%); En cuanto a los antecedentes maternos, el 12.3% de las madres tuvo un parto pre término anterior. Otros antecedentes como pre eclampsia (11.4%), hipertensión arterial crónica (8%), cirugía ginecológica previa (3.2%) y cerclaje del cérvix (2.46%) fueron más frecuentes en el grupo de parto pre término.

Riva⁹; en su estudio: “Factores de riesgo para parto pre término espontaneo en gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N°2 Yarinacochas Pucallpa – 2009”. Objetivo: determinar los principales factores de riesgo para parto pre término espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas durante el período comprendido entre enero del 2001 y diciembre del 2003. Resultados: Se comparó 189 gestantes adolescentes con parto pre término con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La incidencia de parto pre término fue 12,1% y el tipo más frecuentemente observado fue el parto pre término moderado. La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 11 y 19 años, con una media de 16,3 años (DE +/- 2,6) para los

casos y 17,2 años (DE +/- 2,7) para los controles. Las características demográficas más importantes fueron: estado civil conviviente, instrucción predominante secundaria, nulíparas, residencia en zona urbana marginal y riesgo social alto. Los factores que incrementaron el riesgo de parto pre término espontáneo fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pre término (OR = 7,1; 95% IC 2,7 – 16,1) y antecedente de amenaza de parto pre término durante la gestación actual (OR = 1,5; 95% IC 1,2 – 2,4). No se demostró asociación con el índice de masa corporal, el antecedente de abortos y el antecedente de infección de vías urinarias durante la gestación actual. Se concluyó que la Vaginosis Bacteriana, el antecedente de parto pre término y el antecedente de amenaza de parto pre término durante la gestación actual se asociaron con la ocurrencia de parto pre término espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Gestación:

También llamado embarazo o gravidez; la gestación es el periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto. Comprende el desarrollo del feto y los significativos cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos de la mujer, que están encaminadas a nutrir, proteger y permitir el desarrollo del feto. El embarazo humano dura 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (9 meses aproximadamente).

2.2.2. Primigesta:

En los mamíferos, el término primípara se utiliza para designar a una hembra que pare por primera vez. En el ser humano, una mujer se denomina primípara cuando tiene un hijo por primera vez. Etimológicamente, este calificativo viene del latín parere" que significa "parir". El término "partum" que significa "dar a luz" es más apropiado para el ser humano. No se debe confundir este adjetivo con el término Primigestas designa a aquella que vive su primer embarazo.

2.2.3. Parto Pre Término:

La prematuridad es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de escuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. En España por ejemplo, la tasa de prematuridad es del 9,5% del total de nacimientos. El parto pre término se define como aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación. Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultanea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales. 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. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pre término, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20- 30%). Existen métodos objetivos que evalúan este riesgo con una mejor capacidad predictiva y con una alta especificidad permitiendo descartar los falsos positivos. Entre estos métodos podemos destacar la ecografía transvaginal y métodos bioquímicos como la fibronectina o la detección de IGFBP-1. Por su bajo coste y su facilidad en la aplicación clínica en nuestro contexto, nuestro centro utilizará la medición de la longitud cervical como la exploración complementaria de primera elección. La amenaza de parto pre término puede tener un origen multifactorial.

En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, poli hidramnios) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo (pielonefritis, apendicitis). Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intra amniótica subyacente desencadenante del cuadro.

Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto pre término, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos.

2.2.4. Amenaza de parto Pre término

Presencia de dinámica uterina en una gestante de menos de 37 semanas de más de 20 semanas de gestación. No todo recién nacido de bajo peso (menor de 2500 gramos), es un recién nacido pre término. Es conveniente hacer la diferencia entre un neonato pre término y otro de bajo peso al nacer, producto de un retardo de crecimiento uterino, pues las causas u consecuencias son diferentes en el caso de un pre término se trata de recién nacido de menos de 37 semanas con desarrollo, y crecimiento intrauterino de acuerdo con el tiempo de embarazo con un peso fetal adecuado para la edad gestacional. En los casos de retardo de crecimiento, no hay relación entre crecimiento y desarrollo con peso y edad gestacional. El nacido pre término tiene un riesgo significativamente mayor de morir en el periodo neonatal y los que sobreviven, de presentar de alteraciones neuropsíquico en relación a niños nacidos a término. La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal y su tasa no se ha logrado disminuir a pesar del avance tecnológico, su clasificación según la semana en que ocurre es:

- ✓ Prematuridad leve: 34 a 36 semanas (82%).
- ✓ Prematuridad moderada: 30 a 33 semanas (10%).
- ✓ Prematuridad extrema: 26 a 29 semanas (6%).
- ✓ Prematuridad muy extrema: 20 a 25 semanas (2%).

2.2.5. Grados de prematuridad:

- ✓ **Prematuridad I.-** es aquel recién nacido cuya edad gestacional es de 34 a 36 semanas (6/7).

- ✓ **Prematuridad II.-** es aquel recién nacido cuya edad gestacional es de 33 a 34 semanas (6/7).
- ✓ **Prematuridad III.-** es aquel recién nacido cuya edad gestacional es menor de 30 semanas.
- ✓ **Menores de 28 semanas.-** son niños inmaduros, con serios problemas de tipo respiratorio.

2.2.6. Factores Sociales y Demográficos

2.2.6.1. Nivel Socio Económico:

González P. Refiere que la tasa de mortalidad perinatal es más alta cuanto más bajo es el nivel de ingresos económicos familiares y menor es el nivel educativo y cualificación profesional de los padres. Un nivel socioeconómico desfavorable se asocia con más 25 frecuencia a multiparidad, menor edad de la madre al embarazo y a un inadecuado control gestacional.

2.2.6.2. Edad Materna:

Debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una Problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal adecuado y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro¹¹.

2.2.7. Factores Gineco – Obstétricos.

2.2.7.1. Paridad:

Villanueva A señala que uno de los factores epidemiológicos de mayor importancia es la historia reproductiva anterior. El antecedente de un parto pre

término está asociado con una posibilidad de recurrencia que varía entre 17% y 37%, aumentando en la medida que aumenta el número de parto pre término anteriores y disminuyendo con el número de partos que llegan al término. No se ha encontrado un aumento de la incidencia de parto pre término en mujeres con historia de uno o más abortos espontáneos, independientemente del trimestre en que ocurra. Sin embargo, existe controversia en cuanto al aumento en la frecuencia de parto pre término en mujeres que se han provocado múltiples abortos (Roberts et al, 1990). La incidencia es más alta en mujeres menores de 19 años. Atención prenatal: El mayor componente de la prevención del nacimiento de un niño pre término incluye el seguimiento de acuerdo al riesgo, intervención educacional basada en el manejo del caso, incremento del aporte nutricional. Es por eso que la detección de factores de riesgo, lo más pronto posible, permite un manejo adecuado, impidiendo que estos se traduzcan en el daño correspondiente.

Este es el fundamento del control prenatal; el no tenerlo, es un elevado factor de riesgo para el nacimiento de un pre término; pero no se trata solamente de tener unas cuantas visitas con el obstetra o ginecólogo (el número debe ser de seis o más veces), ya que el riesgo es semejante a no tener control prenatal. Es importante mencionar, que, a mayor número de controles, una gestante se ve más protegida¹².

2.2.7.2. Estado Nutricional:

Pacheco R. manifiesta que el embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pre gestacional o durante el embarazo predispone a la hipoproteinemia, hipovitaminosis, disminución de la inmunidad, facilidad para desarrollar infecciones urinarias, corioamnionitis, infecciones respiratorias, tuberculosis,

infecciones vulvo vaginales, pre eclampsia /eclampsia, desprendimiento prematuro de la placenta, diabetes; generando un mayor riesgo de morbimortalidad perinatal.

2.2.8. Enfermedades Obstétricas Asociadas

2.2.8.1. Infección del Tracto Urinario (ITU):

Paredes G. refiere que la infección del tracto urinario se define como la presencia de bacterias en el tracto urinario que producen alteraciones funcionales y/o morfológicas.

La infección del tracto urinario (ITU) es quizás la complicación médica que más frecuentemente aparece durante la gestación y que, además, puede tener una repercusión importante tanto para la madre como para el feto durante la evolución del embarazo. Según Roberto A manifiesta que las complicaciones por ITU de mayor frecuencia son el Parto pre término, la corioamnionitis y la muerte fetal. Después del parto las infecciones urinarias del embarazo aumentan la cifra de endometritis puerperal y en casos muy severos la piel nefrosis, el absceso peri nefrítica o el choque séptico. Durante el embarazo normal se produce cambios significativos de la estructura y función de las vías urinarias. Una de las alteraciones anatómicas más significativas inducida por el embarazo es la dilatación de las vías urinarias. Esta dilatación se produce aproximadamente alrededor de las 14 semanas de gestación. Esto comprende la dilatación tanto de los cálices renales y la pelvis como de los uréteres. Una consecuencia de la dilatación y la obstrucción son las posibles infecciones urinarias. Otro factor predisponente a la infección es el reflujo besico uretral aumentado¹³.

Desde el punto de vista clínico, puede presentarse tanto como infección asintomática (bacteriuria asintomática), como sintomática (cistitis y/o pielonefritis). El 90% de las pielonefritis tienen lugar en el riñón derecho por la dextro posición uterina y porque la vena ovárica derecha dilatada cruza el

uréter actuando como una brida, mientras la izquierda transcurre paralela al uréter. La vía de contaminación más común es la ascendente, motivo por el cual es más frecuente la infección a nivel de la vejiga que a nivel de los riñones. Etiológicamente, las ITU son causadas por bacterias, siendo *Escherichia Coli* el germen más frecuentemente aislado (hasta un 85 % de los casos). Otros bacilos gram negativos como *Klebsiella* spp, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter* spp, *Serratia* spp y *Pseudomonas* spp. Son más frecuentes en las ITU complicadas y en pacientes hospitalizadas. Entre los Cocos gram positivos destaca *Streptococcus agalactiae*. Las bajas condiciones socioeconómicas, y consecuentemente la deficiente higiene, multiplican por cinco el riesgo de bacteriuria asintomática. Otros factores de riesgo, a tener en cuenta son: diabetes, trasplantes renales, o lesiones medulares¹⁴.

2.2.8.2. Infecciones vaginales:

Durante el embarazo, la mayoría de las mujeres experimentan un incremento en las secreciones cérvico-vaginales que, por lo general, son cremosas y claras, con un alto contenido de lactobacilos, abundantes células epiteliales, pocos leucocitos y con un pH ácido. Esta es una respuesta normal a la estimulación hormonal durante el embarazo y protege a la mujer de otras infecciones la vagina es un conducto carente de glándulas propias, que está tapizada por epitelio plano poli estratificado. El flujo vaginal normal es blanco, no homogéneo e inodoro. Proviene del drenaje en la vagina de diferentes glándulas (glándulas vestibulares, glándulas de Bartholino, del cérvix, del endometrio y del endosálpinx), del líquido trasudado de la Pared vaginal y de células vaginales descamadas.

Las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) influyen sobre las características de la secreción y flora vaginales. La vagina es un medio ácido. El bacilo de Doderlein acidifica el medio: produce ácido láctico hasta un pH de 4 en la mujer en edad fértil. En la deficiencia de estrógenos (ej.: menopausia),

el pH suele ser superior a 6. La adición de hidróxido de potasio al 10% al exudado no cambia el olor: es la denominada «prueba de las aminas». La flora vaginal normal está constituida por microorganismos aerobios y anaerobios. En la flora normal es posible encontrar microorganismos que son patógenos en ciertas circunstancias, como E. coli, Bacteroides: fragilis, S. aureus, estreptococos del grupo B y especies de Cándida. Orlando R menciona que más del 90% de estas infecciones vaginales están causadas por uno de estos tres microorganismos.

2.2.8.3. Vaginosis bacteriana (*Gardnerella Vaginalis*):

Es una infección superficial, la más frecuente de la vagina que se caracteriza por un aumento de la flora anaeróbica sin que exista una respuesta inflamatoria, de allí el término de vaginosis y no el de vaginitis. Entre los factores que favorecen la aparición de esta infección se encuentran los siguientes: relaciones sexuales, infección concomitante por *Trichomona vaginalis* y uso de dispositivos intrauterinos. Los síntomas que presentan las pacientes son leucorrea blanco grisácea, maloliente (ya que se acompaña de crecimiento de bacterias anaerobias como *mobiluncus*), de baja densidad, homogénea y reviste casi toda la pared vaginal y el introito vulvar. Es característico el "olor a pescado en descomposición". Apenas produce prurito. Es la causa más frecuente de leucorrea maloliente. Aller J. añade que la vaginosis bacteriana se ha relacionado con: ruptura prematura de membranas, parto pre término, corioamnionitis diagnosticada histológicamente y mayor incidencia de endometritis post cesárea.

2.2.8.4. Candidiasis (*Cándida Albicans*):

En la mayoría de las mujeres las levaduras se encuentran como organismos comensales en la vagina sin producir enfermedad; sin embargo, existen alteraciones en el ecosistema vaginal que le permiten proliferar y desarrollar

una vaginitis. Entre los agentes causales de esta alteración vaginal se encuentran el uso de antibióticos como penicilinas, cefalosporinas y tetraciclinas, que originan una disminución de los lactobacilos, y condiciones como la diabetes, el embarazo y el uso de anticonceptivos orales con elevada concentración de estrógenos, que producen un aumento del glucógeno vaginal que favorece el desarrollo de candidiasis vaginal (Sobel, 1979). La alteración de la inmunidad mediada por células asociada con el embarazo puede contribuir al aumento de la candidiasis en éste período (Rein, 1989). Los síntomas incluyen prurito, sensación de quemadura en la vagina o la vulva y puede haber disuria. La vulva y la vagina pueden estar eritematosas y haber lesiones satélites en la periferia del eritema vulvar, se observa un flujo que varía en apariencia, pero que generalmente es blanco amarillenta, en grumos (de "requesón").

2.2.8.5. Trichomoniasis (*Trichomona Vaginalis*):

Es un protozoo flagelado que ha sido reconocido como un patógeno vaginal desde comienzos de 1900. Este organismo se encuentra únicamente en el tracto genitourinario inferior de la mujer (vagina, glándulas de Skene, glándulas de Bartolina y uretra). Es un germen anaerobio estricto que se puede desarrollar con un pH que varía desde 3.5 a 8.0, aunque la movilidad se altera cuando el pH es mayor de 4.5. Se transmite por contacto sexual. En las mujeres embarazadas se han señalado los siguientes síntomas: flujo amarillo, grisáceo o sanguinolento procedente de la vagina o el cuello, olor anormal. A la exploración, el cérvix puede presentar hemorragias puntiformes "aspecto de fresa". Esto hace que el cérvix sangre fácilmente al contacto.

2.2.8.6. Ruptura prematura de membranas (RPM):

González P. refiere que el mecanismo por el cual se produce la rotura fisiológica de las membranas no se conoce con exactitud. En el caso de la RPM, su causa es multifactorial. Sin embargo, cabe destacar la infección o inflamación coriodecidual como factor causal de la RPM. La invasión

bacteriana del espacio coriodecidual estimula la decidua y las membranas fetales a producir citoquinas (incluyendo INF, IL-1, IL-6, IL-8 y GCSF). En respuesta a estas citoquinas inflamatorias, se sintetizan y liberan prostaglandinas, lo que aumenta la quimio taxis, infiltración y activación de los neutrófilos. Además, se estimula la liberación de metaloproteasas de la matriz, que pueden degradar el tejido conectivo de las membranas corioamnióticas produciendo su rotura se aprecian los factores de riesgo implicados en esta patología y el riesgo relativo de cada uno. Los de mayor importancia son la vaginosis bacteriana, la amenaza de parto pre término, el cerclaje, el hábito tabáquico, el nivel socioeconómico bajo, las gestaciones múltiples, una amniocentesis, la conización cervical o la metrorragia Cada uno de estos factores puede asociarse a la RPMP mediante la distensión o degradación de la membrana, la inflamación local o la falta de resistencia materna al ascenso de colonización bacteriana de modo que, en la mayoría de los casos, la causa última de la RPM es desconocida.

2.2.8.7. Enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE)

Según Cunningham G. en el libro de Williams Obstetricia refiere que la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es una patología exclusiva del embarazo que se presenta a partir de la semana 20 de gestación o en el puerperio (no más de 14 días) y se acompaña de proteinuria y edema, así como de otros signos y síntomas que permiten subdividirla según su severidad.

2.2.8.8. Hipertensión Gestacional;

Es la elevación de la presión arterial que alcanza valores de 140/90 mmhg o más por primera vez durante el embarazo, pero no han desarrollado proteinuria. La hipertensión gestacional se denomina hipertensión transitoria si no se desarrolla pre eclampsia y la presión arterial ha regresado a su normalidad después de 12 semanas de puerperio.

Pre eclampsia Leve; se presenta en pacientes con embarazo de 20 Semanas o más, con cifras de tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, con elevación de la presión sistólica mayor o igual a 30 mmhg, y de la presión sistólica mayor o igual a 15 mmhg, sobre la presión habitual; edema grado I, que es el localizado en los pies o el área pretibial, o grado II que es marcado en miembros inferiores. Además, hay proteinuria en Orina de 24 horas mayor de 300 mg pero menor de 500 mg o de 1 cruz, en una tira de orina aleatoria. El edema suele ser un signo de aparición precoz; sin embargo, es frecuente en embarazos normales por lo que ha perdido valor en el diagnóstico de la enfermedad siendo útil solamente para la clasificación de la severidad.

Pre eclampsia Severa; En estos casos, la cifra de tensión arterial es igual o mayor de 160/11 mmHg, obtenida en dos tomas con intervalo de 6 horas, el edema es grado III, que es el localizado en abdomen, región sacra, manos o cara o grado IV, que es la anasarca. Además, proteinuria de 500 mg o más en orina de 24 horas o de 3 a 4 cruces en una muestra tomada al azar. Este es un signo clave, porque muchas veces sirve para diferenciar la HIE de la HT A crónica. Puede tener aparición tardía y siempre está presente cuando hay lesión glomerular tipo endoteliosis (Spargo et al, 1959). También pueden haber signos y síntomas visuales como escotomas centelleantes o visión borrosa, que se deben al vasoespasmo de las arterias retinianas y que, generalmente, ceden a la semana de mejorar las cifras tensionales. La presencia de signos neurológicos como tinitus, cefalea persistente, exacerbación de los reflejos osteotendinosos, clonus o hasta coma, se deben a los efectos de la preeclampsia sobre el flujo sanguíneo cerebral que causa edema, anemia focal, trombosis y hemorragia.

El aumento de los reflejos osteotendinosos y el clonus son signos ominosos de eclampsia (Morris et al, 1997). El dolor persistente en epigastrio y/o hipocondrio derecho se debe a necrosis hepatocelular, edema e isquemia de la

cápsula de Glisson y se acompaña, frecuentemente, de elevación de las enzimas hepáticas. En casos severos puede ocurrir edema agudo de pulmón que es secundario al aumento de la resistencia vascular periférica y al estado de hiperdinamia de la función ventricular que se ve en estos casos. Debido a la restricción del volumen plasmático y al vaso espasmo intrarrenal, hay una disminución de la tasa de perfusión y filtración glomerular que puede llevar a una insuficiencia renal aguda con oliguria de menos de 30 cc/hora. La presencia de alteraciones en el sistema de coagulación son signos de pre eclampsia severa y reflejan la severidad del proceso. Estos se pueden manifestar clínicamente por hematomas, sangrado o petequias y a nivel de laboratorio con trombocitopenia, prolongación de las pruebas de coagulación, hipofibrinogenemia y, en casos más severos, coagulación intravascular diseminada (CID). Eclampsia ocurre cuando la paciente presenta cualquiera de los signos y síntomas descritos anteriormente acompañados de convulsiones y/o coma no atribuibles a otra causa. Generalmente presenta síntomas prodrómicos como cefalea persistente, fotofobia, visión borrosa, dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, hiperreflexia, severa y clonus¹⁴.

2.2.8.9. Hemorragias del segundo trimestre:

Según González P refiere que las hemorragias del segundo trimestre complican el 3,8% de todos los embarazos y constituyen una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el ámbito mundial. El sangrado vaginal se puede dividir según su etiología en de causa obstétrica y de causa no obstétrica. Las primeras con frecuencia ocasionan una pérdida sanguínea abundante a consecuencia del gran flujo uterino, por lo que es indispensable la toma de decisiones acertadas para preservar la vida de la madre y del feto.

Placenta Previa; se define la placenta previa como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. La incidencia ha aumentado en

los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa, supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbimortalidad materno fetal. Actualmente se considera la tercera causa más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica.

Desprendimiento Prematuro de Placenta

Es la separación de la placenta de su inserción en la decidua previa al nacimiento fetal. El DPP ha tenido varias denominaciones a lo largo de la historia como la dada por Rigby en 1776 de "Hemorragia accidental inesperada", la de Pinard de "Hematoma retro placentario", la de De Lee de "Abruptio placentae" o la de Couvelaire de "apoplejía útero placentaria". Su presentación más frecuente se sitúa en el segundo trimestre. La variedad de presentaciones es muy amplia, desde casos pequeños y asintomáticos que se descubren en el alumbramiento hasta casos graves con grandes complicaciones maternas fetales (un caso de cada 500 gestaciones). Presenta una mortalidad perinatal elevada, aproximadamente el 25% debido fundamentalmente a la anoxia fetal, la hemorragia fetal y la prematuridad. La posibilidad de repetición es del 5 al 10%, aumentado hasta el 25% en el caso de dos episodios anteriores. Su fisiopatología es la siguiente:

El inicio del desprendimiento se inicia en una hemorragia en la decidua basal y la posterior formación de un hematoma. La hemorragia se debe a que hay una alteración en las arteriolas de la decidua basal. El hematoma produce separación, compresión y por último degeneración de la placenta subyacente, esto último debido a una necrosis isquémica. El hematoma puede quedar localizado y por lo tanto auto limitado, dando poca clínica. En ocasiones sólo se evidencia esta situación postparto con el alumbramiento ya que se puede apreciar un coágulo organizado situado en una depresión cóncava localizada en la cara materna de la placenta. La afectación fetal depende de la superficie

desprendida ya que se produce una ausencia de intercambio de oxígeno y nutrientes en la zona desprendida por lo que los desprendimientos de más del 50% de la superficie producen una afectación fetal muy importante disminuyendo la supervivencia fetal.

2.2.8.10. Embarazo Múltiple:

Según González P. lo define como el desarrollo simultáneo de más de un feto dentro del útero. Se considera un embarazo de alto riesgo debido al aumento de las complicaciones materno fetales, en comparación con los embarazos simples. Estas gestantes requieren de un control prenatal más estricto, así como un mayor cuidado durante el nacimiento. La gestación gemelar puede ser monocigoto o bicigoto, según se origine en uno o en dos óvulos. El embarazo multi fetal es la gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina y los Gemelos Bicigóticos se originan por la fecundación de dos óvulos por dos espermatozoides. Es el desarrollo de dos hermanos diferentes. En las gestaciones gemelares bicigóticas siempre existen dos embriones, dos placentas y dos cavidades amnióticas separadas por cuatro capas tisulares dos amnios y dos coriones. Los gemelos bicigóticos son diferentes desde el punto de vista genético. Sus semejanzas físicas caracterológicas no son mayores que las que existen entre dos hermanos procedentes cada uno de un embarazo. Los Gemelos Monocigóticos resultan de la fecundación de un óvulo. El huevo se divide en dos en una fase precoz del desarrollo, dando lugar cada mitad a un embrión. Según el momento en que se produce la división del huevo se distinguen los siguientes tipos de gemelos.

Muerte fetal tardía: Cuando la muerte del feto acontece después de la semana 28 o con un peso superior a 1000 gramos. La tasa de mortalidad fetal es la relación entre el número de muertes fetales registradas durante un año en una determinada población, y el número total de nacidos durante el mismo año en la misma población. Para las comparaciones internacionales se aconseja incluir

sólo la mortalidad fetal tardía, ya que es el concepto utilizado en mayor número de países. La tasa de mortalidad perinatal es el número de nacidos muertos más el número de muertes neonatales precoces de niños con un peso al nacer de 500 gramos o más por 1000 nacidos (nacidos vivos más nacidos Muertos) con un peso al nacer de 500 gramos o más. Una vez que se comunica a la pareja la muerte intraútero del feto, la primera pregunta siempre es ¿por qué?

El conocer la etiología es fundamental para los padres, y debe serlo para el obstetra ya que puede ser de gran utilidad en el control de futuras gestaciones. Existen muchas causas que pueden llevar a la muerte del feto y aunque en los últimos años se ha avanzado mucho en el diagnóstico etiológico, aún no se pueden explicar satisfactoriamente todas las muertes intraútero. Las enfermedades o condiciones que con mayor frecuencia pueden originar muertes ante parto. Esta clasificación etiológica divide a las causas en maternas, responsables de aproximadamente entre 5 y 10% de las muertes; fetales, que son las más frecuentes detectándose en un 25 a 40%; y placentarias en un 25 a 35% aproximadamente.

El mecanismo último por el que se produce la muerte fetal variará en función de su etiología. Con gran frecuencia el mecanismo responsable es la hipoxia aguda o crónica que puede conducir a una acidosis y finalmente al fallo cardíaco y muerte fetal. En la gestación gemelar la muerte aislada de uno de los fetos, después de la semana 22 de gestación, ocurre entre el 0,5% y el 6,8% de las gestaciones gemelares, siendo su frecuencia tres veces más alta en las gestaciones monocoriónicas que en las bicoriónicas.

Otros factores que determinan el riesgo del feto superviviente son: la causa de la muerte del otro gemelo, la edad gestacional en el momento del óbito y el tiempo que transcurre entre la muerte fetal y el final de la gestación. Cuando se produce muerte fetal intrauterina, rápidamente comienza la degeneración del feto y de la placenta. En ausencia de membranas rotas e infección activa del

feto, el líquido amniótico continúa siendo estéril. Debe evitarse la rotura de las membranas hasta que se haya establecido el trabajo de parto y el parto sea razonablemente inminente.

Podemos encontrar con que de forma espontánea se desencadene un parto pre término de acuerdo a las semanas de gestación, siendo importante consensuar con la familia la decisión de utilizar sustancias tóxicas para finalizar la gestación y evitar la infección bacteriana, coágulo uterino y hemorragia materna asociadas con una retención prolongada de un feto muerto.

2.2.9. Complicaciones Maternas Perinatales:

Complicaciones Maternas:

Vía de parto:

El parto se ha definido como el proceso por el cual el feto (vivo o muerto) de 22 semanas o más, los anexos ovulares (placenta, cordón y membranas) son expulsados por vía natural fuera del claustro materno, por medio de un motor (útero) a través de un canal en parte duro (excavación pélvica) y en parte blando (los músculos del periné, Segmento inferior, cérvix, vagina y vulva). En la actualidad, la OMS define el parto como la expulsión o extracción por cualquier vía, de un feto vivo o muerto de 600 gr. o más (o de 22 semanas cumplidas o 25 cm de longitud) En todos los partos que terminan por vía vaginal se suceden tres periodos:

Primera Etapa del Parto.- que consta de dos fases:

- a) Fase Latente:** Lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación.
- b) Fase Activa:** Lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm). En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivos de la presentación fetal.

En la fase aceleratoria predomina la dilatación. En la fase desaceleratoria ocurre el descenso. Segunda Etapa del Parto (o período de expulsivo). Tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto.

Segunda etapa del Parto o periodo expulsivo

Tercera Etapa del Parto (o período del alumbramiento). Lapso que media entre el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta.

Complicaciones Perinatales

Peso al nacer:

González P. manifiesta que el peso al nacer es probablemente el factor más estrechamente relacionado con el riesgo de muerte perinatal. La tasa de mortalidad perinatal más alta se observa en los nacidos de menos de 1.000 g, descendiendo según aumenta el peso al nacer con la tasa más baja en los nacidos entre 3.500-3.999 g, para a continuación aumentar según se incrementa el peso. Los nacidos de muy bajo peso (< 1500 g.) Representan el 0.9% de todos los nacidos pero son responsables de alrededor del 40% de las muertes perinatales. Los nacidos de bajo peso (< 2500 g.) tienen una frecuencia de alrededor del 6%, pero en ellos ocurren el 68% de todas las muertes perinatales.

Cuadro clínico del parto pre término:

- ✓ Percepción de contracciones uterinas.
- ✓ Dolor en hipogastrio y región lumbar.
- ✓ Flujo sanguinolento por vagina.
- ✓ Sensación de presión en pelvis constante o rítmica.
- ✓ Modificaciones del cuello uterino.

Fisiopatología

El desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pre término, pero no son exactamente lo mismo. Es importante comprender los mecanismos que se suceden en el parto normal para

compararlos con el pre término. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina con el parto y el retomo del útero a su estado inicial (involución uterina). En la mayor parte del embarazo, el útero está en un estado de inactividad y permanece relajado. La actividad del útero es inhibida por sustancias como la progesterona, el óxido nítrico y la relaxina. Durante esta fase, rara vez se producen contracciones débiles, llamadas de Braxton-Hicks. La progesterona es una hormona que favorece la quietud de las fibras musculares uterinas, inhibe la madurez cervical y disminuye la producción de citoquinas, que se piensa es la clave para la activación de la decidua. Los estrógenos ejercen el efecto contrario.

Poco antes del inicio de trabajo de parto, el aumento de los estrógenos producidos por la placenta activan una cascada de eventos que incluyen contracciones uterinas de gran amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y las membranas fetales. Los estrógenos aumentan la expresión de la oxitocina, receptores de prostaglandinas y proteínas asociadas a las contracciones. Todos estos cambios promueven la contractilidad uterina.

La hormona que mantiene la actividad del eje es la hormona liberadora de corticotropina (HLC o CRH por su sigla en inglés) de origen placentario. La HLC es un neuropéptido de origen hipotalámico, pero también se expresa en la placenta y en las membranas, y se libera aumentándose a medida que transcurre la gestación de una manera exponencial tanto del lado materno como del fetal. Los niveles de HLC se correlacionan con la duración de la edad gestacional. La HLC se comporta como el "reloj placentario" determinante de gestaciones cortas o largas. Así mismo, promueve la producción de cortisol fetal y andrógenos, y estos a su vez estimulan la producción de HLC de origen placentario. Los cambios cervicales, de la decidua y de las membranas fetales son consecuencia de prostaglandinas, estrógenos, progesterona y citoquinas inflamatorias que promueven el metabolismo de la matriz extracelular y maduran el cérvix.

Tratamiento

- ✓ Reposo absoluto en cama.
- ✓ Tratamiento de ataque: Nifedipino, sulfato de magnesio.

Tratamiento de ataque:

- ✓ Isosuprina (Dilator) 50mg (5 ampollas) en 500cc de cloruro de sodio al 9%, iniciar con 10 gotas por minuto e incrementar cada 15 minutos 10 gotas hasta conseguir la inhibición de las contracciones uterinas o llegar a 100 gotas por minuto, o presentarse efectos colaterales de los B miméticos. Una vez conseguida la inhibición uterina mantener goteo por dos a tres horas y antes de disminuir el goteo cada 15 minutos, iniciar 10 mg intramuscular cada 6 horas por 24 horas y luego 10 mg vía oral cada 8 horas hasta que la paciente se incorpore tareas habituales.
- ✓ Nifedipino (Adalat) 10 mg S/L cada 20 minutos por cuatro dosis. Una vez conseguida la tocólisis iniciar tratamiento de sostén con 10 mg.
- ✓ Vía oral cada 6 horas. Si a la hora de iniciado el tratamiento no existe tocólisis significativa elegir otro útero inhibidor.
- ✓ Sulfato de magnesio: 10 gr (5 ampollas) en 1000cc de cloruro de sodio, iniciar con 400cc a choro luego mantener a 30 gotas por minuto.

Contraindicaciones para el uso de toco lítico:

- ✓ Enfermedades hipertensivas de la gestación.
- ✓ Corioamnionitis.
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta.
- ✓ Muerte fetal. Placenta previa con hemorragia.
- ✓ Malformación fetal.
- ✓ Cardiopatías maternas.
- ✓ Asmáticas graves.
- ✓ Diabetes insulino dependientes.
- ✓ Hipertiroidismo materno.

Monitoreo materno fetal durante la tocólisis

- ✓ Cada 15 minutos se debe controlar:
- ✓ Frecuencia cardiaca materna.
- ✓ Frecuencia respiratoria.
- ✓ Frecuencia cardiaca fetal.
- ✓ Presión arterial.
- ✓ Dinámica uterina.
- ✓ Diuresis horaria.
- ✓ Reflejos osteotendinosos.

Iniciar con la maduración fetal:

- ✓ Betametazona 12mg IM. Cada 24 por dos dosis, en caso de no contar con la betametazona, puede ser sustituida por dexametasona 4mg IM cada 6 horas por 48 horas.
- ✓ Incidencia De Sdr En Recién Nacido 24 Horas A 7 días después del Tratamiento Con Betametazona.
- ✓ Alta: puede darse a las 48 horas de inhibición completa de la dinámica, siempre que la gestante sea capaz de cumplir con las indicaciones del alta¹⁵.

2.3. Formulación De Hipótesis

No corresponde por tratarse de una investigación de tipo y nivel descriptivo.

2.4. Definición de Términos

Primigesta: Significa "parir". El término "partum" que significa "dar a luz" es más apropiado para el ser humano, una mujer primigesta designa a aquella que vive su primer embarazo.

Parto pre término: Es cuando el parto se produce después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, o menos de 259 días.

Factores de riesgo: Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de desarrollar una patología.

Factores socio demográfico: Son los factores relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, etc., así como a las características demográficas: volumen de población, emigración, natalidad, etc. de una sociedad.

Factores Gineco Obstétricos: Son aquellos aspectos o características que puede presentar una mujer durante el embarazo, al momento del parto y durante el puerperio.

Complicaciones Maternas: Se refiere a las consecuencias o problemas que puede presentar una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo.

Complicaciones Perinatales: Se refiere a las consecuencias o problemas que puede presentar un perinato antes del nacimiento, durante el momento de dar a luz o en la vida post natal hasta el séptimo día completo.

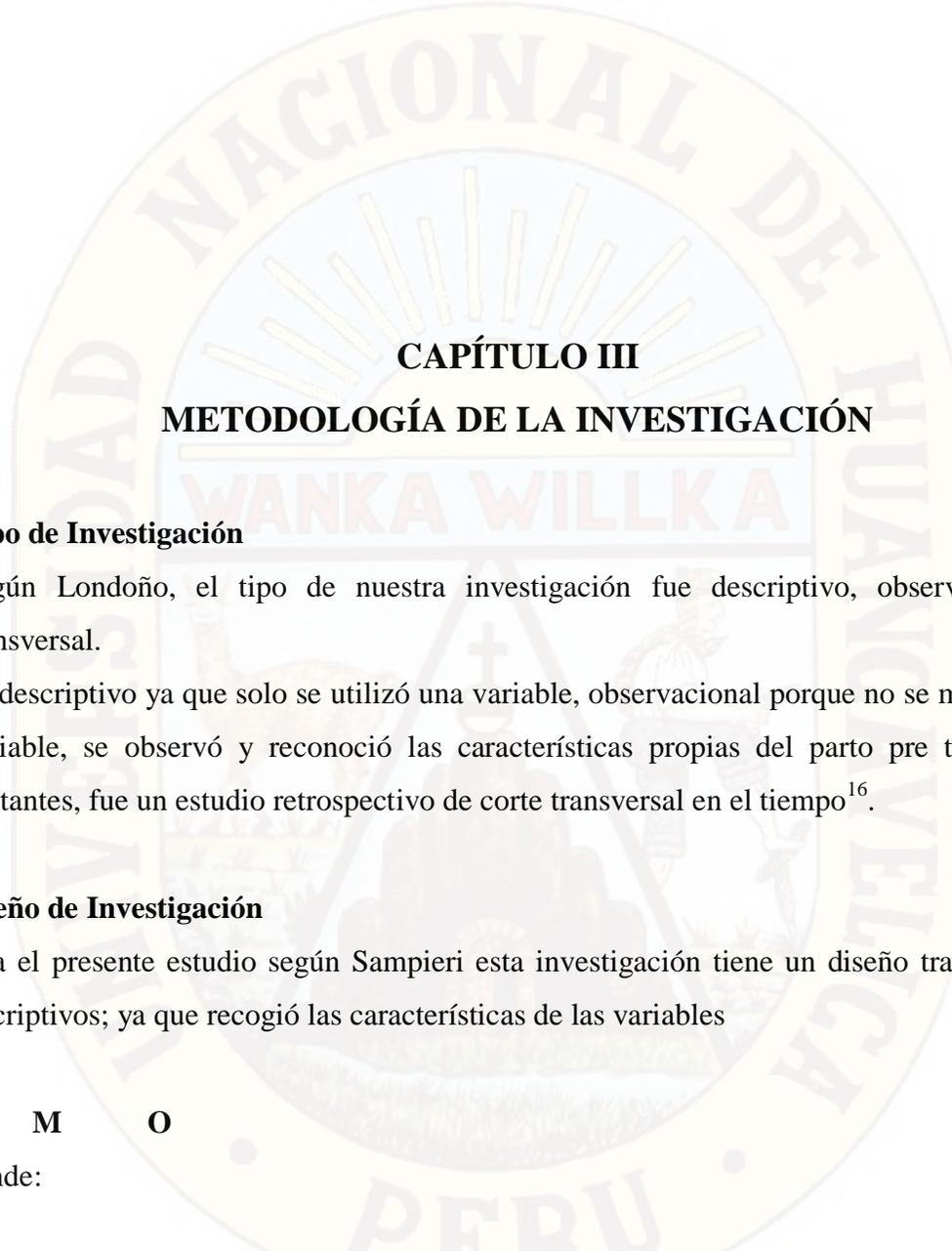
2.5. Identificación de Variables

Univariable: Factores de Riesgo desencadenantes del parto pre termino

2.6. Operacionalización de Variables

Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Def. Operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de medición
Univariable: Factores de Riesgo Desencadenantes del Parto Pre Terminado en Primigestas	Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de la primigesta padecer una rotura Prematura de membranas después de las 20 semanas y antes que comience el trabajo de parto poniendo en riesgo la vida y la salud de la misma.	Se define al resultado de la aplicación y análisis del instrumento con los casos de Parto Pre término descrito o registrado en la historia clínica de la paciente	Social y Demográficas	Edad	Años ()	De Razón
				Procedencia	Rural (), Urbano ().	Nominal
				Grado de Instrucción	Analfabeta (), Primaria () Secundaria (), Superior ()	Ordinal
				Estado civil	Soltera(), Conviviente() Casada() Viuda ()	Nominal
				Ocupación	1. Ama de casa () 2. Estudiante () 3. Trabaja ()	Nominal
			Factores Obstétricos	Paridad	Nulípara () Primípara () Multípara ()	Ordinal
				Control Pre Natal	Número de controles prenatales 1. < de 6 controles (), 2. > de 6 controles ()	Nominal
			Enfermedades Obstétricas Asociadas	Anemia	1. Si (). 2. No ()	Nominal
				Infección del Tracto urinario	1. Si (). 2. No ()	Nominal
				Infecciones Vaginales	1. Si (). 2. No ()	Nominal
				Antecedentes de Ruptura Prematura de membranas	1. Si () 2. No ()	Nominal
				Antecedente de parto pre termino	1. Si (). 2. No ()	Nominal
				Más de un antecedente	1. Si (). 2. No ()	De intervalo
			Resultante Neonatal	a. Apgar al minuto SI () NO () b. Apgar a 5 minutos SI () NO ()	Nominal	



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

Según Londoño, el tipo de nuestra investigación fue descriptivo, observacional y transversal.

Es descriptivo ya que solo se utilizó una variable, observacional porque no se manipulo la variable, se observó y reconoció las características propias del parto pre término en gestantes, fue un estudio retrospectivo de corte transversal en el tiempo¹⁶.

3.2. Diseño de Investigación

Para el presente estudio según Sampieri esta investigación tiene un diseño transeccional descriptivos; ya que recogió las características de las variables

M O

Dónde:

M = Representa a las gestantes del Hospital Hugo Pesce pecetto

O = Factores de riesgo desencadenantes del parto pretermino.

3.3. Nivel de Investigación

Según la clasificación de Dankhe, el nivel fue descriptivo porque se observó el fenómeno en su estado natural en una circunstancia tempero – espacial¹⁸.

3.4. Métodos de Investigación

3.4.1. Método general: Según Hernández, Fernández, Baptista fue inductivo porque se basó en la observación directa de los hechos, va de lo simple a lo complejo, de lo particular a lo general, de lo conocido a lo desconocido.

3.4.2. Método básico: Según Hernández, Fernández, Baptista fue descriptivo de observación naturalista porque describió el comportamiento y características de un fenómeno en su forma natural basado en la observación ¹⁹.

3.5. Población y muestra.

3.5.1. Población

Constituido por todas las Historias clínicas de gestantes que acudieron a la atención de parto al hospital Hugo Pesce Pescetto Andahuaylas 2016.

3.5.2. Muestra

Fue Censal, constituido por todas las Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto pre término del Hugo Pesce Pescetto Andahuaylas 2016, que fueron 50.

3.5.3. Criterios de Inclusión

Pacientes que presentan Trabajo de Parto Pre término único y espontaneo.

3.5.4. Criterios de Exclusión

Pacientes con Gestaciones de mayor de 36.6 semanas.

Óbitos fetales y embarazos múltiples.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

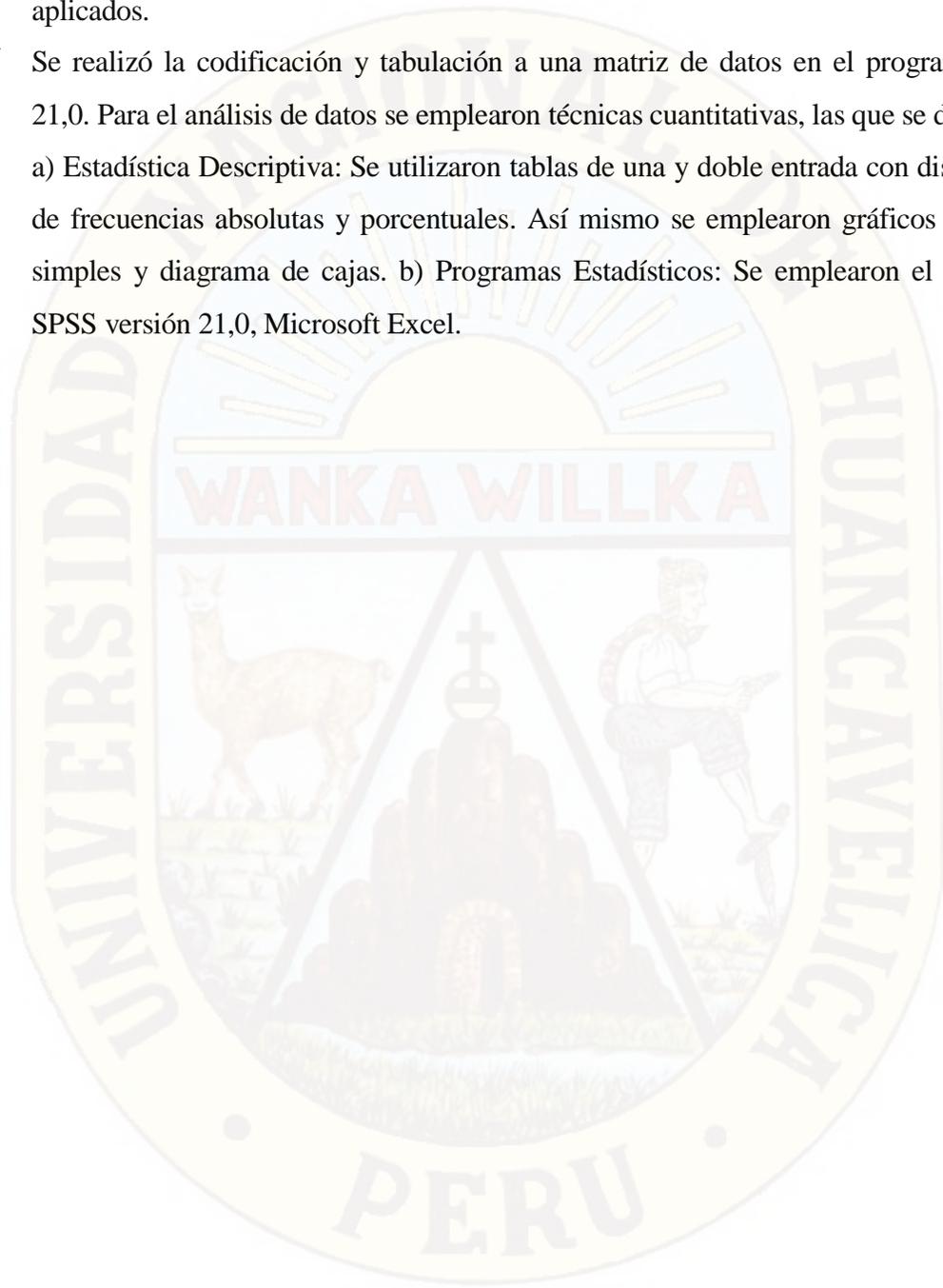
3.5.1. Técnica: Análisis documentario

3.5.2. Instrumento: ficha de recolección de datos.

3.7. Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos

✓ Se cuantificaron el total de instrumentos correctamente aplicados.

- ✓ Se elaboraron una base de datos en el programa Excel-2013 de los instrumentos aplicados.
- ✓ Se realizó la codificación y tabulación a una matriz de datos en el programa SPSS 21,0. Para el análisis de datos se emplearon técnicas cuantitativas, las que se detallan:
 - a) Estadística Descriptiva: Se utilizaron tablas de una y doble entrada con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales. Así mismo se emplearon gráficos de barras simples y diagrama de cajas.
 - b) Programas Estadísticos: Se emplearon el programa SPSS versión 21,0, Microsoft Excel.



CAPITULO IV

RESULTADO

4.1. Presentación e Interpretación de Datos

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2016, se trata de una investigación descriptiva, observacional de corte transversal. La población estuvo constituida por todas las historias clínicas de gestantes con parto pre término y la muestra fue censal, se aplicó el instrumento ficha de recolección de datos. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Excel y el SPS Versión 21.0, cuyos resultados se presenta:

Tabla N° 01: Lugar de procedencia de las gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Rural	27	54%	54%
Urbano	23	46%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016

Tabla N°01, muestra la distribución del lugar de procedencia de las gestantes con partos pre términos y se observa que 23 gestantes provienen de la zona rural el cual representa un 54%; mientras que 23 gestantes provienen de la zona urbana con un 46%.

Tabla N° 02: Estado Civil de las gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	38	76%	76%
Casada	10	20%	96%
Soltera	2	4%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016

Tabla N° 02, muestra el estado civil, de las gestantes con partos pre términos según su estado civil; los datos obtenidos por la encuesta realizada nos muestra que la mayor proporción de gestantes con partos pre términos conviven con su pareja (38 gestantes) que representa un 76% del total; mientras que solo 10 gestantes son casadas con un 13.1%; y solo un 4% de las gestantes no tienen una relación estable con sus parejas.

Tabla N° 03: Ocupación de las gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Su Casa	39	78%	78%
Trabaja	6	12%	90%
Estudiante	5	10%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016

Tabla 03, muestra la distribución de las gestantes con partos pre términos según su ocupación; los datos obtenidos por la encuesta realizada nos muestra que la mayor proporción de gestantes con partos pre términos se dedican a los quehaceres de su hogar con un total de 39 que representa un 78% del total; mientras que 6 gestantes con partos pre términos trabajan y que hace un total de un 12%; y solo 05 gestantes estudian que hacen un total de un 10%.

Tabla N° 04: Atención Prenatal de las gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Atención Prenatal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< de 6 controles (Inadecuado)	27	54%	54%
6 o más controles (Adecuado)	23	46%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016

Tabla N°04. Atención prenatal. Según la encuesta realizada 27 gestantes con partos pre términos tuvieron menores a seis atenciones prenatales que hace un 54% del total, cabe mencionar también que dentro de este grupo hubo gestantes con atenciones prenatales oportunas; mientras que 23 gestantes que hace un total a 46% tuvieron una atención prenatal mayor a seis atenciones.

Tabla N° 05: Enfermedades Obstétricas de las gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Enfermedades Obstétricas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Más de un Antecedente	28	56%	56%
Infección de tracto urinaria	6	12%	68%
Antecedentes de Ruptura prematura de membranas	5	10%	78%
Anemia	5	10%	88%
Pre Eclampsia	4	8%	96%
Infecciones Vaginales	1	2%	98%
Otros	1	2%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016

Tabla N° 05, nos muestra la distribución de enfermedades obstétricas de las gestantes con partos pre término; donde el 56% de gestantes presentaron más de una complicación obstétrica tales como: anemias, infecciones del tracto urinario, antecedentes de partos pre términos, pree eclampsia severa, etc.; seguido de un 12% de gestantes que cursaron con infección del tracto urinario durante el embarazo; mientras que el 10% de gestantes presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas y anemias respectivamente; el 8% de gestantes con partos pre términos presentaron pre eclampsia y solo el 2% de gestantes presentaron infecciones vaginales y otros.

Tabla N° 06: Nivel de Instrucción de las gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Analfabeta	5	10%	10%
Primaria	9	18%	28%
Secundaria	27	54%	82%
Superior	9	18%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016.

Tabla N° 06, sobre el nivel de instrucción de las gestantes con partos pre términos encuestadas se encontró que 27 gestantes alcanzaron la educación secundaria haciendo un 54% del total; mientras que 9 gestantes con partos pre términos que hacen un 18% tuvieron un nivel de instrucción primaria y superior respectivamente; y solo 5 gestantes que hace un total de un 10% no tuvo acceso a la educación.

Tabla N° 07: Paridad de las gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nulípara	5	10%	10%
Primípara	20	40%	50%
Múltipara	25	50%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016

Tabla N° 07, el cuadro muestra que del 100% de gestantes de partos pre términos; revela que 25 gestantes con partos pre términos encuestadas tuvieron más de un parto que representa a un 50%; mientras que 20 gestantes no han tenido partos anteriores lo cual representa un 40% del total de gestantes; y mientras que solo 05 fueron partos de gestantes nulíparas que representa un 10%.

Tabla N° 08: Apgar al minuto de los recién nacido de las gestantes con parto Pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Apgar al minuto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión Moderada (de 4 a 6)	4	8%	8%
Normal (de 7 a 10)	46	92%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016

Tabla N° 08. En el siguiente cuadro se observa que de los 50 partos pre términos que hace un total de un 100%; 45 recién nacidos que representa un 92% tuvieron un Apgar normal al minuto; mientras que 4 partos pre términos que hace un total de un 8% tuvieron un Apgar al minuto depresión moderada.

Tabla N° 09: Apgar a los 5 minutos de los recién nacido de las gestantes con parto Pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016

Apgar a los 5 minutos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal (de 7 a 10)	50	100%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos. Factores de riesgo desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016

Tabla N° 09: En el presente cuadro se observa que los 50 partos pre términos que hace un total de un 100% nacieron a los cinco minutos con un Apgar normal.

4.1. Discusión de Resultados

En relación al lugar de procedencia de las gestantes con parto pre término se observa que el 54% de gestantes provienen de la zona rural, mientras que 46%, proviene de la zona urbana. Resultado relacionado con **Cueva Mendoza, Eberhard**; en su estudio titulado: “factores de riesgo desencadenantes del parto pre término y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del hospital Román Egoavil - 2014”; llegó a concluir que de 42 gestantes adolescentes que representa el 100%, el 35,7 % eran adolescentes medianas o intermedias y 64,3 % eran adolescentes tardías, la edad promedio de gestantes adolescentes fue 17 años; mientras el 78,6 % procedían de zonas urbanas y el 21.2% fueron gestantes que procedían de la zona rural.

En relación al estado civil; de las gestantes con parto pre término se tiene que la mayor proporción de gestantes con partos pre términos conviven con su pareja, que representa un 76% del total; mientras 13.1% son casadas; y solo un 4% de las gestantes no tienen una relación estable con sus parejas. Resultado que se relaciona con **Cueva Mendoza, Eberhard**; concluyó que el 69,0% de gestantes con partos pre términos fueron convivientes; mientras que el 31% tuvieron diferentes estados civiles.

En relación a la Ocupación de las gestantes, se encontró que la mayor proporción de gestantes que son el 78% se dedican a los quehaceres de su hogar; mientras que 12% trabajan; y solo un 10% de gestantes estudian. Al respecto **Cueva Mendoza, Eberhard**; en su estudio titulado: “factores de riesgo desencadenantes del parto pre término y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del hospital Román Egoavil - 2014”; llegó a concluir también que un 81,0% de gestantes con partos pre términos son amas de casa llegando a concluir que el presente trabajo de investigación coincide con su estudio de cueva.

En cuanto a la atención prenatal; de gestantes con partos pre términos, el 54% tuvieron menores a seis atenciones prenatales, el 46% de gestantes tuvieron atención prenatal mayor a seis atenciones. **Cueva Mendoza, Eberhard**; en su estudio titulado: “factores de riesgo desencadenantes del parto pre término y sus complicaciones materno

perinatales en gestantes adolescentes del hospital Román Egoavil - 2014”; llego a concluir que el 64,3 % presentaron menos de 6 controles prenatales, Por lo tanto en este estudio la atención pre natal no fue un factor determinante para desencadenar un parto pre termino.

En relación a las enfermedades obstétricas de las gestantes con parto pre termino en el Hospital Pesce Pescetto 2016; se encontró la distribución de enfermedades obstétricas de las gestantes con partos pre término; el 56% de gestantes presentaron más de una complicación obstétrica tales como anemias, infecciones del tracto urinario, antecedentes de partos pre términos, pree eclampsia severa, etc.; seguido de un 12% de gestantes que cursaron con infección del tracto urinario durante el embarazo; mientras que el 10% de gestantes presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas y anemias respectivamente; el 8% de gestantes con partos pre términos presentaron pre eclampsia y solo el 2% de gestantes presentaron infecciones vaginales y otros., resultado que se relaciona con el estudio de **Rodríguez, y et, al.**; en un estudio: “Epidemiología y factores de riesgo para parto pre término en el servicio de maternidad del hospital militar central nueva granada - 2008”; llego a concluir que el riesgo frecuentes para parto pre término fue la pre eclampsia (30%), restricción de crecimiento intrauterino(20.4%), embarazo gemelar (14.7%), infección urinaria(13.1%) y corioamnionitis (13.1%).

En relación al nivel de Instrucción; el 54% de gestantes alcanzaron la educación secundaria, mientras que 18% de gestantes con partos pre términos tuvieron un nivel de instrucción primaria y superior respectivamente; y un 10% no tuvo acceso a la educación. **Cueva Mendoza, Eberhard**; en su estudio titulado: “factores de riesgo desencadenantes del parto pre término y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del hospital Román Egoavil - 2014”; concluyó que el 47,6 % tuvieron secundaria incompleta.

En relación a la paridad, de las gestantes se tiene que el 50% de gestantes con partos pre términos encuestadas tuvieron más de un parto; mientras que el 40% de gestantes no ha tenido partos anteriores, y el 10% de gestantes fueron nulíparas. Resultado no

coincidente con **Cueva Mendoza, Eberhard**; en su estudio titulado: llegó a concluir que la mayoría (59,5 %) de gestantes con parto pre término fueron Primigestas.

En relación al Apgar del Recién Nacido Pre termino al minuto; se observó que el 92% de recién nacidos tuvieron APGAR al minuto Normal (puntaje 7 a 10) y el 8% de recién nacidos presentaron un Apgar al minuto Depresión moderada (puntaje 4 a 6) resultado que se explica la prematurez del recién nacido debido a que sus pulmones no se encuentran maduros para soportar el transito del canal de parto y a la adaptación al medio ambiente.

En relación al APGAR del Recién Nacido Pre termino a los 5 minutos; de los recién nacido de las gestantes con parto pre término; se observa que el 100% de los recién nacidos nacieron con un Apgar normal (puntaje 7 a 10).

Conclusiones

1. Probablemente los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término fueron con un 56% con más de una complicación obstétrica tales como anemias, infecciones del tracto urinario, los cuales serán tomados en cuenta para tomar decisiones a los directivos para el buen manejo de protocolos.
2. Los factores demográficos de las gestantes con parto pre termino fueron: donde el 54% de gestantes provienen de la zona rural; el 13.1% son casadas; 78% se dedican a los quehaceres de su hogar; 12% de gestantes trabajan y un 10% estudian.
3. La resultante neonatal de las gestantes con parto pre término fue donde el 92% de recién nacidos tuvieron un Apgar normal al minuto; mientras que el 100% de recién nacidos tuvieron un Apgar normal a los cinco minutos.

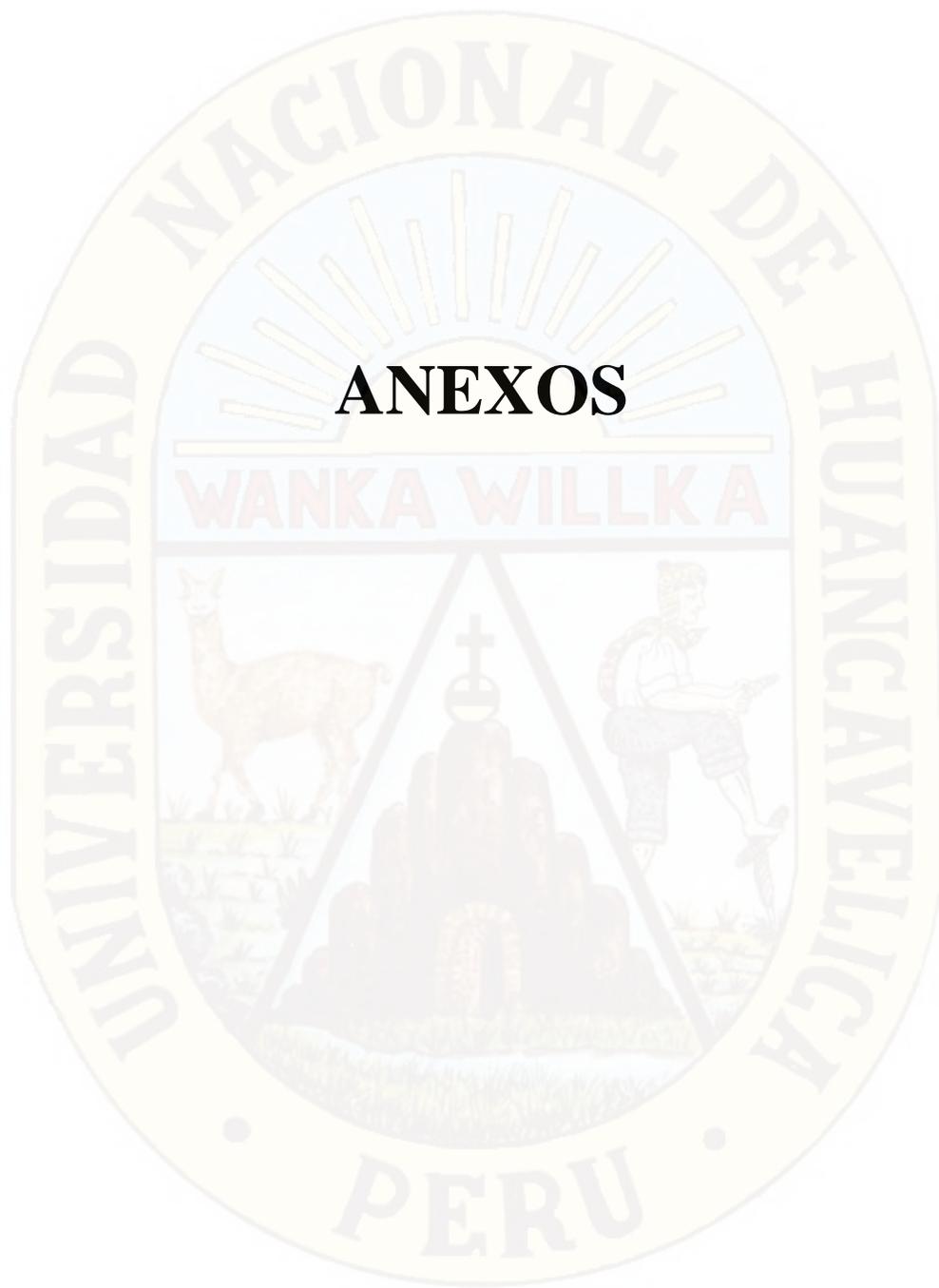
Recomendaciones

1. A los profesionales de la salud, realizar trabajos de investigación que tenga relación directa de infecciones del tracto urinario y parto pre término; debido a que en el presente trabajo de investigación fue un segundo factor de riesgo que desencadeno un trabajo de parto pre término.
2. Al hospital de Andahuaylas, realizar trabajos de investigación sobre las complicaciones perinatales en partos pre términos.
3. Al jefe del departamento de Obstetricia, establecer estrategias para un mejor manejo de madres gestantes, para así, evitar enfermedades asociadas al embarazo que ocasionen el parto pre término.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

1. Retureta M, León O, Rojas L, Álvarez M. Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila.
2. Rodríguez R, Rodríguez E. Epidemiología y factores de riesgo para parto pre término en el servicio de Maternidad del Hospital Militar Central, 2014
3. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, Regional And Worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012.
5. León O; Rojas L y Álvarez M; en su estudio: “Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila de Cuba - 2014”
6. Cueva Mendoza, Eberhard, en su estudio titulado: “factores de riesgo desencadenantes del parto pre término y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del hospital Román Egoavil – 2014
7. Sánchez C, en su estudio: “Características epidemiológicas asociadas al parto pre término en el Hospital Belén de Trujillo 2012 - 2014”.
8. Rodríguez, R. E. Y rodríguez, E.C, en un estudio: “Epidemiología y factores de riesgo para parto pre término en el servicio de maternidad del hospital militar central nueva granada - 2008”.
9. Riva Reátegui, en su estudio: “Factores de riesgo para parto pre término espontaneo en gestantes Adolescentes del Hospital de Apoyo N°2 Yarinacochas Pucallpa – 2009”.
10. Scwarchz R, Sala, Duverges. Obstetricia. Octava edición.
11. Uranga Imaz F. Obstetricia práctica. Novena edición.
12. F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom, editores. Williams Obstetricia. 21a ed. España: Panamericana; 2002.

13. Juan Aller, Gustavo Pagés. Obstetricia Moderna. 3a ed. Venezuela: Mc Graw Hill-Interamericana; 2012
14. Orlando Rigol Ricardo, et al. Obstetricia y Ginecología 1a ed. Ciudad de La Habana-Cuba: Ciencias Médicas; 2004.
15. Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Hernández-Avila M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Salud pública de México.
16. Londoño J.L. Metodología de la investigación epidemiológica. 5ta ed. Colombia: Manual moderno; 2014
17. ENDES. Encuesta demográfica y de salud Familiar. Internet. Disponible en: Unfpaperu@Unfpa.Org.Pe.
18. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ta Edición. México: Interamericana-Mc GRAW-HILL; 2010.
19. Internet. <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1425>.
20. Peraza G, Pérez S, Figueroa Z. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integ 2001; 17.
21. Martínez, J. M. (2002-2006). Factores maternos relacionados con el parto pre término y su repercusión en el neonato. UNANUE.
22. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológico. 4ta Edición. Perú 2000.
23. Guías de atención de Emergencias Obstétricas. Hospital Hugo Pesce Pesceto.
24. Guías de práctica y clínica para la atención de complicaciones Obstétricas según nivel de capacidad resolutive 2007.
25. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá Colombia; 2013.



ANEXOS

Anexo A: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: “Factores de Riego Desencadenantes del Parto Pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016”

INSTRUCCIONES: El llenado de la ficha de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas.

Historia N°:.....Fecha:..... Hora:.....

I. Dimensión factores demográfico:

1. Edad:..... Años

2. Procedencia:

✓ Urbana.

✓ Rural.

3. Grado de Instrucción:

✓ Analfabeta.

✓ Primaria.

✓ Secundaria.

✓ Superior.

4. Estado Civil

✓ Soltera.

✓ Casada.

✓ Conviviente.

✓ Viuda.

✓ Divorciada.

5. Ocupación

✓ Su casa.

✓ Estudiante.

- ✓ Trabaja.

II. Dimensión Factores Obstétricos

6. Edad Gestacional: Semanas

- ✓ Gesta:.....
- ✓ Para:.....

7. Paridad:

- ✓ Nulípara
- ✓ Primípara
- ✓ Multípara

8. Control Pre Natal:

- ✓ menor a 6 controles (Inadecuado)
- ✓ Mayor a 6 controles (Adecuado)

III. Dimensión enfermedades obstétricas desencadenantes del parto pre término.

9. Enfermedades Obstétricas

- ✓ ITU:
- ✓ Infecciones Vaginales
- ✓ Antecedentes de Ruptura prematura de membranas
- ✓ Embarazo Múltiple
- ✓ Anemia
- ✓ Pre eclampsia
- ✓ Diabetes gestacional
- ✓ Placenta previa
- ✓ Poli hidramnios
- ✓ Otro

IV. Dimensión Resultante Neonatal:

Apgar:

10. Apgar Al minuto

Normal 7 a 10

Depresión Moderada 4 a 6

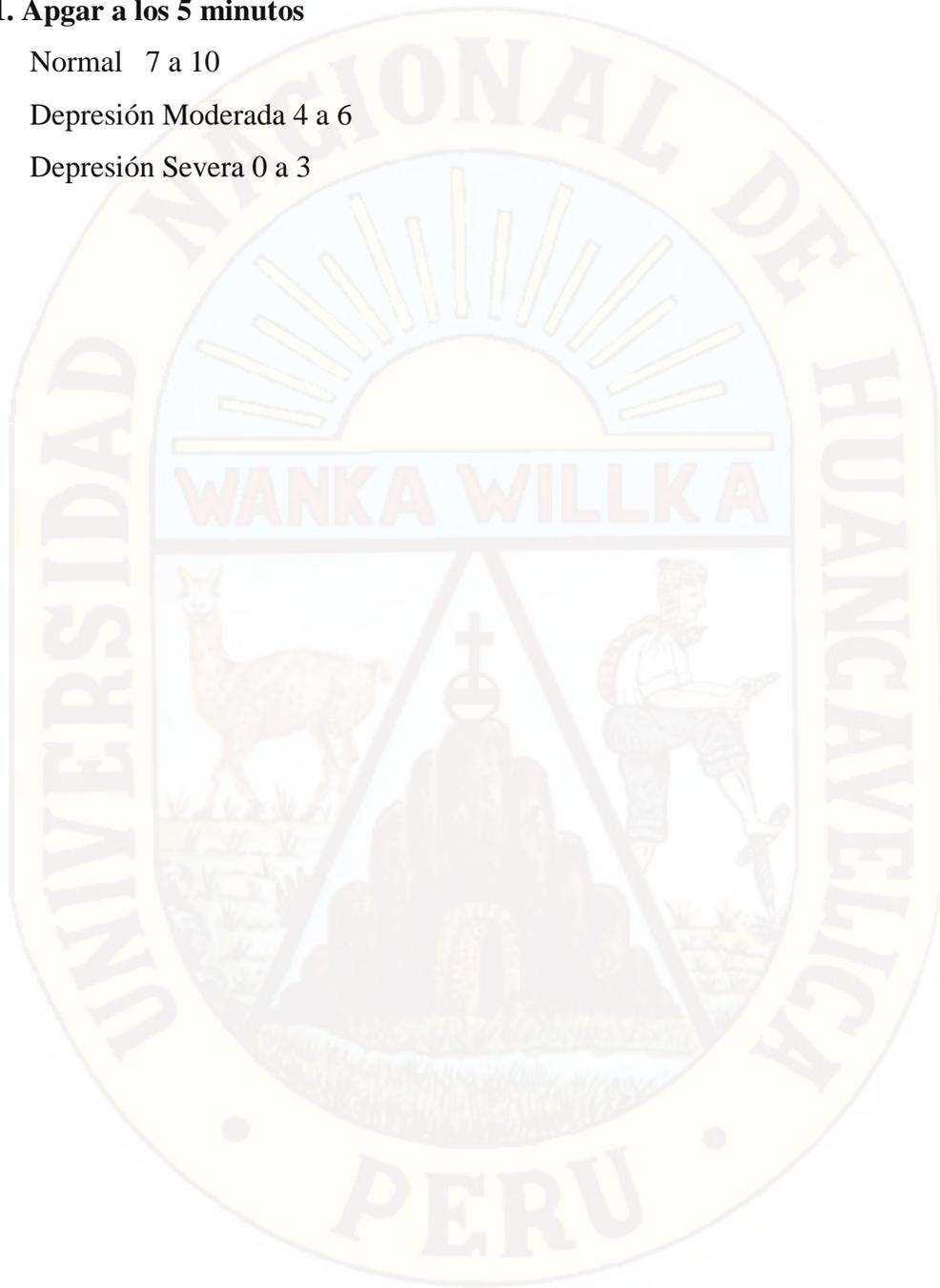
Depresión Severa 0 a 3

11. Apgar a los 5 minutos

Normal 7 a 10

Depresión Moderada 4 a 6

Depresión Severa 0 a 3



ANEXO B: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	DIMENSIÓN	INDICADOR	METODOLOGÍA	
¿Cuáles son los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término en Gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016?	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar cuáles son los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término en Gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto, Andahuaylas 2016?</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Determinar los factores demográficos de las gestantes con parto pre termino en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2016. Determinar los factores Obstétricos desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2016. Determinar las enfermedades obstétricas desencadenantes del parto pre término en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2016. Determinar la Resultante Neonatal de gestantes con parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2016.</p>	FACTORES DEMOGRÁFICOS	Eda Pescetto, Andahuaylas 2016d	<p>Tipo de Investigación Descriptivo, Observacional, y de temporalidad transversal</p> <p>Nivel de Investigación Descriptivo</p> <p>Población. Todas las gestantes con Parto, pre término en el hospital Andahuaylas.</p> <p>Muestra. Censal</p> <p>Criterios de Inclusión • Todas HC de gestantes con parto pre término 2016</p> <p>Criterios de exclusión • HC incompletas.</p> <p>Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos</p> <p>a) Estadística Descriptiva: Se utilizarán tablas distribución de frecuencias absolutas y porcentuales y gráficos de barras.</p> <p>b) Programas Estadísticos: Se empleará el programa SPSS versión 21,0., Microsoft Excel.</p>	
			Procedencia		
			Grado de Instrucción		
			Estado civil		
			Ocupación		
		FACTORES OBSTÉTRICOS	Paridad		
			Control Pre Natal		
			ENFERMEDADES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS		Anemia
					Infección del Tracto urinario
					Infecciones Vaginales
					Antecedentes de Ruptura Prematura de membranas
		Antecedente de parto pre termino			
		Más de un antecedente			
RESULTANTE NEONATAL	Apgar Al minuto Apgar a los 5 minutos				

ANEXO C: DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

 **GOBIERNO REGIONAL APURIMAC** 

Nº 009021

SOLICITA: *Autorización para la Remisión de Historias clínicas*

FORMATO UNICO DE TRAMITE

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS

YO, *Nilda Lima Orozco*
Identificado (a) con DNI Nº: *41183768*
Con domicilio en *el Jirón Mariano Valgoz. Nº 214 - San Jerónimo*
De la ciudad de *San Jerónimo*
De ocupación *obstetra*

Ante Usted, con el debido respeto me presento y expongo:
Que, *teniendo la necesidad de concluir el proyecto de tesis titulado: "Factores de Riesgo Desencadenantes del parto Pretermino en Gestantes del Hospital Negr. Pura Purullo - Andahuaylas 2016", solicito a su despacho la autorización y facultación al área de admisión para tener acceso de información de las Historias clínicas y en obtener mi título en la segunda especialidad en "Emergencias y alto riesgo obstétrico", realizada en la Universidad de Huancavelica*

Adjunto: - 01 copia de Proyecto de Tesis

POR LO EXPUESTO:
Ruego a Usted, Señor Director, atender a mi pedido por ser justa y le

Andahuaylas, *21* de *Setiembre* del 2017.

GOBIERNO REGIONAL APURIMAC
Hospital Sub Regional Andahuaylas
Nº de Registro: *5525*
21 SEP 2017
Hora: *3:58 PM*
Firma: *[Firma]* Hoja: *1*


Nilda Lima Orozco
OBSTETRA
C.P. Nº 25985

NOMBRES Y APELLIDOS: *Nilda Lima Orozco*
DNI Nº: *41183768*

ANEXO D: REGISTROS VISUALES



ÁREA DE ARCHIVO



BÚSQUEDA DE HISTORIAS CLÍNICAS

