"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

## PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

**TESIS**

# Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR:**

**Obsta. Iturrizaga Tarazona, María Del Carmen**
**Obsta. Inga Chocca, Odelia Nancy**

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

**HUANCAVELICA – PERÚ**
**2021**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a los diecinueve días del mes de noviembre a las 11:15 horas del año 2021 se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis de las Egresadas:

**ITURRIZAGA TARAZONA MARIA DEL CARMEN y INGA CHOCCA ODELIA NANCY**

Siendo los Jurados Evaluadores:

***Presidente*** ***: Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES***
***Secretaria*** ***: Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN***
***Vocal*** ***: Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE***

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE, JUNIN 2020.**

**Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 517-2021-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 11:45 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que suspendan la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.**

Observaciones:
.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 19 de noviembre del 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
Dra. LINA ROSAS INDUMIAS PINEDA
DECANA
V°B° DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
Mg. Yudith Flor De La Cruz Ramos
JEFA DE SECRETARIA DOCENTE
V°B° SECRETARIA DOC.

**TÍTULO DE LA TESIS**

# Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

**Autor:**

**Obsta. Iturrizaga Tarazona, María Del Carmen**
**Obsta. Inga Chocca, Odelia Nancy**

**Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco**

## Dedicatoria

A mis queridos padres Bernardo y Lucila quienes afectuosa y desinteresadamente me apoyaron moral y económicamente para lograr concluir mi tesis.

María Del Carmen Iturrizaga Tarazona

Esta tesis se lo dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar enseñándome a enfrentar ante las adversidades que se me presentaron.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

Odelia Nancy Inga Chocca

# Agradecimiento

Un profundo agradecimiento aquellos que junto a mi caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza; en especial para Dios, mis padres y hermanos.

Mi gratitud a mi asesor el Dr. Leonardo Leyva Yataco, por su constante apoyo, sus indicaciones y orientación que fueron indispensables para la culminación exitosa de la tesis.

María Del Carmen Iturrizaga Tarazona

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por su amor, comprensión y apoyo incondicional, para cumplir con mis metas trazadas.

A todas las personas que hicieron posible este trabajo.

Odelia Nancy Inga Chocca

# Índice

Dedicatoria ..... vi
Agradecimiento ..... vii
Índice ..... viii
Índice de tablas ..... x
Resumen ..... xi
Abstract ..... xii
Introducción ..... xiii
CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
1.1. Descripción del problema ..... 15
1.2. Formulación del problema ..... 17
1.4. Justificación ..... 18
1.5. Limitaciones ..... 19
CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO
2.1. Antecedentes de la investigación ..... 20
2.2. Bases teóricas ..... 24
2.3. Definición de términos ..... 51
2.4. Identificación de variables ..... 52
2.5. Operacionalización de variables ..... 53
CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
3.1. Ámbito temporal y espacial ..... 54
3.2. Tipo de investigación ..... 54
3.3. Nivel de investigación ..... 54
3.4. Métodos de investigación ..... 55
3.5. Diseño de investigación ..... 55
3.6. Población, muestra y muestreo ..... 55
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos ..... 56
3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos ..... 56
CAPÍTULO IV
PRESENTACION DE RESULTADOS
4.1. Análisis de información ..... 57
4.2. Discusión de resultados ..... 63
Conclusiones ..... 67
Recomendaciones ..... 68
Referencias bibliográficas ..... 69

Anexos: ..... 75
Anexo 1: Matriz de consistencia ..... 76
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos ..... 79
Anexo 3: Juicio de expertos ..... 82
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar ..... 85

# Índice de tablas


| | | |
|---|---|---|
| Tabla 1. | Características sociodemográficas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020. | 57 |
| Tabla 2. | Características obstétricas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020. | 59 |
| Tabla 3. | Características clínicas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020. | 61 |
| Tabla 4. | Complicaciones obstétricas presentes en la amenaza de parto prematuro en las pacientes atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020. | 62 |

# Resumen

**Objetivo.** Identificar el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020. **Metodología.** Investigación transversal, retrospectiva. Nivel descriptivo. El método inductivo. Diseño descriptivo simple. Para el estudio la población estuvo constituida por todas las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020; que según registros hospitalarios fueron un total de 77 pacientes. Muestra censal. Técnica análisis documental e instrumento, ficha de recolección de datos. **Resultados.** El 50.6% tuvieron una edad de 19 a 26 años, el 27.3% tuvieron edades extremas (≤ a 18 años o ≥ a 35 años). El 11.7% tuvieron educación primaria, el 58.4% educación secundaria y el 29.9% educación superior. El 74% fueron convivientes, el 20.8% fueron solteras. El 77.9% fueron amas de casa. El 67.5% tuvieron un peso normal, el 32.5% no tuvieron un peso adecuado. El 10.4% no tuvieron atención prenatal (APN), el 45.5% tuvieron su primera APN antes de las 14 semanas. El 42.9% fueron nulíparas, el 37.7% fueron primíparas, el 16.9% fueron multíparas. El 41.6% no tuvieron periodo intergenésico por ser nuligestas, el 13% tuvieron un periodo intergenésico corto, el 27.3% tuvieron un periodo intergenésico normal y el 18.2% tuvieron un periodo intergenésico largo. El 23.4% de las gestantes presentaron antecedentes de riesgo. El 10.4% tuvieron anemia moderada, el 3.9% tuvieron anemia leve. El 88.3% tuvieron comorbilidades médicas. La principal comorbilidad medica fue la infección de tracto urinario (63.6%); síndrome de flujo vaginal (15.6%), vulvovaginitis (3.9%), COVID-19 (2.6%), condilomatosis (1.3%) y diabetes (1.3%). El 20.8% presentaron amenaza de parto prematuro moderado (De 32 a < 34 semanas) y el 46.8% presentaron amenaza de parto prematuro tardío (De 34 a < 37 semanas). El 13% presentaron sufrimiento fetal. El 36.4% presentaron inicio de trabajo de parto, el 18.2% presentaron rotura prematura de membranas, el 9.1% (7) presentaron preeclampsia. **Conclusiones.** Las gestantes con amenaza de parto prematuro fueron jóvenes, con secundaria, convivientes, amas de casa, de peso normal, sin APN antes de las 14 semanas, nuligestas, nulíparas, con infección de tracto urinario, el síndrome de flujo vaginal y la anemia.



**Palabras clave:** Amenaza de parto prematuro, prematuridad, perfil epidemiológico, característica de la prematuridad.

# Abstract

**Objective.** Identify the epidemiological profile of pregnant women with threatened preterm birth attended at the David Guerrero Duarte Health Center, Junín 2020. **Methodology.** Cross-sectional, retrospective research. Descriptive level. The inductive method. Simple descriptive design. For the study, the population consisted of all pregnant women with threat of premature birth attended at the David Guerrero Duarte Health Center, Junín 2020; According to hospital records, there were a total of 77 patients. Census sample. Document analysis technique and instrument, data collection sheet. **Results**. 50.6% had an age of 19 to 26 years, 27.3% had extreme ages (≤ to 18 years or ≥ to 35 years). 11.7% had primary education, 58.4% secondary education and 29.9% higher education. 74% were cohabiting, 20.8% were single. 77.9% were housewives. 67.5% had a normal weight, 32.5% did not have an adequate weight. 10.4% did not have prenatal care (APN), 45.5% had their first APN before 14 weeks. 42.9% were nulliparous, 37.7% were primiparous, 16.9% were multiparous. 41.6% had no period between pregnancies due to being null, 13% had a short period between pregnancies, 27.3% had a normal period between pregnancies and 18.2% had a long period between pregnancies. 23.4% of the pregnant women had a history of risk. 10.4% had moderate anemia, 3.9% had mild anemia. 88.3% had medical comorbidities. The main medical comorbidity was urinary tract infection (63.6%); vaginal discharge syndrome (15.6%), vulvovaginitis (3.9%), COVID-19 (2.6%), condylomatosis (1.3%) and diabetes (1.3%). 20.8% presented threat of moderate preterm birth (From 32 to <34 weeks) and 46.8% presented threat of late preterm birth (From 34 to <37 weeks). 13% presented fetal distress. 36.4% had the onset of labor, 18.2% had premature rupture of the membranes, and 9.1% (7) had pre-eclampsia. **Conclusions.** Pregnant women with threatened preterm birth were young, with secondary school, partners, housewives, of normal weight, without APN before 14 weeks, nulliparous, nulliparous, with urinary tract infection, vaginal discharge syndrome and anemia.



**Keywords:** Threat of premature birth, prematurity, epidemiological profile, characteristic of prematurity.

# Introducción

La Prematuridad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas (1, 2).

El parto pre termino o prematuridad es de etiología compleja y multifactorial; 15 millones de bebes nacen antes de las 37 semanas, lo que representa uno de cada diez nacidos vivos, cada año mueren aprox. un millón de niño prematuros en el momento del parto debido a complicaciones y los que sobreviven tiene alguna discapacidad (3). En España, la tasa de prematuridad es del 9,5%, en Chile su incidencia es del 9% (4). En 184 países estudiados, la tasa de partos prematuros oscila entre el 5% y el 18% (5).

La amenaza de parto prematuro, es un proceso clínico sintomático que consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, es de causa multifactorial (6). En la mayoría de casos de pacientes que ingresan con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, la hospitalización por esta patología supone gran parte de los costos asociados al cuidado prenatal, el riesgo real de que se desencadene en un parto prematuro es de 20 al 30 % (7).

La prematuridad es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces (8).

La mayoría de los partos prematuros ocurren espontáneamente; las causas más comunes incluyen embarazos múltiples, infecciones y enfermedades crónicas, como la diabetes y alta presión arterial; sin embargo, frecuentemente no se identifica una causa; existe también una influencia genética (9).

Existen muchos factores de riesgo para la amenaza de un parto prematuro o parto prematuro; su etiología es desconocida, probablemente ocurre cuando los factores uterinos locales estimulan prematuramente la contractilidad uterina o los factores supresores que inhiben el desencadenamiento del parto y mantienen la quietud uterina,

son abolidos prematuramente (10). Los principales factores que conducen al parto prematuro son la infección intrauterina, la hemorragia decidual, la sobre distención de la musculatura uterina y el estrés materno o fetal, también influyen la insuficiencia vascular útero-placentaria, la respuesta inflamatoria exagerada, los factores hormonales, la insuficiencia cervical y la predisposición genética (10).

En el Perú la incidencia de partos prematuros va del 5 – 10%, y en casi de la mitad de las mujeres que tienen estas características, no se logra identificar la causa; sin embargo, se ha encontrado factores de riesgo como el antecedente de parto prematuro previo, sobre distensión uterina, embarazos gemelares, falta de atenciones, desnutrición, infecciones vaginales no tratadas, entre otros (11).

Las gestantes de la ciudad de Concepción (Junín), no son ajenas al problema de la amenaza del parto prematuro; así mismo se tiene escaza información sobre los aspectos epidemiológicos de este problema en las gestantes, por lo cual nos vimos motivadas a realizar un estudio sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte.

El informe de consta de cuatro capítulos: Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II contiene el marco teórico, el Capítulo III plantea la metodología del estudio y el IV Capitulo presenta los resultados del estudio.

# CAPÍTULO I
# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1. Descripción del problema

La Prematuridad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas (1, 2).

El parto pretérmino o prematuridad es de etiología compleja y multifactorial; según estadísticas mundiales se considera que 15 millones de bebes nacen antes de este periodo establecido, lo que representa uno de cada 10 nacidos vivos, cada año mueren aproximadamente un millón de niño prematuros en el momento del parto debido a complicaciones y los que sobreviven tiene alguna discapacidad (3). En España, la tasa de prematuridad es del 9,5%, en Chile su incidencia es del 9% (4). En 184 países estudiados, la tasa de partos prematuros oscila entre el 5% y el 18% (5).

La amenaza de parto prematuro, es un proceso clínico sintomático que consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial (6). En la mayoría de casos de pacientes que ingresan con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, la hospitalización por esta patología supone gran parte de los costos asociados al cuidado prenatal, el riesgo real de que se desencadene en un parto prematuro es de 20 al 30 % (7).

La prematuridad es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces (8).

Según el informe de acción global de la organización mundial de salud de Nueva York; reportaron que la mayoría de los partos prematuros ocurren espontáneamente; las causas más comunes incluyen embarazos múltiples,

infecciones y enfermedades crónicas, como la diabetes y alta presión arterial; sin embargo, frecuentemente no se identifica una causa; existe también una influencia genética; el conocimiento de esta problemática mejorará el desarrollo de soluciones preventivas (9).

Son varios los determinantes que pueden afectar el curso normal de un embarazo como los determinantes biológicos, el sistema de salud sobre todo el acceso a servicios de salud y de atención primaria, tecnología en salud, los determinantes sociales como la pobreza, estructura familiar, calidad de la vivienda, acceso a alimentos saludables, cohesión social, percepción de discriminación/ inequidad, acceso a empleo, situación laboral, políticas que apoyen la promoción de la salud, entornos escolares seguros e ingreso a la educación superior (6); estos determinantes se presentan como factores relacionados a la amenaza de parto pretérmino por lo cual es importante su caracterización para comprender el problema (7, 8).

Existen muchos factores de riesgo para la amenaza de un parto prematuro; su etiología es desconocida, probablemente ocurre cuando los factores uterinos locales estimulan prematuramente la contractilidad uterina o los factores supresores que inhiben el desencadenamiento del parto y mantienen la quietud uterina, son abolidos prematuramente (10). Los principales factores que conducen al parto prematuro son la infección intrauterina, la hemorragia decidual, la sobre distención de la musculatura uterina y el estrés materno o fetal, también influyen la insuficiencia vascular útero-placentaria, la respuesta inflamatoria exagerada, los factores hormonales, la insuficiencia cervical y la predisposición genética (10).

En el Perú la incidencia de partos prematuros va del 5 – 10%, y en casi de la mitad de las mujeres que tienen estas características, no se logra identificar la causa; sin embargo, se ha encontrado factores de riesgo como el antecedente de parto prematuro previo, sobre distensión uterina, embarazos gemelares, falta de atenciones, desnutrición, infecciones vaginales no tratadas, entre otros (11).

Las gestantes de la ciudad de Concepción (Junín), no son ajenas al problema de la amenaza del parto prematuro o parto prematuro; así mismo se tiene escaza información sobre los aspectos epidemiológicos de este problema en las gestantes, por lo cual nos vimos motivadas a realizar un estudio sobre el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte.

Es importante conocer y comprender el perfil epidemiológico de estas pacientes con la finalidad de realizar acciones sanitarias más efectivas, ya que conociendo el patrón o perfil se puede organizar la atención sanitaria de acuerdo a la demanda y realizar una intervención preventiva o inmediata; así mismo contribuir a la disminución de las complicaciones materno perinatales.

## 1.2. Formulación del problema

### 1.2.1. Problema general

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020?

### 1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020?
- ¿Cuáles son las características clínicas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020?

## 1.3. Objetivos de la investigación

### 1.3.1. Objetivo general

Identificar el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

### 1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.
- Identificar las características clínicas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

## 1.4. Justificación

Existen muchos factores de riesgo para la amenaza de un parto prematuro; su etiología es desconocida, probablemente ocurre cuando los factores uterinos locales estimulan prematuramente la contractilidad uterina o los factores supresores que inhiben el desencadenamiento del parto y mantienen la quietud uterina, son abolidos prematuramente (10). Los principales factores que conducen al parto prematuro son la infección intrauterina, la hemorragia decidual, la sobre distención de la musculatura uterina y el estrés materno o fetal, también influyen la insuficiencia vascular útero-placentaria, la respuesta inflamatoria exagerada, los factores hormonales, la insuficiencia cervical y la predisposición genética (10).

En el Perú la incidencia de partos prematuros va del 5–10%, y en casi de la mitad de las mujeres que tienen estas características, no se logra identificar la causa; sin embargo, se ha encontrado factores de riesgo como el antecedente

de parto prematuro previo, sobre distensión uterina, embarazos gemelares, falta de atenciones, desnutrición, infecciones vaginales no tratadas, entre otros (11).

Conocer el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro de manera detallada sobre todo en los aspectos sociodemográficos, obstétricos y clínicos; permitirán tener una comprensión integral de esta patología obstétrica en su contexto.

Los resultados permitirán organizar la intervención sanitaria de acuerdo al perfil epidemiológico de estas pacientes; fortalecer las actividades de prevención primaria y secundaria; en el primer y segundo nivel de atención; contribuyendo a disminuir la incidencia de este problema y sus complicaciones.

## 1.5. Limitaciones

El proceso de recolección de datos tuvo demoras, por las restricciones de bioseguridad implementada en el establecimiento de salud por la emergencia sanitaria ante la pandemia del COVID-19.

# CAPÍTULO II
# MARCO TEÓRICO

## 2.1. Antecedentes de la investigación

Ahumada et al (12), estudiaron el parto pretérmino, con el objetivo de Identificar los factores de riesgo para parto pretérmino en un grupo de gestantes de Bogotá, Colombia; materiales y métodos: estudio de cohorte retrospectivo, muestra de 452 pacientes que habían participado en un estudio primario y que ya habían dado a luz; resultados: el 10,4% (47) de las gestantes tuvieron partos pretérminos de ellas, el 1,55% (7) fueron entre las semanas 28 y 31,6; y el 8,85% (40), entre las semanas 32 y 36,6; La edad promedio fue de 28,1 años, anemia 2,13%, antecedentes de aborto 34%, multigesta 61,7%, primigesta 38,3%, diagnóstico de preeclampsia 29,7%, infección durante el embarazo 8,5%; los factores de riesgo asociados fueron los siguientes: tener preeclampsia (severa y no severa), con un RR=5,05 (IC95%: 3,0-8,51), ocurrencia de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), con un RR=4,40 (IC95%: 2,44-7,98); conclusiones; de acuerdo con los hallazgos reportados en el presente estudio, es necesario planear e implementar estrategias y políticas públicas que promuevan mejores prácticas de atención prenatal que, a su vez, permitan la detección temprana de condiciones como la preeclampsia y la RCIU, lo que hará posible reducir la incidencia de partos pretérmino en la ciudad y utilizar la experiencia y resultados obtenidos en el resto del país.

Torres (13), estudio la amenaza de parto pretérmino, con el objetivo de determinar la evolución clínica de las pacientes con amenaza de parto pretérmino con longitud cervical menor de 25 mm del Hospital Fernando Vélez Paiz de abril 2018 a noviembre 2019; se realizó un estudio descriptivo, correlacional; fueron describiéndose las características sociodemográficas y perinatales de las pacientes, hallazgos ecográficos de longitud cervical, condiciones clínicas y ultrasonográficas asociadas al parto pretérmino de las

pacientes; del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: Las edades más frecuentes esta antes de los 29 años con un 88,3%, un nivel de escolaridad de predomino secundaria 66,3%, la procedencia urbana fue la que predominó en un 80,2%, El estado civil el más común fue unión de hecho 69,8% y la ocupación eran amas de casa con un 84,9%; en los antecedentes obstétricos la que tiene mayor frecuencia son las primigestas 54,7% y la mayoría de las pacientes se encontraba entre 34 a 36,6 semanas, un buen grupo presentaron infección vaginal 32,6%, La mayoría de las pacientes tenían una cervicometría menor o igual a 15 mm 51,2%; en las complicaciones neonatales se presentó un caso de muerte, Ninguno de los recién nacidos presentó asfixia, El 44,2% presentó prematuridad, Al asociar la edad gestacional con la longitud cervical un buen porcentaje presentó una longitud menor de 15 mm, Al correlacionar la edad gestacional con el tiempo de parto desde la medición, se encuentra relevancia estadística.

Barberena y Ñurinda (14), estudiaron la amenaza de parto pretérmino con el propósito de identificar factores asociados que son condicionantes para el parto pretérmino; el estudio fue descriptivo, retrospectivo, realizado en Hospital Alemán Nicaragüense, servicio de Ginecoobstetricia; la muestra fue 100 mujeres en edad fértil con amenaza de parto pretérmino; resultados: edad de 15-18 años 27 (27%), de 19-22 años 33 (33%), 23-26 años 19 (19%), de 27-30 años 9 (9%), de 31-34 años 6 (6%), de 35-38 años 4 (4%); en la escolaridad se encontró 6 (6%) no tienen escolaridad, primaria 19 (19%), secundaria 57 (57%) y universitaria 18 (18%); el estado civil, solteras 20 (20%), casadas 26 (26%), acompañadas 54 (54%); la ocupación, ama de casa 85 (85%), estudiantes 10 (10%) y otra ocupación 5 (5%); bajo peso 25 (25%), normal 31 (31%), sobrepeso 18 (18%), obesidad moderada 17 (17%), obesidad severa 5 (5%) y la obesidad mórbida 4 (4%); las patologías del embarazo actual fueron: cervicovaginitis 24 (24%), vaginitis 12 (12%), VPH 7 (7%), cándida 17 (17%), infección del tracto urinario 80 (80%), síndrome hipertensivo gestacional 15 (15%), ruptura prematura de membranas 17 (17%), diabetes gestacional 11 (11%) y sangrado ante parto 5 (5%); por todo lo antes mencionado

recomendaron a las autoridades del Ministerio de Salud que realicen supervisiones más frecuentes de carácter constructivo a nivel de la atención primaria, y al personal de salud que realizan los controles prenatales que cumplan con el llenado adecuado de la HCPB e identifiquen los factores de riesgo maternos.

Añazco y Lucas (15), estudiaron los factores maternos asociados al parto prematuro, con el objetivo de determinar los factores maternos asociados al parto prematuro en el área de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Tipo de estudio: descriptivo, Método: cuantitativo, de corte: Transversal, Diseño Según el tiempo: Prospectivo, Población: gestantes de 15 a 30 años, atendidas en el área de ginecología, Técnica: Observación indirecta, Instrumento: matriz de recolección de datos de Observación indirecta mediante la revisión de Historias clínicas, Existen varios factores que se asocian con el parto prematuro, como Resultado: la presencia de Infecciones de Vías Urinarias con 76%, Ruptura Prematura de Membrana con el 12%, Trastornos Hipertensivos 7%, Diabetes con el 5% presentándose más en las gestantes de etnia afroecuatoriana, En conclusión: la mayoría de las mujeres que culminan su embarazo en parto prematuro fue por la incidencia de las infecciones de las vías urinarias.

Mejía (16), investigó sobre las Variables clínico epidemiológicas asociados a parto pre término en gestantes del Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero 2017 a Julio del 2018. Su objetivo fue determinar las variables asociadas para parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante Enero del 2017 a Julio del 2018 Materiales y Métodos: Estudio analítico, retrospectivo, caso y control de 400 gestantes hospitalizadas en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Santa Rosa durante Enero del 2017 a Julio del 2018, con 200 casos y 200 controles, que recabó información de las historias clínicas. Se estudiaron 8 factores asociados: edad de riesgo, antecedente de parto pre término, sobrepeso y obesidad pre gestacional, multiparidad, anemia materna, controles prenatales, condición asociada a la

madre y condición asociada al feto. Resultados: De las gestantes con parto pre término, una edad de riesgo (≤ 15 y ≥ 35 años) estuvo presente en el 58.57%, el antecedente de parto pre término en un 79.31%, el sobrepeso u obesidad pre gestacional en un 60.12%, los controles prenatales incompletos en un 68.39%, la anemia materna en un 61.22%, la condición asociada a la gestante en un 70.93% y la condición asociada al feto en un 76.32%, sin embargo, con el análisis bivariado solo resultaron significativas antecedente de parto pre término, sobrepeso y obesidad pre gestacional, controles prenatales incompletos, anemia materna, condición asociada a la gestante y condición asociada al feto. Luego del análisis multivariado, los factores que se asociaron significativamente a parto pretérmino fueron: antecedente de parto pretérmino (OR 3.818), controles prenatales incompletos (OR 4.818), la condición asociada a la gestante (OR 7.107) y la condición asociada al feto (OR 3.871). Conclusiones: El antecedente de parto pretérmino, los controles prenatales incompletos, la condición asociada a la gestante y la condición asociada al feto fueron factores asociados a un aumento de riesgo para parto pre término.

Laines (17), investigó sobre los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017. Su objetivo fue determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017. Material y Métodos: estudio de tipo cuantitativo, no experimental, de diseño analítico de casos y controles, transversal y retrospectivo, con una muestra conformada por 50 casos y 100 controles. se calcularon los odds ratio para estimar el riesgo e intervalos de confianza 95%. Resultados: se obtuvo con mayor asociación de riesgo para parto pretérmino, los factores obstétricos, entre ellos los controles prenatales inadecuados (< 6 controles) 60% para los casos y 25 % para los controles (or=4,89; ic: [2,36 -10,14]). el grupo caso presentó 56% de antecedente de abortos y el grupo control 32,3% (or=2,66; ic: [ 1,32-5,36]). el embarazo múltiple 34 % para los casos y ninguna en los controles (or=4,03; ic: [2,99-5,41]). el 34% de los casos presentaron periodo intergenésico ≥ 2 años y 14% los controles (or=3,16; ic: [1,40-7,13]). entre los factores patológicos

fueron la anemia con 72% para los casos y 18% para los controles (or= 11,71 ic: [5,25 -26,09 ]) , el 68% de los casos presentó infección del tracto urinario y los controles 16% (or=11,15; ic: [5,02 -24,81]) , la ruptura prematura de membranas 56% para los casos y 1% para el grupo control (or=126; ic: [16,26 -976,26]), el 16% de los casos presentó polihidramnios y en el grupo control ninguna presentó y la vaginosis bacteriana con 64% para los casos y 17% para los controles(or=8,68; ic: [3,98 -18,9]) , son factores de riesgo para el parto pretérmino. Conclusiones: los factores de riesgo estadísticamente significativos para presentar parto pretérmino fueron los controles prenatales inadecuados, antecedentes de abortos, embarazo múltiple, periodo intergenésico < 2 años, anemia, infección del trato urinario, ruptura prematura de membranas, polihidramnios y la vaginosis bacteriana.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1. Embarazo

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre; se utilizan varios términos para definir la etapa de desarrollo de la concepción humana y la duración del embarazo; para los fines de la obstetricia, la edad gestacional o edad menstrual es el tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último periodo normal (LNMP), que de hecho antecede al tiempo de la fertilización del ovocito (18).

La edad gestacional se expresa en semanas terminadas; el inicio de la gestación (que se basa en el LNMP) ocurre, en general, dos semanas antes de la ovulación, suponiendo un ciclo menstrual regular de 28 días; La edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre 4 a 6 días después de terminar la ovulación; la edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas; la fecha probable de parto (EDD) se puede calcular

sumando siete días al primer día del último periodo menstrual y restando tres meses más un año (regla de Naegele) (18).

### 2.2.2. Parto

El trabajo de parto es una secuencia de contracciones uterinas que da por resultado el borramiento y dilatación del cuello uterino y los esfuerzos voluntarios de pujo que conducen a la expulsión de los productos de la concepción a través de la vagina; el parto es el modo de expulsión del feto y de la placenta (19). El trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico normal que la mayoría de las mujeres experimenta sin complicación alguna; el objetivo del manejo de este proceso es fomentar un parto seguro tanto para la madre como para el neonato; además, el personal debe esforzarse por hacer que la paciente y quienes la apoyan se sientan bienvenidos, cómodos e informados a lo largo del proceso del trabajo de parto y el nacimiento; debe alentarse el contacto físico entre el neonato y sus progenitores; hacer el máximo esfuerzo por fomentar la interacción familiar y apoyar el deseo de unión de la familia (19).

### 2.2.3. Amenaza de parto prematuro

La amenaza de parto prematuro, es un proceso clínico sintomático que consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial (6).

Según el momento en que se produzca la **amenaza de parto prematuro** (APP) se clasifica en diversos tipos (20):

- Tardío: De 34 a < 36 semanas.
- Moderado: De 32 a < 34 semanas.
- Muy prematuro: De 28 a < 32 semanas.
- Extremadamente prematuro: menos de 28 semanas.

#### 2.2.3.1. El diagnóstico de amenaza de parto prematuro o pretérmino.

Exige la presencia de contracciones (cuatro cada 20-30 minutos u ocho cada 60 minutos, palpables y de más de 30 segundos de duración) con modificación de partes blandas (Bishop mayor de 5 o longitud cervical menor de 25 mm) o rotura prematura precoz de membranas. Hasta en el 80 % de los casos, la etiología del PP es idiopática, mientras que en el 20 % restante puede deberse a gestación múltiple, polihidramnios, apendicitis u otro proceso infeccioso abdominal, bacteriuria, pielonefritis aguda e infección intra amniótica (hasta en el 13 % de los casos) (20).

El éxito en la prevención del nacimiento prematuro o pretérmino está basado fundamentalmente en el conocimiento de los factores que aumentan el riesgo de prematurez y en el diagnóstico precoz de la amenaza de parto pretérmino a fin de establecer oportunamente la farmacoterapia indicada (20).

Cuando solo hay contractilidad uterina aumentada (por encima de lo normal para la edad gestacional); hablamos de amenaza de parto pretérmino: Si, además de la contractilidad uterina aumentada, hay modificaciones cervicales, hablamos de "trabajo de parto pretérmino"; Si hay modificaciones cervicales, sin contractilidad uterina, hablamos de una "incompetencia cervical'; Estas diferenciaciones son muy importantes para el manejo (20).

Existen condiciones maternas, fetales y ovulares que predisponen al parto pretérmino; conociendo estos

factores podremos detectar precozmente el inicio del trabajo de parto, lo cual es el factor principal para obtener éxito en el manejo de este síndrome; una o dos semanas (ojalá se llegue hasta el término) que logremos prolongar un embarazo especialmente entre 26 y 32 semanas de amenorrea significa 250 a 500 g más de peso neonatal y por supuesto; mayores posibilidades de supervivencia (20).

El diagnóstico precoz de la amenaza de parto pretérmino (APP) se basa en la presencia de las siguientes características (20):

1. Edad gestacional entre 20 y menos de 37 semanas de amenorrea confiable, a partir de la fecha de la última menstruación; si hay dudas, debe establecerse la edad gestacional por la medida de la altura uterina (bastante imprecisa), análisis del diámetro biparietal, longitud del fémur o perímetro abdominal fetal por ultrasonido o por pruebas de madurez mediante el análisis del líquido amniótico (20).

2. Contracciones uterinas que ocurran con frecuencia mayor de una en 10 minutos duración mayor de 30 segundos, durante un periodo de 30 minutos; existe una nemotecnia que podemos llamar la regla del 3 es decir para hacer el diagnóstico de parto pretérmino (amenaza o trabajo) deben existir mínimo "tres contracciones en un periodo de 30 minutos que duren al menos 30 segundos cada una" (20).

3. Modificaciones en el cérvix uterino en su posición, borramiento o dilatación; Si solamente hay contractilidad uterina aumentada (sin modificaciones

cervicales), se hace el diagnóstico de "amenaza de parto pretérmino" (APP); Si además de las contracciones hay modificaciones cervicales (borramiento o dilatación) debe hacerse el diagnóstico de "trabajo de parto pretérmino" (TPP); esta distinción es importante para el manejo, pues si solo se hace el diagnóstico de "Amenaza", la paciente probablemente no requiera de hospitalización (20). Aquí también puede ser útil el ultrasonido para visualizar un acortamiento del cérvix (menor de 2,5 cm en la nulípara), dilatación en el orificio cervical interno, adelgazamiento de la parte inferior del segmento uterino (por debajo de 0,6 cm) o protrusión de las membranas en el canal cervical (20).

Si están presentes, nos ayudan a hacer el diagnóstico de TPP; debe destacarse que a toda paciente con embarazo entre 20 y < de 37 semanas, que tenga uno o varios de los factores asociados a nacimientos de pretérmino y que presente contracciones uterinas o modificaciones en el cérvix como los ya mencionados, es necesario iniciarle tratamiento lo más rápido posible; es probable que algunas pacientes sean sobre diagnosticadas, pero ello es preferible a hacer un diagnóstico tardío cuando las probabilidades de éxito sean nulas o casi nulas (20).

#### 2.2.3.2. Manejo de la amenaza de parto prematuro

La amenaza de parto prematuro (APP), es decir cuando solo hay contractilidad uterina aumentada sin que existan aún modificaciones cervicales, se maneja ambulatoriamente con reposo en cama, hidratación oral, un fármaco calcio antagonista por vía oral (de preferencia

nifedipina 20 mg iniciales y luego 10 mg cada 6 horas; si solo disponemos de la presentación oral en tabletas de 30 mg, podemos utilizar 1 tableta cada 12 horas); además, debemos realizar análisis de laboratorio tendientes a buscar la etiología de la APP (20).

**Reposo en cama**

Como está comprobado que la reducción en el flujo sanguíneo uterino se relaciona con el inicio de contracciones uterinas, las pacientes con amenaza de parto pretérmino deben guardar reposo en cama preferiblemente en decúbito lateral izquierdo; puede ayudar, además, la infusión intravenosa de líquidos parenterales: ha sido demostrado cómo al expandirse el volumen sanguíneo se puede inhibir la liberación neuro hipofisiaria de oxitocina (20).

**Tratamiento farmacológico**

Comprende dos grupos grandes de fármacos: los útero inhibidores y los inductores de la madurez pulmonar fetal; los fármacos útero inhibidores (o tocolíticos) pueden ser clasificados en varios grupos dependiendo del mecanismo de acción de los mismos (20).

A continuación, mencionaremos cada grupo de útero inhibidores en orden de importancia actual.

Utilizados frecuentemente:

a) Estimulantes de los adrenoreceptores beta (o betamiméticos): fenoterol, terbutalina, etiladrianol, ritodrine, salbutamol (20).

b) Inhibidores de la prostaglandina-sintetasa: no selectivos (indometacina, asa, ibuprofeno) y

selectivos (inhibidores de la ciclooxigenasa tipo 2, nimesulide) (20).

c) Bloqueadores de los canales de calcio (o calcio antagonistas): nifedipina, nimodipine (20).

d) Sulfato de magnesio (particularmente utilizado en USA) (20).

e) Donantes de óxido nítrico: trinitrato de glicerina (20).

f) Bloqueadores de los receptores para oxitocina (atosibán) (20).

#### 2.2.3.3. Prevención del parto pretérmino

Aunque el uso de fármacos útero inhibidores (calcioantagonista, betamiméticos y antiprostaglandinas) ha disminuido un poco la incidencia de nacimientos de pretérmino, esta continúa siendo bastante alta (20).

Sin embargo, pensamos que, si se hace un manejo más agresivo por parte del médico, tendiente a prevenir el trabajo de parto pretérmino, se puede disminuir dramáticamente la incidencia de recién nacidos de pretérmino; desde este punto de vista y teniendo en cuenta la prevención de esta patología, creemos que todas las embarazadas se pueden clasificar dentro de una de las siguientes cuatro categorías (20):

| Contractilidad uterina aumentada | Modificaciones cervicales | Diagnostico | Manejo |
|---|---|---|---|
| Presente | Ausente | Amenaza de parto pretérmino | Útero inhibición oral |
| Presente | Presente | Trabajo de parto pretérmino | Hospitalización + Útero inhibición + Glucocorticoide |
| Ausente | Presente | Incompetencia | Cerclaje cervical |
| Ausente | Ausente | Ninguno | Educación sanitaria |

En estas cuatro categorías se agrupan las pacientes de acuerdo con la presencia de contracciones uterinas por encima de lo normal (tres contracciones en 30 minutos de más de 30 segundos de duración) y la presencia o no de modificaciones cervicales; en la parte derecha de la tabla están los diferentes diagnósticos y el tratamiento inmediato que se debe realizar ya sea con cerclaje ístmico-cervical, calcioantagonista, betamiméticos oral o terapia triconjugada (betamiméticos, antiprostaglandinas y estimulante de la maduración pulmonar fetal) (20).

Publicaciones más recientes han llamado la atención sobre tres factores de vital importancia en la prevención del PP (20).

Estos son:

**Vaginosis bacteriana.** Se asocia con un riesgo relativo de 1,5 a 3,0 para PP, así como también a una mayor incidencia de infecciones del tracto genital inferior antes y durante la gestación; por lo tanto, siempre debemos realizar un exudado vaginal al comienzo del embarazo para buscar gardnerella vaginalis y hacer tratamiento con clindamicina oral (de elección) o metronidazol; el

tratamiento de la vaginosis antes de la semana 20 disminuye el riesgo de parto pre término (antes de la semana 37) en un 28% (RR= 0,72; IC= 0,55-095) (20).

**Acortamiento del cérvix (< 25 mm).** Este signo es más frecuente en embarazadas con PP previo espontáneo y en los embarazos gemelares: cuando se encuentra el cérvix corto se aumenta en ocho veces las posibilidades de PP; aquí, como ya mencionamos, es útil administrar progesterona hasta las 34 semanas (20).

**Parto prematuro previo.** Constituye el factor de riesgo demográfico más importante; cuando existe este antecedente, el riesgo de PP incrementa de 2 a 6 veces; mientras más pretérmino haya sido el parto anterior, mayores son las posibilidades de PP en el embarazo actual; también está indicada la administración de 200 mg oral o vaginal de progesterona (20).

El parto pretérmino es un problema para la salud pública a nivel mundial, ya que conlleva complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas, a largo plazo se dan parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición (21-23).

Por consiguiente, la sobrevida neonatal es dependiente de la madurez del neonato y aumenta progresivamente con la edad gestacional, por lo que cada día impacta críticamente y disminuye el riesgo de mortalidad y complicaciones (24, 25).

### 2.2.4. Parto prematuro

La Prematurez ha representado un problema de salud pública desde hace siglos, pero es en los últimos años cuando se ha incrementado la incidencia, antes de los años 60 se consideraba inviable el feto menor de 28 semanas; si bien se reportaba ocasionalmente sobrevida de niños menores de 1000 g, la mortalidad para ese grupo era mayor del 90%, el cuidado de los prematuros y la tecnología han ido aumentando gradualmente la sobrevida de niños, y, hoy en día, el límite de viabilidad (suficiente madurez biológica para poder vivir) aceptada en la mayor parte de los países está en las 24 semanas (26).

En Holanda no se reaniman niños que sean menores de 25 semanas y en los Estados Unidos la mayoría de los hospitales acepta las 24 semanas como límite, en Japón la viabilidad definida desde el año 1991 es de 22 semanas, la legislación colombiana para conceder licencia remunerada a las embarazadas cataloga el parto prematuro no viable o aborto a aquellas embarazadas que pierden su hijo antes de la semana 22 (26, 27).

En un estudio en los Estados Unidos (Carolina del Norte), se encontró que los neonatólogos, en el período de un año, reanimaron al 29% de los prematuros de 23 semanas; 67% de los de 24 semanas; 93% de 25 semanas, y 100% de 26 semanas (26).

El hecho de disminuir de 28 a 24 semanas (±1.050 a 550 g) el límite de viabilidad necesariamente lleva a aumentar el porcentaje de partos prematuros (PP); además, cada vez más se programan PP cuando está en riesgo la vida de la madre o del feto, porque los medios diagnósticos perinatales hoy son mucho más avanzados que hace 20 años y se cuenta con unidades de cuidado intensivo que pueden proveer atención a prematuros críticos, con las que no se contaba en el pasado, producto de estas intervenciones se ha

disminuido la mortalidad intrauterina y la mayoría de los niños que antes morían in útero ahora nacen pretérmino (26-28).

El desarrollo de la ventilación mecánica en los Estados Unidos y Europa, en los años 60, y el uso de esteroides prenatales en los años 70 cambiaron la historia natural de la evolución del síndrome de dificultad respiratoria (SDR), causa principal de mortalidad en esa época para la prematurez, en los años 90, el empleo rutinario de surfactante para los prematuros con SDR mejoró la sobrevida de los neonatos menores de 1000 g, pero aumentó o mantuvo estable el porcentaje de prematuros con displasia broncopulmonar (26).

Los prematuros menores de 1000 g tienen tejidos más inmaduros (pulmón), menos capacidad de respuesta antioxidante, reciben más oxidación (oxígeno, trasfusiones), sobreviven más y la consecuencia es que, a pesar del desarrollo de medidas protectoras pulmonares, se presenta displasia broncopulmonar como en el siglo pasado, ahora se están usando medidas ventilatorias menos agresivas (ventilación sincronizada con presiones inspiratorias/espiratorias más bajas, hipercapnia permisiva –CPAP–) y, en algunos estudios, aunque no en todos, se ha observado disminución de la incidencia de displasia broncopulmonar (26, 27).

#### 2.2.4.1. Definiciones de parto prematuro

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez, es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días post concepción; el paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas (26).

En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso. Y las definiciones son las siguientes (26, 27, 29):

a) Peso bajo: menor de 2500 g independientemente de la edad gestacional.
b) Peso muy bajo al nacimiento: menor de 1500 g.
c) Peso extremadamente bajo: menor de 1000 g.

Se debe tener en cuenta que la edad gestacional es mejor predictor que el peso para la sobrevida de los prematuros (26).

Se le ha dado relevancia al cálculo de la edad gestacional y cada vez hay métodos más precisos; sin embargo, la evaluación de la madurez es muy importante y más aún cuando se desconoce la edad gestacional, por ejemplo, un prematuro hijo de madre diabética de 37 semanas puede ser tan o más inmaduro que un prematuro de 34 semanas de una madre no diabética (26).

#### 2.2.4.2. Factores de riesgo

Lograr la identificación de factores de riesgo para nacimientos pretérmino, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, conduciría a realizar intervenciones que podrían ayudar a prevenir un parto pretérmino, no obstante, realizar esta identificación temprana es difícil debido a que un número importante de nacimientos pretérminos ocurre en mujeres que no tienen factores de riesgo (30).

Además de ciertas complicaciones obstétricas que terminan en parto pretérmino requieren de cofactores para ejercer sus efectos, haciendo que la cadena de causalidad sea difícil de documentar (31). Es importante tener en cuenta que el factor de riesgo más importante para predecir un parto pretérmino es tener el antecedente de parto pretérmino, el cual representa un 15% después de

uno y 30% si fueron dos partos pretérmino, este antecedente incrementa de 1,5 a 2 veces el riesgo (32).

Algunos de los factores de riesgo identificados son:

**Antecedentes** (29-32):

Pérdidas gestacionales en el segundo trimestre.

Aborto habitual.

Anomalías uterinas.

Conización del cérvix.

Longitud cervical corta.

**En el anteparto** (29-32):

Embarazos múltiples.

Ruptura prematura de membranas.

Polihidramnios.

Hemorragia anteparto.

Cirugía intraabdominal.

Infección del tracto urinario.

Infección materna severa.

Trauma físico emocional.

**Factores y condiciones maternas** (29-32):

Infección bacteriana ascendente.

Hipertensión arterial.

Diabetes mellitus o gestacional.

Trombofilias.

Infecciones transplacentarias como sífilis.

Enfermedad periodontal

Edad materna ≤18 a ≥ 35 años.

**Factores epidemiológicos y ambientales** (29-32):

Factores socioeconómicos

Psicosociales.

Etnia afroamericana

Tabaquismo.

Factores nutricionales como bajo peso materno.

Índice de masa corporal menor de 19,8.

Periodo intergenésico corto.

#### 2.2.4.3. Fisiopatología

El desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pretérmino, pero no son exactamente lo mismo, es importante comprender los mecanismos que se suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino, el embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina con el parto y el retorno del útero a su estado inicial (23).

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 (26, 30, 31).

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, aunque la caída de los niveles de

progesterona juega un papel importante en algunos mamíferos en la iniciación del parto, en humanos y grandes primates la progesterona aumenta a través de la gestación, investigaciones recientes sugieren una alteración en la funcionalidad de los receptores de progesterona de la normal forma activa a una forma inactiva, promoviendo un incremento de la contractilidad uterina y de algunas sustancias inflamatorias que se liberan durante el período previo al inicio del trabajo de parto, bloqueando la función de la progesterona (26, 30, 31, 33).

La síntesis de estrógenos por la placenta está dada, en parte, por el feto, que le aporta como precursor los andrógenos adrenales, se necesita que el eje hipotálamo-hipófisis adrenal fetal esté funcionando para que pueda dársele precursores de estrógenos a la placenta, 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 (33).

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 trascurre 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 (26, 30, 31, 33).

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, el parto a término se origina por activación de mecanismos nombrados de una manera fisiológica, mientras el pretérmino necesita mucha más estimulación, especialmente cuando ocurre antes de las 32 semanas, dada principalmente por sustancias inflamatoria (26, 30, 31).

#### 2.2.4.4. Etiología

La etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición, se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional, dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis uteroplacentaria y las lesiones intrauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobre distensión intrauterina y la insuficiencia placentaria, es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre y abruptio placentae (26, 34).

Un parto pretérmino puede ocurrir de diferentes maneras:

a) Trabajo de parto pretérmino con membranas intactas (espontáneo).
b) Trabajo de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas (RPM).
c) Parto pretérmino iatrogénico por causas maternas o fetales.

El parto pretérmino programado ocurre cuando el parto es iniciado por intervención médica a causa de

complicaciones del embarazo peligrosas para la madre y/o el feto, en contraste con las causas anteriores, el parto pretérmino por indicación materna está dado principalmente por preeclampsia y trastornos hipertensivos asociados al embarazo, diabetes mellitus, hipertiroidismo materno, enfermedad pulmonar restrictiva, nefropatía materna, asma, enfermedad cardíaca materna, lupus, la enfermedad materna por sí sola limita el flujo uteroplacentario, disminuyendo el aporte de nutrientes y oxígeno para el feto, lo cual se traduce en restricción del crecimiento intrauterino, otros factores de riesgo son la desnutrición materna, la obesidad o la historia anterior de parto pretérmino (26, 34).

En Latinoamérica, el 70% son partos pretérmino espontáneos; el 16-21%, por RPM, y el 11-15%, de forma iatrogénica (indicación médica); en los Estados Unidos, el 40-45% son espontáneos; el 25-40%, por RPM, y el 30-35%, por indicaciones médicas fetales o maternas, los partos pretérmino de la semana 22 a la 37 no pueden ser todos categorizados dentro de la misma etiología, para los PP por debajo de las 32 semanas, es muy importante la infección/ inflamación; mientras que los de 33 a 37 semanas están más relacionados con sobre distensión intrauterina y estrés (26, 34, 35).

#### 2.2.4.5. Infección: relación de causalidad

Existen múltiples evidencias de causalidad entre la relación de infección/parto pretérmino. Las pacientes embarazadas con infecciones sistémicas, como pielonefritis, malaria, neumonía o infección periodontal, tienen más probabilidad de tener un parto prematuro, la

bacteriuria asintomática aumenta el riesgo de PP y su tratamiento lo disminuye, sustancias inflamatorias inyectadas intramnióticamente en animales producen partos pretérmino; es posible demostrar infecciones con pocas manifestaciones clínicas en algunas embarazadas que estimularon el comienzo del parto prematuro, en algunos grupos de mujeres embarazadas, el control de infección (más la ascendente) con antibióticos permite llegar a embarazos a término (26, 33).

La primera línea de defensa para la infección son las barreras naturales piel y mucosas, la penetración de superficies epiteliales por microorganismos (mucosas) significa la inminencia del inicio de respuesta inflamatoria con el fin de contrarrestar el crecimiento bacteriano (26, 33). Las formas como puede producirse la infección son:

a) Vía ascendente: desde la vagina hasta el cérvix.
b) Hematógena: a través de la placenta.
c) Retrógrada: desde la cavidad pélvica.
d) Accidental: trauma o procedimientos invasivos como cordocentesis o amniocentesis.

De todas las vías, la más frecuente aceptada como causante de corioamnionitis es la ascendente.

#### 2.2.4.6. Prevención y recomendaciones

Acciones a nivel primario: deben basarse en prevenir y reducir el riesgo en la población, así como evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaco; asegurarse una correcta salud bucodental, así como una pesquisa adecuada de infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática, ha demostrado la prolongación del embarazo de hasta una semana en poblaciones que

consumen alimentos ricos en omega 3, en comparación de aquellas que no la consumen (26).

Acciones a nivel secundario: se recomienda a las pacientes evitar jornadas laborales muy extensas y con horario nocturno, además se debe realizar ultrasonografías transvaginal en aquellas mujeres con factores de riesgo y de esta forma diagnosticar quiénes se verían beneficiadas del uso de progesterona (26).

Acciones a nivel terciario: realizar el test de fibronectina en pacientes de alto de riesgo de parto pretérmino o aquellas sintomáticas (26).

### 2.2.5. Complicaciones obstétricas relacionadas con el parto prematuro

#### 2.2.5.1. Trastornos hipertensivos en el embarazo

Los trastornos hipertensivos complican 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la tríada letal, junto con la hemorragia y la infección, que contribuye en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas, en esos trastornos, el síndrome de preeclampsia, ya sea solo o agregado a la hipertensión crónica, es el más peligroso, la hipertensión nueva sin proteinuria en el embarazo, la denominada hipertensión gestacional, va seguida de signos y síntomas de preeclampsia casi en 50% de los casos y la preeclampsia se identifica en 3.9% de todos los embarazos (23).

**Diagnóstico de los trastornos hipertensivos**

La hipertensión se diagnostica de forma empírica cuando la medición correcta de la presión arterial sistólica es >140 mmHg o la diastólica es >90 mmHg; La fase V de

Korotkoff se usa para definir la presión diastólica; en el pasado, se usaban incrementos de 30 mmHg de la sistólica o de 15 mmHg en la diastólica en los valores de la presión arterial en la parte intermedia del embarazo como criterios diagnósticos, incluso cuando los valores absolutos fueran <140/90 mmHg; Estos cambios ascendentes ya no son los criterios recomendados porque la evidencia muestra que no es probable que estas mujeres tengan un aumento en los resultados adversos del embarazo (23).

Las pacientes con incremento de 30 mmHg de la presión sistólica o 15 mmHg de la diastólica deben vigilarse más de cerca, porque algunas de estas mujeres cuya presión se mantiene <140/90 mmHg han tenido convulsiones eclámpticas (23).

## Hipertensión gestacional

El diagnóstico de hipertensión gestacional se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90 mmHg o más por vez primera después de la mitad del embarazo, pero en quienes no se identifica proteinuria; casi 50% de estas pacientes presenta después preeclampsia, que incluye signos como cefalea o dolor epigástrico, proteinuria y trombocitopenia; aun así, cuando la presión arterial aumenta de manera apreciable, es peligroso para la madre y el feto ignorar este dato sólo porque la proteinuria aún no aparece (23).

## Preeclampsia

Es la presencia de tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg o tensión sistólica mayor o igual a 140 en 2 tomas y la presencia de proteinuria, definida

como la evidencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas (36).

La preeclampsia se describe mejor como un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos (23).

### Eclampsia

Crisis de convulsiones generalizadas, que pueden sobrevenir bruscamente en una preeclampsia. Estas convulsiones aparecen en el curso de la gestación (50%), durante el parto (20%) o después de éste (30%); no se correlacionan bien con el grado o la gravedad de la hipertensión. Debe efectuarse el diagnóstico diferencial con otros cuadros convulsivos: accidentes cerebrovasculares, lesiones del SNC ocupantes de espacio, enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas y epilepsia (22).

La proporción que no genera convulsiones hasta 48 h después del parto se aproxima al 10% (Sibai, 2005); en algunos informes, se refiere que hasta 25% de las crisis convulsivas de origen eclámptico aparece más allá de las 48 h del puerperio; la experiencia de los autores en el Parkland Hospital señala que la eclampsia tardía puerperal todavía ocurre en menos de 10% de los casos, similar a lo publicado por primera vez hace más de 20 años (23).

### 2.2.5.2. Rotura prematura de membranas

Este término define la rotura espontánea de las membranas fetales antes de las 37 semanas completas y antes de que comience la primera fase del parto

(American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013d) (23).

La rotura tiene quizá varias causas, pero muchos autores piensan que la infección intrauterina constituye un factor predisponente de importancia (Gómez, 1997; Mercer, 2003) (23).

También hay otros factores de riesgo relacionados que incluyen estado socioeconómico bajo, índice de masa corporal ≤19,8, deficiencias nutricionales y tabaquismo; las mujeres que en fecha anterior han sufrido una rotura prematura de membranas están expuestas a un mayor riesgo de repetirla en un nuevo embarazo (Bloom, 2001) (23).

#### 2.2.5.3. Infección

Parece irrefutable la existencia de un vínculo entre el parto prematuro y las infecciones; Goldenberg et al (2008), han revisado dicho nexo; se presupone que las infecciones intrauterinas desencadenan el parto prematuro al activar al sistema inmunitario innato; según esta hipótesis, los microorganismos inducen la liberación de citocinas inflamatorias como las interleucinas y el TNF-α, que estimulan a su vez la producción de prostaglandinas, enzimas que degradan matriz, o ambas sustancias; las prostaglandinas estimulan las concentraciones uterinas, en tanto que la degradación de la matriz extracelular en las membranas fetales produce la rotura prematura de ellas; se ha calculado que 25 a 40% de los nacimientos prematuros son consecuencia de la infección intrauterina (23).

#### 2.2.5.4. Infección corioamniótica

Se define como una infección de la cavidad amniótica, que puede limitarse a las membranas ovulares y al líquido amniótico, y/o extenderse tanto a la madre como al feto (22).

Debe establecerse el diagnóstico diferencial entre:

Infección intraamniótica: presencia de microorganismos en el líquido amniótico, independientemente de la existencia o no de signos clínicos (22).

Corioamnionitis: síndrome clínico que acompaña a la invasión microbiana de la cavidad amniótica; en general, se caracteriza por fiebre y taquicardia maternas, taquicardia fetal, sensibilidad uterina y leucorrea (22).

Corioamnionitis histológica: infiltración de la placenta y sus membranas por leucocitos polimorfonucleares 20% de los embarazos; suele tener una escasa repercusión materna y fetal (22).

Incidencia: 0,5-2% de los partos. En partos prematuros aumenta al 30%; asimismo, puede asociarse al 30-40% de las roturas prematuras de membranas (22).

#### 2.2.5.5. Oligohidramnios

Se define oligohidramnios como la presencia de una CMáx inferior a 2 cm. Se define como oligohidramnios severo/anhidramnios una CMáx inferior o igual a 1; La medida de la cantidad del líquido amniótico (LA) puede realizarse utilizando básicamente dos técnicas (22):

A) Máxima columna vertical (CMáx): se realiza midiendo la máxima columna vertical de líquido libre de partes fetales y de cordón de manera vertical. Es actualmente el método de elección en el diagnóstico de las patologías del líquido amniótico, ya que presenta

menos falsos positivos y una mayor correlación con el perfil biofísico y las variables Doppler, sobre todo en casos de oligoamnios; igualmente es el método de elección en el seguimiento de gestaciones múltiples y en gestaciones únicas de menos de 24 semanas; se considera normal cuando es superior a 2 cm en todas las edades gestacionales y cuando es inferior a 8 cm por debajo de la semana 20 o a 10 cm a partir de la semana 21 (22).

B) Índice de líquido amniótico (ILA): es el valor obtenido a partir de la suma de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes; el transductor se coloca en posición sagital y lo más perpendicular posible al suelo; se consideran normales valores de ILA entre 5 y 25 cm; la medida del ILA ha demostrado ser útil en el seguimiento de las alteraciones del líquido amniótico, especialmente el polihidramnios, en gestaciones únicas más allá de las 24 semanas; en cambio, utilizar el ILA para el cribado de oligo/polihidramnios haría aumentar el número de inducciones y cesáreas por sospecha de pérdida de bienestar fetal sin mejorar, en cambio, los resultados perinatales (22).

#### 2.2.5.6. Infecciones de tracto urinario

Las infecciones de tracto urinario son más frecuentes en el embarazo y puerperio, y están entre las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo; esta incidencia elevada parece ser consecuencia de factores hormonales y mecánicos que aumentan la

estasis urinaria; las infecciones urinarias durante la gestación pueden ser asintomáticas o sintomáticas (p. ej., cistitis, pielonefritis); por definición, la bacteriuria asintomática es la presencia de al menos 100000 organismos por mililitro de una muestra de orina obtenida con técnica limpia de una paciente asintomática (37). La incidencia de bacteriuria asintomática en el embarazo es la misma que en la población con actividad sexual, sin embarazo, varía entre 2 y 10%; las tasas más altas se encuentran en poblaciones urbanas y en pacientes con enfermedad o rasgo de células falciformes; Escherichia coli es la bacteria más aislada (60%); otros microorganismos identificados son Proteus mirabilis enterococos, Klebsiella pneumoniae y estreptococos del grupo B; si no se trata el problema, casi 20% de las embarazadas desarrolla cistitis aguda o pielonefritis más adelante en el embarazo; el tratamiento inicial consiste en nitrofurantoína, ampicilina o una cefalosporina; después del tratamiento, es conveniente el seguimiento con urocultivos porque hasta 25% de las pacientes tienen una recurrencia más adelante durante el embarazo (37).

### 2.2.6. Índice de Masa Corporal (IMC)

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto el índice de masa corporal (IMC) de Quetelet como el parámetro para el diagnóstico de un peso adecuado o inadecuado (bajo peso, sobrepeso y obesidad) (38). Este índice, se basa en que una vez que el crecimiento ha terminado, el peso corporal, de individuos de ambos sexos, es proporcional al valor de la talla elevada al cuadrado (peso en Kg entre la talla en metros al cuadrado); Una de las ventajas es que no se requiere de tablas de referencia (39).

Masa corporal. Esta no permite por sí misma la evaluación del estado de nutrición, por lo que es necesario utilizar el peso como un índice peso / talla (peso para la talla) y comparar en las tablas de referencia para adultos (39).

El peso y la talla son medidas muy útiles y fáciles de obtener, sin embargo, en muchas ocasiones no se realizan con la precisión y exactitud que ameritan; siempre que se utilice el peso esperado para la talla como indicador, los diagnósticos finales serán bajo peso, peso normal o sobre peso (38).

### 2.2.7. Anemia

La anemia es un síndrome agudo o crónico caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se asocia a una reducción en el recuento eritrocitario total y/o disminución en la concentración de hemoglobina(Hb) circulante en relación con valores límites definidos como normales para la edad, raza, género, cambios fisiológicos (gestación, tabaquismo) y condiciones medio-ambientales (altitud); en relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal según las normas técnicas peruanas se clasifica la anemia durante la gestación con los respectivos valores de hemoglobina y hematocrito (40):

Anemia Severa (Menor de 7,0 g/dL).

Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL).

Anemia Leve (10,0 – 10,9 g/dL).

Sin Anemia (≥ 11,0 g/dL).

### 2.2.8. Características sociales

#### 2.2.8.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrolló físico y los periodos en que se divide la vida

humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (41).

El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (41).

#### 2.2.8.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (42).

#### 2.2.8.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (43).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente) (44).

## 2.3. Definición de términos

**Características.** Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas (45).

**Perfil epidemiológico.** Son elementos, características o patrones que presentan las pacientes y que siempre se repiten para cada una de ellas; pudiendo decirse que enfermedades presentan mayor selectividad o afinidad para ciertos grupos de población (45).

**Paciente.** Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

**Morbilidad**. Es cualquier enfermedad física o mental, discapacidades o mala salud debido a cualquier causa (15).

**Comorbilidad.** También conocido como "morbilidad asociada", se define como dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona; estos pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro (16).

**Embarazo.** El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre.

**Parto.** El parto es la expulsión de uno o más fetos maduros y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

**Parto a término.** Se considera un parto a término, al que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla.

**Amenaza de parto pretérmino.** La amenaza de parto pretérmino ocurre después de las 22 y antes de las 37 semanas de gestación, es un proceso clínico sintomático que consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares.

**Complicación médica.** Es un problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.

## 2.4. Identificación de variables

**Variable:**

Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro.

**Dimensión: Características sociodemográficas.**

Grupo etáreo de la gestante en años.

Nivel educativo de la gestante.

Estado civil de la gestante.

Tipo de ocupación de la gestante.

Índice de masa corporal pregestacional.

**Dimensión: Características obstétricas.**

Edad gestacional en la primera atención prenatal.

Paridad de la gestante.

Periodo intergenésico de la gestante.

Antecedentes personales de riesgo de la gestante.

**Dimensión: Características clínicas.**

Diagnóstico de anemia en la gestante.

Comorbilidades medicas en la gestante

Categoría de la amenaza de parto prematuro.

Complicación fetal.

Complicaciones obstétricas en la gestante.

## 2.5. Operacionalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicador (es) | Ítem | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro | Son elementos características o patrones que presentan las gestantes con amenaza de parto prematuro, las cuales se repiten para cada una de ellas en su contexto socio cultural. | Análisis documental de las historias clínicas de las pacientes con amenaza de parto prematuro y registro en la ficha de recolección de datos. | Características sociodemográficas. | Grupo etáreo de la gestante en años. | Edad de la gestante en años, registrada en la historia clínica y categorización por grupo de edad. | Edad menor o igual a 18 años (1).<br>Edad de 19 a 26 años (2).<br>Edad de 27 a 34 años (3).<br>Igual o mayor a 35 años (4). |
| | | | | Nivel educativo de la gestante. | Nivel educativo de la gestante, registrada en la historia clínica. | Sin Instrucción (1).<br>Inicial (2).<br>Primaria (3).<br>Secundaria (4).<br>Superior (5). |
| | | | | Estado civil de la gestante. | Estado civil de la gestante, registrada en la historia clínica. | Soltera (1).<br>Conviviente (2).<br>Casada (3).<br>Viuda (4).<br>Divorciada (5). |
| | | | | Tipo de ocupación de la gestante. | Tipo de ocupación de la gestante, registrada en la historia clínica. | Nominal. |
| | | | | Índice de masa corporal pregestacional. | Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla)) | Bajo peso (< 18,5) (1).<br>Peso normal (18,5 a 24,9) (2).<br>Sobrepeso (25 a 29,9) (3).<br>Obesidad (≥30) (4). |
| | | | Características obstétricas. | Edad gestacional en la primera atención prenatal. | Semanas de gestación en la primera atención prenatal, registrada en la historia clínica. | Sin atención prenatal (1)<br>Antes de las 14 semanas (2)<br>De las 14 a 20 semanas (3)<br>De las 21 a 27 semanas (4)<br>De las 28 a 34 semanas (5)<br>De las 35 a 36 semanas (6) |
| | | | | Paridad de la gestante. | Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica. | Nulípara (1)<br>Primípara (2)<br>Multípara (3)<br>Gran multípara (4) |
| | | | | Periodo intergenésico de la gestante. | Periodo intergenésico de la gestante, registrada en la historia clínica. | Sin periodo intergenésico (1).<br>Corto (menor a 18 meses) (2).<br>Normal (de 18 a 60 meses) (3).<br>Largo (mayor a 60 meses) (4). |
| | | | | Antecedentes personales de riesgo de la gestante. | Antecedentes personales de riesgo de la gestante, registrada en la historia clínica. | Nominal |
| | | | Características clínicas. | Diagnóstico de anemia en la gestante. | Tipo de anemia según el valor de hemoglobina registrada en la historia clínica. | Anemia Severa (< 7,0 g/dL) (1).<br>Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL) (2).<br>Anemia Leve (10,0 - 10,9 g/dL) (3).<br>Sin Anemia (≥ 11,0 g/dL) (4). |
| | | | | Comorbilidad médica en la gestante. | Comorbilidad médica en la gestante, registrada en la historia clínica. | Nominal |
| | | | | Categoría de la amenaza de parto prematuro. | Categoría de la amenaza de parto prematuro, según edad gestacional, registrada en la historia clínica. | Amenaza de parto extremadamente prematuro (< 28 semanas) (1).<br>Amenaza de parto muy prematuro (De 28 a < 32 semanas) (2).<br>Amenaza de parto prematuro moderado (De 32 a < 34 semanas) (3).<br>Amenaza de parto prematuro tardío (De 34 a < 37 semanas) (4). |
| | | | | Complicación fetal. | Complicación fetal, registrada en la historia clínica. | Nominal. |
| | | | | Complicaciones obstétricas en la gestante. | Complicaciones obstétricas en la gestante, registrada en la historia clínica. | Nominal |

# CAPÍTULO III
# METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

## 3.1. Ámbito temporal y espacial

El estudio sobre el Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro se realizó en las pacientes atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte ubicado en el distrito y provincia de Concepción de la región Junín en el año 2020; la IPRESS perteneciente a la Red de Salud Valle del Mantaro, se encuentra ubicado entre las calles Daniel Alcides Carrión y Nueve de Julio s/n del distrito de la Concepción.

El distrito de Concepción es uno de los quince distritos que conforman la provincia de Concepción del departamento de Junín. La capital es la ciudad Concepción, ubicada a 277 Km. de la capital Lima. La altitud de la provincia varía desde los 2,200 a 4,146 1 m.s.n.m., la capital distrital se encuentra a 3,283 m.s.n.m. La provincia tiene una densidad poblacional de 25 hab/Km2.

## 3.2. Tipo de investigación

La investigación fue transversal, descriptiva, retrospectiva (45-47). Transversal porque la medición o captura de los datos se realiza en un solo momento del tiempo; descriptiva por ser un estudio univariado, retrospectivo porque se recogió la información de hechos ya ocurridos registrados en la fuente secundaria; su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (45-47).

## 3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo; su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable y sub variables en forma independiente; es decir, busco caracterizar la variable (48, 49).

## 3.4. Métodos de investigación

### 3.4.1. Método general.

Se utilizo el método inductivo; este método permite plantear conclusiones generales a partir de aspectos o hechos particulares (50). El método inductivo sigue cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación; esto permite elaborar conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares (50).

### 3.4.2. Método Básico

Se utiliza el método descriptivo porque describe las características de la población de investigación en forma natural a partir de observaciones (50).

## 3.5. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue descriptivo simple; se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta de la situación (48, 49).

**Donde:**

**M O**

**M:** Gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

**O:** Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro.

## 3.6. Población, muestra y muestreo

### 3.6.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020; que según registros hospitalarios fueron un total de 77 pacientes.

Una población es el conjunto total de elementos que comparten por lo menos una propiedad en común, circunscritos en un tiempo y espacio definidos (47, 51, 52).

### 3.6.2. Muestra

El estudio fue censal (47, 51, 52).

## 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental; la cual permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros (45, 50, 53); de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

Fuentes Secundarias:

- Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos. Este instrumento permitió recolectar datos sobre la variable; la cual fue elaborada en base al propósito, objetivo, variables entre otros del estudio (45, 50, 53).

## 3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Para el estudio de utilizaron técnicas mixtas (cuantitativas y cualitativas) (51, 52); los datos recolectados en el trabajo de campo fueron ordenados, codificados y clasificados. Se elaboro una base de datos en el software Microsoft Excel 2013; esto se hizo debido a la facilidad de uso y la familiaridad con las aplicaciones de Office.

Para realizar el análisis estadístico, se importó la base de datos de Excel al programa estadístico de Windows SPSS versión 17; a fin de realizar todo el proceso de análisis con estadística descriptiva como frecuencias absolutas y relativas.

# CAPÍTULO IV

# PRESENTACION DE RESULTADOS

## 4.1. Análisis de información

En el presente estudio, se investigó el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

| Características sociodemográficas | Frecuencia (n=77) | Porcentaje (h%=100) | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|
| Grupo Etáreo | | | |
| Edad menor o igual a 18 años | 10 | 13.0% | 13.0% |
| Edad de 19 a 26 años | 39 | 50.6% | 63.6% |
| Edad de 27 a 34 años | 17 | 22.1% | 85.7% |
| Igual o mayor a 35 años | 11 | 14.3% | 100.0% |
| Nivel educativo de la gestante | | | |
| Primaria | 9 | 11.7% | 11.7% |
| Secundaria | 45 | 58.4% | 70.1% |
| Superior | 23 | 29.9% | 100.0% |
| Estado civil de la gestante | | | |
| Conviviente | 57 | 74.0% | 74.0% |
| Soltera | 16 | 20.8% | 94.8% |
| Casada | 4 | 5.2% | 100.0% |
| Tipo de ocupación de la gestante | | | |
| Ama de casa | 60 | 77.9% | 77.9% |
| Estudiante | 12 | 15.6% | 93.5% |
| Comerciante | 3 | 3.9% | 97.4% |
| Agricultora | 1 | 1.3% | 98.7% |
| Empleada | 1 | 1.3% | 100.0% |
| Índice de masa corporal pregestacional | | | |
| Bajo peso (< 18,5) | 3 | 3.9% | 3.9% |
| Peso normal (18,5 a 24,9) | 52 | 67.5% | 71.4% |
| Sobrepeso (25 a 29,9) | 19 | 24.7% | 96.1% |
| Obesidad (≥ 30) | 3 | 3.9% | 100.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

Tabla 1. Del total de gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

El 13% (10) tuvieron una edad ≤ a 18 años, el 50.6% (39) tuvieron una edad de 19 a 26 años, el 22.1% (17) una edad de 27 a 34 años y el 14.3% (11) una edad ≥ a 35 años. El 27.3% (21) tuvieron edades extremas (≤ a 18 años o ≥ a 35 años).

El 11.7% (9) tuvieron educación primaria, el 58.4% (45) educación secundaria y el 29.9% (23) educación superior.

El 74% (57) fueron convivientes, el 20.8% (16) fueron solteras y el 5.2% (4) fueron casadas. El 94.8% fueron convivientes o solteras.

El 77.9% (60) fueron amas de casa, el 15.6% (12) fueron estudiantes, el 3.9% (3) fueron comerciantes, el 1.3% (1) agricultora y el 1.3% (1) empleada.

De acuerdo al índice de masa corporal pregestacional, el 3.9% (3) tuvieron bajo peso, el 67.5% (52) tuvieron un peso normal, el 24.7% (19) tuvieron sobrepeso y el 3.9% (3) restante presentaron obesidad. El 32.5% no tuvieron un peso adecuado.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

| Características obstétricas | Frecuencia (n=77) | Porcentaje (h%=100) | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|
| Primera atención prenatal | | | |
| Sin atención prenatal | 8 | 10.4% | 10.4% |
| Antes de las 14 semanas | 35 | 45.5% | 55.8% |
| De las 14 a 20 semanas | 18 | 23.4% | 79.2% |
| De las 21 a 27 semanas | 11 | 14.3% | 93.5% |
| De las 28 a 34 semanas | 5 | 6.5% | 100.0% |
| Paridad de la gestante | | | |
| Nulípara | 33 | 42.9% | 42.9% |
| Primípara | 29 | 37.7% | 80.5% |
| Multípara (2-5) | 13 | 16.9% | 97.4% |
| Gran multípara (6 a +) | 2 | 2.6% | 100.0% |
| Periodo intergenésico | | | |
| Sin periodo intergenésico | 32 | 41.6% | 41.6% |
| Corto (menor a 18 meses) | 10 | 13.0% | 54.5% |
| Normal (de 18 a 60 meses) | 21 | 27.3% | 81.8% |
| Largo (mayor a 60 meses) | 14 | 18.2% | 100.0% |
| Antecedentes personales de riesgo | | | |
| Cirugía pélvica uterina | 8 | 10.4% | 10.4% |
| Aborto | 2 | 2.6% | 13.0% |
| Legrado uterino | 2 | 2.6% | 15.6% |
| Preeclampsia | 2 | 2.6% | 18.2% |
| Asma bronquial | 1 | 1.3% | 19.5% |
| Muerte perinatal | 1 | 1.3% | 20.8% |
| Neoplasia osteosarcoma | 1 | 1.3% | 22.1% |
| Óbito fetal | 1 | 1.3% | 23.4% |
| No registra antecedentes | 59 | 76.6% | 100.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

Tabla 2. Del total de gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

El 10.4% (8) no tuvieron atención prenatal (APN), el 45.5% (35) tuvieron su primera APN antes de las 14 semanas, el 23.4% (18) tuvieron su primera APN de las 14 a 20 semanas, el 14.3% (11) tuvieron su primera APN de las 21 a 27 semanas y el 6.5% (5) tuvieron su primera APN de las 28 a 34 semanas.

El 42.9% (33) fueron nulíparas, el 37.7% (29) fueron primíparas, el 16.9% (13) fueron multíparas y el 2.6% (2) fueron gran multíparas. El 80.5% fueron nulíparas o primíparas.

El 41.6% (32) no tuvieron periodo intergenésico por ser nuligestas, el 13% (10) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 27.3% (21) tuvieron un periodo intergenésico normal y el 18.2% (14) tuvieron un periodo intergenésico largo.

Como antecedentes personales de riesgo el 10.4% (8) tuvieron cirugía pélvica uterina; aborto, legrado uterino y preeclampsia, en un 2.6% cada uno respectivamente. En una mínima proporción se encontró como antecedentes asma bronquial, muerte perinatal, neoplasia osteosarcoma y óbito fetal en un 1.3% cada uno respectivamente. El 23.4% de las gestantes presentaron antecedentes de riesgo.

Tabla 3. Características clínicas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

| Características Clínicas | Frecuencia (n=77) | Porcentaje (h%=100) | Porcentaje acumulado |
|---|---|---|---|
| Diagnóstico de anemia | | | |
| Anemia Moderada (7.0 – 9.9 g/dL) | 8 | 10.4% | 10.4% |
| Anemia Leve (10.0 - 10.9 g/dL) | 3 | 3.9% | 14.3% |
| Sin Anemia (≥ 11.0 g/dL) | 66 | 85.7% | 100.0% |
| Comorbilidades médicas | | | |
| Infección del tracto urinario | 49 | 63.6% | 63.6% |
| Síndrome de flujo vaginal | 12 | 15.6% | 79.2% |
| Vulvovaginitis | 3 | 3.9% | 83.1% |
| COVID-19 | 2 | 2.6% | 85.7% |
| Condilomatosis | 1 | 1.3% | 87.0% |
| Diabetes | 1 | 1.3% | 88.3% |
| Sin comorbilidad | 9 | 11.7% | 100.0% |
| Categoría de la amenaza de parto pretérmino | | | |
| Amenaza de parto extremadamente prematuro (< 28 semanas). | 13 | 16.9% | 16.9% |
| Amenaza de parto muy prematuro (De 28 a < 32 semanas). | 12 | 15.6% | 32.5% |
| Amenaza de parto prematuro moderado (De 32 a < 34 semanas). | 16 | 20.8% | 53.2% |
| Amenaza de parto prematuro tardío (De 34 a < 37 semanas). | 36 | 46.8% | 100.0% |
| Complicación fetal | | | |
| Sufrimiento fetal | 10 | 13.0% | 13.0% |
| Sin complicación fetal | 67 | 87.0% | 100.0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

Tabla 3. Del total de gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

El 10.4% (8) tuvieron anemia moderada, el 3.9% (3) tuvieron anemia leve y el 85.7% (66) no tuvieron anemia. El 14.3% presentaron anemia.

El 88.3% tuvieron comorbilidades médicas. La principal comorbilidad medica fue la infección de tracto urinario en un 63.6%; en menores proporciones se presentaron el síndrome de flujo vaginal (15.6%), vulvovaginitis (3.9%), COVID-19 (2.6%), condilomatosis (1.3%) y diabetes (1.3%).

El 16.9% (13) presentaron amenaza de parto extremadamente prematuro (< 28 semanas), el 15.6% (12) presentaron amenaza de parto muy prematuro (De 28 a < 32 semanas), el 20.8% (16) presentaron amenaza de parto prematuro moderado (De 32 a < 34 semanas) y el 46.8% (36) presentaron amenaza de parto prematuro tardío (De 34 a < 37 semanas). El 53.2% presentaron amenaza de parto prematuro antes de las 34 semanas.

El 13% (10) presentaron sufrimiento fetal.

Tabla 4. Complicaciones obstétricas presentes en la amenaza de parto prematuro en las pacientes atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

| Complicación Obstétrica | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---|---|
| Inicio de trabajo de parto | 28 | 36.4% |
| Rotura prematura de membranas | 14 | 18.2% |
| Preeclampsia | 7 | 9.1% |
| Desprendimiento prematuro de placenta | 1 | 1.3% |
| Placenta de inserción baja | 1 | 1.3% |
| Placenta previa | 1 | 1.3% |
| Sangrado vaginal | 1 | 1.3% |

Fuente: Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

Tabla 4. Del total de gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

El 36.4% (28) presentaron inicio de trabajo de parto, el 18.2% (14) presentaron rotura prematura de membranas, el 9.1% (7) presentaron preeclampsia. En mínimas proporciones se presentaron como complicaciones obstétricas el desprendimiento prematuro de placenta, la placenta de inserción baja, la placenta previa y el sangrado vaginal en un 1.3% cada uno respectivamente.

## 4.2. Discusión de resultados

Del total de gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.

El 13% tuvieron una edad ≤ a 18 años, el 50.6% tuvieron una edad de 19 a 26 años, el 22.1% una edad de 27 a 34 años y el 14.3% una edad ≥ a 35 años. El 27.3% tuvieron edades extremas (≤ a 18 años o ≥ a 35 años). Este resultado muestra que la mayoría de gestantes con amenaza de parto prematuro fueron jóvenes resultado que concuerda con lo hallado por Ahumada et al (12), Torres (13), Barberena y Ñurinda (14), así mismo es importante mencionar que la mayoría de las gestantes no se encontraban en las edades extremas. Según se sabe las gestantes jóvenes tienen menores riesgos de padecer o presentar complicaciones en el embarazo, situación que no se observa en el presente estudio probablemente porque existe otras condiciones o factores de riesgo que se relacionan con este problema de salud, como determinantes sociodemográficas propias del contexto, morbilidades presentes en las gestantes o ciertos factores de riesgo que merecen un estudio posterior.

El contar con gestantes jóvenes es una oportunidad para las intervenciones sanitarias ya que la gestante joven muestra buena predisposición para la educación sanitaria y los cuidados a su salud.

El 11.7% tuvieron educación primaria, el 58.4% educación secundaria y el 29.9% educación superior. El nivel educativo secundario fue una característica también hallada por otros autores como Torres (13), Barberena y Ñurinda (14), un nivel educativo secundario permite una mejor comprensión de la educación sanitaria para la prevención de riesgos y cuidados a de salud, para las gestantes. Es importante seguir fortaleciendo las políticas educativas regionales que permitan mejorar el acceso a un mayor nivel educativo.

El 74% fueron convivientes, el 20.8% fueron solteras. El 94.8% fueron convivientes o solteras. El resultado concuerda con lo hallado por Barberena y Ñurinda (14), el tener una elevada proporción de madres convivientes indicaría

que son parejas jóvenes en formación o constitución; la cual es una característica en los contextos andinos.

El 77.9% fueron amas de casa, el 15.6% fueron estudiantes, el 3.9% fueron comerciantes, el 1.3% agricultora y el 1.3% empleada. La elevada proporción de gestantes amas de casa también fue hallada por otros autores como Torres (13), Barberena y Ñurinda (14). De acuerdo al índice de masa corporal pregestacional, el 67.5% tuvieron un peso normal, el 24.7% tuvieron sobrepeso. El 32.5% no tuvieron un peso adecuado. La mayor proporción de gestantes con peso normal también fue hallada por Barberena y Ñurinda (14); probablemente por similitudes en las determinantes. En el grupo estudiado la mayoría de gestantes tuvieron un peso normal, lo cual es adecuado y recomendable para las gestantes; pero no debemos dejar de lado, que tres de cada diez gestantes no tuvieron pesos normales, que puede constituir un riesgo para la salud materna, por lo cual es muy importante la educación sanitaria con énfasis en una alimentación saludable a las mujeres en el periodo preconcepcional inclusive como parte de su estilo de vida.

El 10.4% no tuvieron atención prenatal (APN), el 45.5% tuvieron su primera APN antes de las 14 semanas, el 23.4% tuvieron su primera APN de las 14 a 20 semanas, el 14.3% tuvieron su primera APN de las 21 a 27 semanas y el 6.5% tuvieron su primera APN de las 28 a 34 semanas. La atención prenatal inadecuada concuerda con lo hallado por Mejía (16), Laines (17); estos resultados indican que la atención prenatal es inoportuna, que aún existen limitaciones para que las gestantes inicien su primera atención prenatal antes de las catorce semanas como se indica en las guías nacionales de atención materna; esta situación puede generar riesgo para la salud materna.

El 42.9% fueron nulíparas, el 37.7% fueron primíparas. El 41.6% no tuvieron periodo intergenésico por ser nuligestas, el 13% tuvieron un periodo intergenésico corto, el 27.3% tuvieron un periodo intergenésico normal y el 18.2% tuvieron un periodo intergenésico largo. Este resultado concuerda con Torres (13), Laines (17). El ser nuligestas, nulíparas son características

relevantes de las gestantes con amenaza de parto prematuro; situación que indica que las intervenciones sanitarias preventivas deben iniciarse en edades tempranas y en el periodo preconcepcional.

Como antecedentes personales de riesgo el 10.4% tuvieron cirugía pélvica uterina; aborto y preeclampsia, en un 2.6% cada uno respectivamente. En una mínima proporción se encontró como antecedentes asma bronquial, muerte perinatal, neoplasia osteosarcoma y óbito fetal en un 1.3% cada uno respectivamente. El 23.4% de las gestantes presentaron antecedentes de riesgo. No se encontraron estudios similares para contrastar estos resultados; pero podemos decir que dos de cada diez gestantes presentaron antecedentes de riesgo, como cirugía pélvica uterina, aborto, preeclampsia; conocer estos antecedentes permiten identificar los posibles riesgos que pueda presentar una gestante; lo cual amerita un seguimiento con involucramiento familiar para el cuidado de la salud.

El 10.4% tuvieron anemia moderada, el 3.9% tuvieron anemia leve. El 88.3% tuvieron comorbilidades médicas. La principal comorbilidad medica fue la infección de tracto urinario en un 63.6%; en menores proporciones se presentaron el síndrome de flujo vaginal (15.6%), vulvovaginitis (3.9%), COVID-19 (2.6%), condilomatosis (1.3%) y diabetes (1.3%). La infección de tracto urinario fue la comorbilidad que se presentó en mayor proporción, resultado que concuerda con lo hallado por Ahumada et al (12), Barberena y Ñurinda (14), Añazco y Lucas (15); la infección de tracto urinario es un problema de salud que puede identificarse y tratarse precozmente en los servicios del primer nivel de atención, reduciendo el riesgo a la salud materna. Así mismo es importante destacar que casi nueve de cada diez gestantes presentaron morbilidad medica que puede identificarse y tratarse antes del embarazo reduciendo los riesgos a la salud; por ello es importante implementar estrategias para aumentar la extensión de uso a las mujeres en edad fértil, para la detección y tratamiento oportuno de morbilidades.

El 16.9% presentaron amenaza de parto extremadamente prematuro (< 28 semanas), el 15.6% presentaron amenaza de parto muy prematuro (De 28 a < 32 semanas), el 20.8% presentaron amenaza de parto prematuro moderado (De 32 a < 34 semanas) y el 46.8% presentaron amenaza de parto prematuro tardío (De 34 a < 37 semanas). El 53.2% presentaron amenaza de parto prematuro antes de las 34 semanas. Los resultados concuerdan con lo hallado por Ahumada et al (12), Torres (13). En resumen, podemos mencionar que la mayor proporción de gestantes presentaron amenaza de parto prematuro tardío; esta condición en caso se produzca el parto brinda mayores posibilidades de sobrevida de un recién nacido prematuro; por otra parte, conocer la edad gestacional en la cual se presenta este problema permite prevenir las posibles complicaciones y priorizar las capacitaciones al personal de salud para el manejo adecuado de esta complicación.

El 36.4% presentaron inicio de trabajo de parto, el 18.2% presentaron rotura prematura de membranas, el 9.1% (7) presentaron preeclampsia. En mínimas proporciones se presentaron como complicaciones obstétricas el desprendimiento prematuro de placenta, la placenta de inserción baja, la placenta previa y el sangrado vaginal en un 1.3% cada uno respectivamente. Estos resultados también coinciden con lo hallado por Barberena y Ñurinda (14), Añazco y Lucas (15), pero en diferentes proporciones. Los resultados indican que cuatro de cada diez gestantes con amenaza de parto prematuro, terminan en un parto prematuro; por lo cual es necesario garantizar la continuidad de los servicios de salud por nivel de atención con un buen sistema de referencia; así como contar con personal capacitado para el manejo de esta patología.

## Conclusiones

1 La mayoría de gestantes con amenaza de parto prematuro fueron jóvenes, con educación secundaria, convivientes, amas de casa, con un peso normal.

2 Seis de cada diez gestantes no tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14 semanas; esto indica que la primera atención prenatal es inoportuna, que aún existen limitaciones para que las gestantes inicien su primera atención prenatal antes de las catorce semanas como se indica en las guías nacionales de atención materna; esta situación puede generar riesgo para la salud materna.

3 La mayoría de las gestantes con amenaza de parto prematuro fueron nuligestas, nulíparas.

4 Los antecedentes personales de riesgo fueron cirugía pélvica uterina, aborto, preeclampsia y las morbilidades más frecuentes fueron la infección de tracto urinario, el síndrome de flujo vaginal y la anemia.

5 La mayor proporción de gestantes, presentaron amenaza de parto prematuro tardío y cuatro de cada diez gestantes con amenaza de parto prematuro, terminan en un parto prematuro.

## Recomendaciones

Al gobierno regional.

Un nivel educativo secundario permite una mejor comprensión de la educación sanitaria para la prevención de riesgos y cuidados de salud, para las gestantes. Es importante seguir fortaleciendo las políticas educativas regionales que permitan mejorar el acceso a un mayor nivel educativo.

Al sector salud

Es muy importante la educación sanitaria con énfasis en una alimentación saludable a las mujeres en el periodo preconcepcional inclusive como parte de su estilo de vida; así mismo las intervenciones sanitarias preventivas deben iniciarse en edades tempranas y en el periodo preconcepcional.

Las morbilidades en las gestantes con amenaza de parto prematuro deben identificarse y tratarse precozmente en los servicios del primer nivel de atención, reduciendo el riesgo a la salud materna; por ello es importante implementar estrategias para aumentar la extensión de uso a las mujeres en edad fértil, para la detección y tratamiento oportuno de morbilidades. Es necesario garantizar la continuidad de los servicios de salud según nivel de atención con un buen sistema de referencia; así como contar con personal capacitado para el manejo de esta patología.

## Referencias bibliográficas


1. Dbstet A. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Acta Obstet Gynecol Scand. 1977;56(3):247-53.
2. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88:31-8.
3. Ortiz Martínez RA, Otalora Perdomo MF, Delgado ABM, Solarte L, Andres D. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018;83(5):478-86.
4. Jorge Andrés Robert S, Juan Luis Leiva B, Alfredo Germain A. Protocolo de manejo en pacientes con amenaza de parto prematuro en clínica las condes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):953-7.
5. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Centro de prensa. Notas descriptivas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [updated 19 de febrero del 2018; cited 11 de junio 2020]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth.
6. Quirós González G, Alfaro Piedra R, Bolívar Porras M, Natalia ST. Amenaza de parto pretérmino. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD [Internet]. 2016 [cited 25 de julio 2021]; 6(2). Available from: https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061.
7. Vásquez Rodríguez MC. Prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino y Factores Asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2018. [Tesis de especialidad]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Medicas; 2019.
8. Marret S, Ancel P-Y, Marpeau L, Marchand L, Pierrat V, Larroque B, et al. Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30–34 weeks of gestation. Obstet Gynecol. 2007;110(1):72-80.
9. Howson C, Kinney M, Lawn J. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. March of Dimes, PMNCH, Savethe Children Nueva York: Organización Mundial de la Salud. 2012.

10. Ministerio de Salud de Uruguay. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud; 2019. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=manual-de-recomendaciones-en-el-embarazo-y-parto-prematuro-web&Itemid=307.
11. Casafranca-Mendoza G. Los partos prematuros producen problemas respiratorios. Redacción Peru.com. Mujer Sana [publicado 22 Ago 2012; citado 22 Mar 2019].
12. Ahumada JS, Barrera AM, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez EA, et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá DC, Colombia. Revista de la Facultad de Medicina. 2020;68(4):556-63.
13. Torres Aburto AE. Evolución clínica de las pacientes con amenaza de parto pretérmino con longitud cervical menor de 25 mm del Hospital Fernando Vélez Paiz de abril 2018 a noviembre 2019 [Tesis de especialidad]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), Facultad de Ciencias Medicas; 2020.
14. Barberena Davis SN, Ñurinda Sandoval JD. Factores asociados a la amenaza de partos pretermino en embarazadas en edad fértil atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense, 2016. [Tesis doctoral]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), Facultad de Ciencias Medicas; 2016.
15. Añazco Palacios JA, Lucas Rivera KJ. Factores maternos asociados al parto prematuro en el área de ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. [Tesis de titulación]. Ecuador: Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2019.
16. Mejia Gutierrez MA. Variables clinico epidemiológicas asociados a parto pre término en gestantes del Hospital Santa Rosa durante el periodo Enero 2017 a Julio del 2018 [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana 2019.
17. Laines Sanchez PY. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017 [Tesis de titulación]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2019.
18. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y

tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.

19. Archie CL, Roman AS. Trabajo de parto y partos normales y anormales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 154-5.
20. Rodrigo Cifuentes B. Obstetricia de alto riesgo. 7 ed. Bogotá-Colombia: Editorial Distribuna; 2014.
21. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
22. Serra B, Mallafré J, Aguilar E, Álvarez M, Ara C, Barri Soldevila PN, et al. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2014.
23. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
24. Dávila Gómez HL, García Valdés A, Álvarez Castillo F, Matos Rodríguez Z. Caracterización del parto pretérmino en la Isla de la Juventud, 2007-2009. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011;54(6):294-9.
25. López ÁGA, Ortiz SR, Solís GJ, Méndez JAA, Rodríguez OS, Ramos JN, et al. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. 2010.
26. Palencia A. Parto prematuro. Sociedad colombiana de pediatría. 2009;9(4):10-9.
27. Butler AS, Behrman RE. Preterm birth: causes, consequences, and prevention. 1st ed. Editors. . Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes: National Academies Press; 2007.
28. Ochoa A, Pérez Dettoma J, editors. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales del sistema sanitario de Navarra; 2009: SciELO España.
29. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Montes de Oca Santiago P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Medisan. 2014;18(6):841-7.

30. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Trabajo de Parto Prematuro y nacimiento prematuro. Pacient Education Women's Health Care Physicians. 2016:4.
31. García López ÁA, Rosales Ortiz S, Jiménez Solís G, Ayala Méndez JA, Sánchez Rodríguez O, Niz Ramos J, et al. Diagnóstico y manejo del Parto Pretérmino. COMEGO. 2010.
32. Franco P, García J, Ochoa M, Sánchez O, Bernardo H, Segura J. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de Parto Pretérmino. Secretaría de Salud de México. 2009.
33. Leveno KJ, Spong CY, Dashe JS, Casey BM, Hoffman BL, Cunningham FG, et al. Williams Obstetrics, 25th Edition: McGraw-Hill Education; 2018.
34. Bernales B, Oyarzun E. Premature delivery. Medwave. 2012;12:e5477-e.
35. Demestre Guasch X, García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Ginovart Galiana G, Jiménez Moya A. Prematuridad tardía: una población de riesgo. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2018;45(1):17-23.
36. Fescina R, De Mucio B, Jarquin D, Ortiz E. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: Publicación Científica CLAP/SMR 1594; 2012.
37. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
38. Alvero-Cruz JR, Carnero EÁ, Fernández-García JC, Expósito JB, de Albornoz Gil MC, Sardinha LB. Validez de los índices de masa corporal y de masa grasa como indicadores de sobrepeso en adolescentes españoles: estudio Esccola. Medicina clínica. 2010;135(1):8-14.
39. Servín Rodas MDC. Nutrición básica y aplicada. 2da ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2013. 276 p.
40. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Resolución Ministerial 250-2017/MINSA. Jesús María - Lima: MInisterio de Salud del Perú; 2017.

41. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
42. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
43. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
44. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
45. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
46. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
47. Martinez Montaño MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
48. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
50. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
51. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
52. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.

53. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.

**Anexos:**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**INVESTIGACIÓN: Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.**

| PROBLEMA | OBJETIVOS | JUSTIFICACIÓN | VARIABLE | DIMENSION | INDICADOR | ITEM | VALOR | METODOLOGÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Problema general**<br>¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020?<br>**Problemas específicos**<br>¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020?<br><br>¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020?<br><br>¿Cuáles son las características clínicas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020? | **Objetivo general**<br>Identificar el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.<br>**Objetivos específicos**<br>Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.<br><br>Identificar las características obstétricas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.<br><br>Identificar las características clínicas de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020. | En el Perú la incidencia de partos prematuros va del 5–10%, y en casi de la mitad de las mujeres que tienen estas características, no se logra identificar la causa; sin embargo, se ha encontrado factores de riesgo como el antecedente de parto prematuro previo, sobre distensión uterina, embarazos gemelares, falta de atenciones, desnutrición, infecciones vaginales no tratadas, entre otros (11).<br>Conocer el perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro de manera detallada sobre todo en los aspectos sociodemográficos, obstétricos y clínicos; permitirán tener una comprensión integral de esta patología obstétrica en su contexto.<br>Los resultados permitirán organizar la intervención sanitaria de acuerdo al perfil epidemiológico de estas pacientes; fortalecer las actividades de prevención primaria y secundaria; en el primer y segundo nivel de atención; contribuyendo a disminuir la incidencia | Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro. | Características sociodemográficas. | Grupo etáreo de la gestante en años. | Edad de la gestante en años, registrada en la historia clínica y categorización por grupo de edad. | Edad menor o igual a 18 años (1).<br>Edad de 19 a 26 años (2).<br>Edad de 27 a 34 años (3).<br>Igual o mayor a 35 años (4). | **Nivel de investigación.** El nivel de investigación fue descriptivo.<br>**Tipo de investigación.** Investigación transversal, retrospectiva.<br>**Diseño de Investigación.** El diseño de la investigación fue descriptiva simple; se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta de la situación (48, 49).<br>Esquema:<br>Donde:<br>**M O**<br>M: Gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.<br>O: Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro.<br>**Población, muestra, muestreo**<br>**La población.** La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020; que según registros hospitalarios fueron un total de 77 pacientes.<br>**Muestra.** La muestra fue censal. |
| | | | | | Nivel educativo de la gestante. | Nivel educativo de la gestante, registrada en la historia clínica. | Sin Instrucción (1).<br>Inicial (2).<br>Primaria (3).<br>Secundaria (4).<br>Superior (5). | |
| | | | | | Estado civil de la gestante. | Estado civil de la gestante, registrada en la historia clínica. | Soltera (1).<br>Conviviente (2).<br>Casada (3).<br>Viuda (4).<br>Divorciada (5). | |
| | | | | | Tipo de ocupación de la gestante. | Tipo de ocupación de la gestante, registrada en la historia clínica. | Nominal. | |
| | | | | | Índice de masa corporal pregestacional. | Índice de masa corporal pregestacional.<br>(peso/(talla*talla)) | Bajo peso (< 18,5) (1).<br>Peso normal (18,5 a 24,9) (2).<br>Sobrepeso (25 a 29,9) (3).<br>Obesidad (≥30) (4). | |
| | | | | Características obstétricas. | Edad gestacional en la primera atención prenatal. | Semanas de gestación en la primera atención prenatal, registrada en la historia clínica. | Sin atención prenatal (1)<br>Antes de las 14 semanas (2)<br>De las 14 a 20 semanas (3)<br>De las 21 a 27 semanas (4)<br>De las 28 a 34 semanas (5)<br>De las 35 a 36 semanas (6) | |
| | | | | | Paridad de la gestante. | Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica<br>. | Nulípara (1)<br>Primípara (2)<br>Multípara (3)<br>Gran multípara (4) | |
| | | | | | Periodo intergenésico de la gestante. | Periodo intergenésico de la gestante, registrada en la historia clínica. | Sin periodo intergenésico (1).<br>Corto (menor a 18 meses) (2).<br>Normal (de 18 a 60 meses) (3).<br>Largo (mayor a 60 meses) (4). | |
| | | | | Características clínicas. | Antecedentes personales de riesgo de la gestante. | Antecedentes personales de riesgo de la gestante, registrada en la historia clínica. | Nominal | |
| | | | | | Diagnóstico de anemia en la gestante. | Tipo de anemia según el valor de hemoglobina registrada en la historia clínica. | Anemia Severa (< 7,0 g/dL) (1).<br>Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL) (2).<br>Anemia Leve (10,0 - 10,9 g/dL) (3). | |

| PROBLEMA | OBJETIVOS | JUSTIFICACIÓN | VARIABLE | DIMENSION | INDICADOR | ITEM | VALOR | METODOLOGÍA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | de este problema y sus complicaciones. | | | Comorbilidad médica en la gestante.<br><br>Categoría de la amenaza de parto prematuro.<br><br>Complicación fetal.<br><br>Complicaciones obstétricas en la gestante. | Comorbilidad médica en la gestante, registrada en la historia clínica.<br>Categoría de la amenaza de parto prematuro, según edad gestacional, registrada en la historia clínica.<br>Complicación fetal, registrada en la historia clínica.<br>Complicaciones obstétricas en la gestante, registrada en la historia clínica. | Sin Anemia (≥ 11,0 g/dL) (4).<br>Nominal<br><br>Amenaza de parto extremadamente prematuro (< 28 sem) (1).<br>Amenaza de parto muy prematuro (De 28 a < 32 sem) (2).<br>Amenaza de parto prematuro moderado (De 32 a < 34 sem) (3).<br>Amenaza de parto prematuro tardío (De 34 a < 37 sem) (4).<br>Nominal.<br><br>Nominal | |

## Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA**
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
**ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**FORMATO Nº 01**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO**

**Investigación:** Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro.

**INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas y registros de atención en el periodo de enero a diciembre del 2020; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrones o enmendaduras, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones, en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s); no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra observación.
Revisar las historias clínicas, luego en la ficha de recolección de datos, llenar la información solicitada o marque con una "X" según corresponda.

**I. Datos generales:**

1.1. Ficha N° _____
1.2. Responsable del llenado: _____
1.3. Fecha del llenado: ____ /_____/2021. Hora del llenado: ____:____ horas
1.4. Región de procedencia: _____
1.5. Provincia de procedencia: _____
1.6. Distrito de procedencia: _____
1.7. Nº de historia clínica: _____

**II. Características de la paciente:**

2.1. Edad de la gestante en años: _____
2.2. Nivel educativo de la gestante:
  2.2.1. Sin instrucción (1)
  2.2.2. Inicial (2)
  2.2.3. Primaria (3)
  2.2.4. Secundaria (4)
  2.2.5. Superior (5)
2.3. Estado civil de la gestante:
  2.3.1. Soltera (1)
  2.3.2. Conviviente (2)
  2.3.3. Casada (3)
  2.3.4. Viuda (4)
  2.3.5. Divorciada (5)
2.4. Tipo de ocupación de la gestante: _____
2.5. Semanas de gestación en la primera atención prenatal: _____ semanas.
2.6. Peso antes del embarazo en kilogramos: _____ kilogramos.

2.7. Talla antes del embarazo en metros: _____ metros.

**III. Características clínicas** (Si, la gestante no presenta morbilidad dejar los Ítems en blanco)

3.1. Semanas de gestación al presentar la amenaza de parto prematuro: _____ semanas.

3.2. Valor de hemoglobina de la gestante: _____ g/dl.

3.3. Número de partos de la paciente (antes del embarazo actual): _____

3.4. Periodo intergenésico de la gestante:

a) Sin periodo intergenésico (1)
b) Corto (menor a 18 meses) (2)
c) Normal (de 18 a 60 meses) (3)
d) Largo (mayor 60 meses) (4)

3.5. Antecedentes personales de riesgo de la paciente (según HCPB - CLAP)

3.5.1. _____
3.5.2. _____
3.5.3. _____

3.6. Enfermedades o comorbilidades médicas que presento la paciente

3.6.1. _____
3.6.2. _____
3.6.3. _____

3.7. Complicación (es) obstétrica (s) que presento la gestante previa o conjuntamente con la amenaza de parto prematuro.

3.7.1. _____
3.7.2. _____
3.7.3. _____

3.8. Complicaciones fetales que presento la gestante con amenaza de parto prematuro.

3.9.1._____
3.9.2._____
3.9.3._____

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

## Anexo 3: Juicio de expertos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA**
**(Creada por Ley 25265)**
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

# Juicio de Experto

**INVESTIGACIÓN: Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020.**
**Investigador: Obsta. Iturrizaga Tarazona, María Del Carmen, Obsta. Inga Chocca, Odelia Nancy**

**Indicación:** Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la **"Ficha de recolección de datos del perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro"** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

**NOTA**: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

| 1.-Muy deficiente | 2.- Deficiente | 3.- Regular | 4.- Buena | 5.- Muy buena |
|---|---|---|---|---|

**INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO**

| | **Variables de Estudio / ITEMS** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Variable general: Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro.** | | | | | | |
| **Dimensión: Características sociodemográficas.** | | | | | | |
| 1 | Grupo etáreo de la gestante en años. | | | | | |
| 2 | Nivel educativo de la gestante. | | | | | |
| 3 | Estado civil de la gestante. | | | | | |
| 4 | Tipo de ocupación de la gestante. | | | | | |
| 5 | Índice de masa corporal pregestacional | | | | | |
| **Dimensión: Características obstétricas** | | | | | | |
| 1 | Edad gestacional en la primera atención prenatal. | | | | | |
| 2 | Paridad de la gestante. | | | | | |
| 3 | Periodo intergenésico de la gestante. | | | | | |
| 4 | Antecedentes personales de riesgo de la gestante. | | | | | |
| **Dimensión: Características clínicas** | | | | | | |
| 1 | Diagnóstico de anemia en la gestante. | | | | | |
| 2 | Comorbilidades medicas en la gestante | | | | | |
| 3 | Categoría de la amenaza de parto prematuro. | | | | | |
| 4 | Complicación fetal. | | | | | |
| 5 | Complicaciones obstétricas en la gestante | | | | | |

**Recomendaciones:**

……..……
……..……

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos:** | | **DNI N°** | |
| **Dirección:** | | **Teléfono/Celular:** | |
| **Título Profesional:** | | | |
| **Grado Académico:** | | | |
| **Mención:** | | | |

_____

Firma

Lugar y Fecha …….……

## Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA**
**(Creado por Ley Nº 25265)**
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

……..……..
**Director**
**Centro de Salud David Guerrero Duarte**
**Junín**

SD.

Nosostras, Obsta. Iturrizaga Tarazona, María Del Carmen identificado (a) con D.N.I. N° ……, y Obsta. Inga Chocca, Odelia Nancy identificado (a) con D.N.I. N° ……, Obstetras de profesión, egresadas de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto nos presentamos y exponemos.

Que, deseamos realizar una investigación sobre el "Perfil epidemiológico de las gestantes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín 2020".

Por lo cual solicitamos se nos brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicitamos se nos expida la autorización y se nos brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pedimos a Ud., acceder a nuestra solicitud por ser de justicia.

Concepción, 17 de junio del 2021.

_____
Firma del Interesado