

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HUANCAVELICA**

(Creado por Ley N° 25265)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

TESIS

**CARACTERIZACIÓN DE PATOLOGÍAS DE RIESGO DE
AMENAZA DE PARTO PRE TERMINÓ EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, JUNÍN,
ENERO-JULIO 2018**

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

**PRESENTADO POR:
CAMARENA HUAYANAY JENNY TEÓFILA**

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

HUANCAVELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DEL PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 07 días del mes de mayo a las 09:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) egresada: CAMARENA HUAYANAY JENNY TEOFILA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente

Dr. Leonardo Leyva Yataco

Secretario

Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda

Vocal

Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

"CARACTERIZACIÓN DE PATOLOGÍAS DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI, JUNIN, ENERO - JULIO 2018"

Presentado por el (la) Egresada:

CAMARENA HUAYANAY JENNY TEOFILA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 523-2018 concluyendo a las 10:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 07 de mayo 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA



PRESIDENTE

Dr. LEONARDO LEYVA YATACO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. YENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Lina Yubana Cardenas Pineda
SECRETARIA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANATO

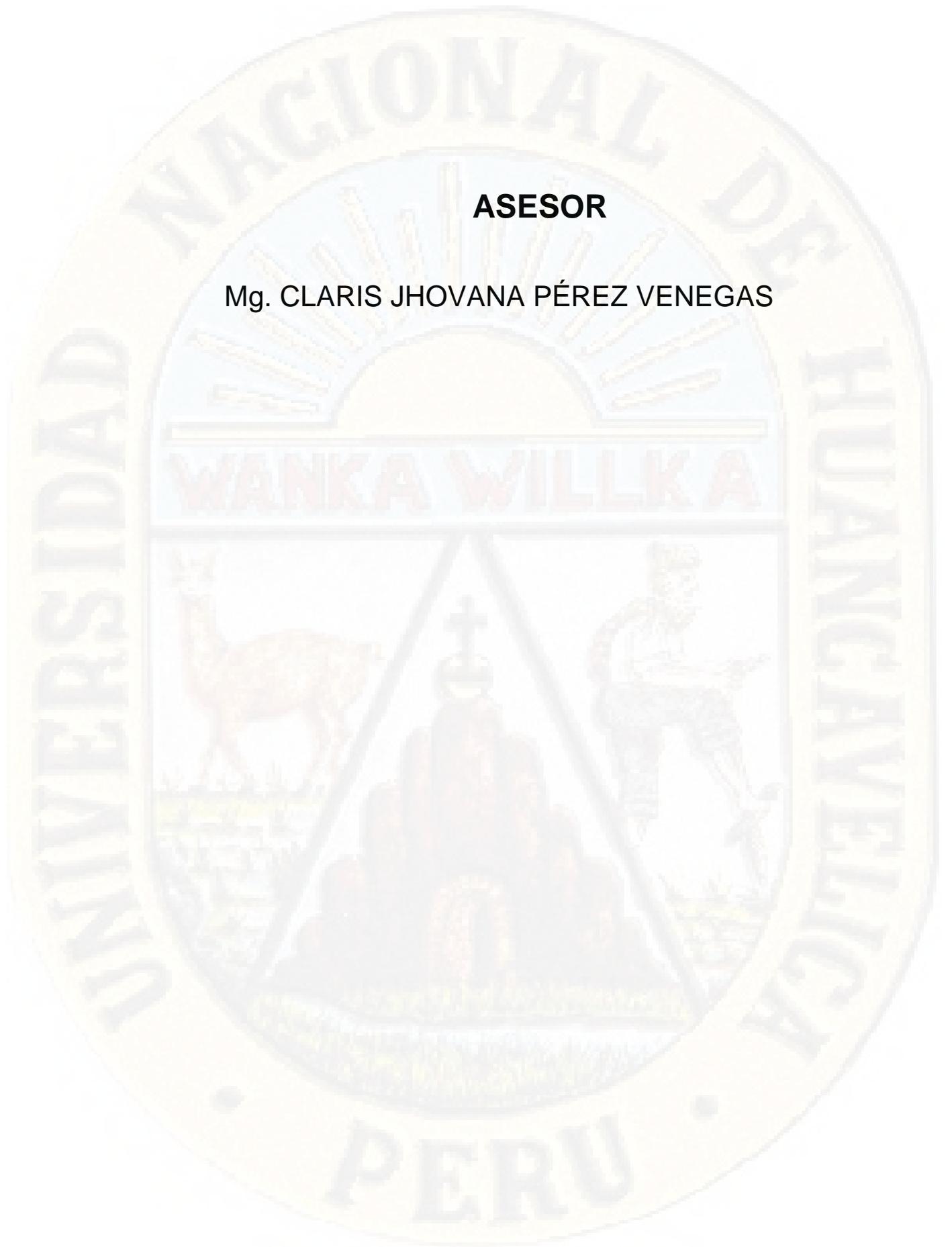
DR. TULA SUSANA GUERRA OLVARES
DECANA



SECRETARIA
DOCENTE

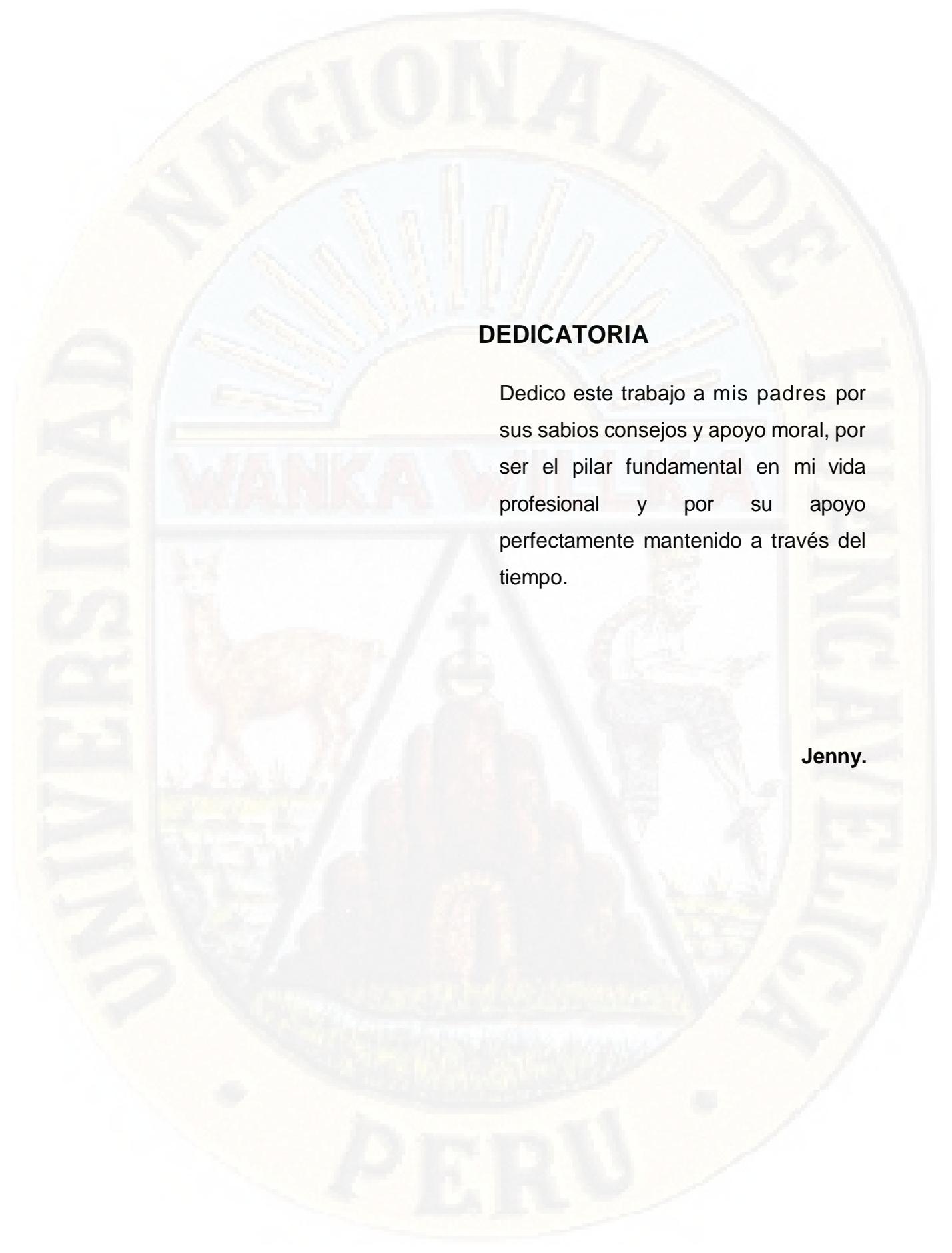
Y. Rivera Laurente
OBSTETRA

SECRETARIA DOC.



ASESOR

Mg. CLARIS JHOVANA PÉREZ VENEGAS



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por sus sabios consejos y apoyo moral, por ser el pilar fundamental en mi vida profesional y por su apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Jenny.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminarme en el camino de la vida, darme sabiduría, fortaleza y permitirme superar los obstáculos que se presentaron durante mi preparación académica.

A mi asesora Mg. Claris J. Pérez Venegas, por sus valiosas enseñanzas y colaboración en el mejoramiento del presente trabajo de investigación.

Al Director del Hospital de Pichanaki por brindar las facilidades al presente estudio.

Jenny

RESUMEN

Título: Caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín, enero-julio 2018.

Objetivo: Conocer las características de las patologías de riesgo de amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín, Enero-Julio 2018.**Material y método:** La investigación fue sustantiva observacional, retrospectiva de nivel descriptivo. El diseño fue descriptivo simple, transversal. La población estuvo conformada por 50 gestantes entre 21 a 36 semanas de gestación que padecieron amenaza de parto pre término, en el periodo enero-julio 2018. Se utilizó una ficha de recolección de datos.

Resultados: Las características sociodemográficas fue un 64% (32) tuvo entre 16 a 30 años. El lugar de residencia urbano fue un 66% (33). El estado civil fue conviviente con un el 64% (32). Asimismo, un 42% tienen grado de instrucción básica no concluida. Las patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino fueron: hemorragia obstétrica un 8% (4), placenta previa/implantación baja con un 4%, preeclampsia con un 22% (11). Seguido de un 10% (5) de anemia. Asimismo infección genital con un 18% (9) y un 40% (20) de ITU. Los antecedentes ginecoobstétricos de gestantes fue un 40% (20) tuvo 2 gestaciones, la fórmula obstétrica fue un 34% (17) no tuvo hijos a término, ni pretérmino, ni abortos ni hijos vivos. En cuanto a la edad gestacional un 62% (31) estuvieron entre 35 a 36 semanas de gestación. En la paridad; la que rigió fue, las gestantes primíparas con un 38% (19). Un 36% (18) aún no tienen intervalo intergenésico. Asimismo, un 72% (36) tienen controles prenatales insuficientes.

Conclusión: Las patologías de riesgo de amenaza de parto pre término, suscitadas en las gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki-Junín durante los meses de enero a julio 2018, fue la hemorragia obstétrica un 8% (4), placenta previa/implantación baja con un 4%, preeclampsia con un 22% (11). Seguido de un 10% (5) de anemia, infección genital con un 18% (9) y un 40% (20) de ITU.

Palabras clave: Caracterización de las patologías de riesgo. Amenaza de parto pre término.

ABSTRACT

Title: Characterization of pathologies of risk of threat of preterm delivery in pregnant women treated at the Pichanaki Hospital, Junín, January-July 2018.

Objective: To know the characteristics of the risk pathologies of threatened pre-delivery in pregnant women attended at Pichanaki Hospital, Junín, January-July 2018. Material and method: The research was substantive observational, retrospective descriptive level. The design was simple descriptive, transversal. The population consisted of 50 pregnant women between 21 to 36 weeks of gestation who suffered pre-term delivery, in the period January-July 2018. A data collection form was used. Results: The sociodemographic characteristics was 64% (32) had between 16 to 30 years. The place of urban residence was 66% (33). Marital status was shared with 64% (32). Likewise, 42% have a basic education degree that has not been completed. The pathologies of threat of preterm labor were: obstetric hemorrhage by 8% (4), placenta previa / low implantation by 4%, preeclampsia by 22% (11). Followed by 10% (5) of anemia. Also genital infection with 18% (9) and 40% (20) of UTI. The gynecological-obstetric history of pregnant women was 40% (20) had 2 pregnancies, the obstetric formula was 34% (17) had no term, preterm, abortions or living children. Regarding the gestational age, 62% (31) were between 35 and 36 weeks of gestation. In parity; the one that governed was, the primiparous pregnant women with 38% (19). 36% (18) still have no intergenetic interval. Likewise, 72% (36) have insufficient prenatal controls.

Conclusion: The pathologies of risk of threat of preterm delivery, raised in pregnant women treated at the Hospital Pichanaki-Junín during the months of January to July 2018, was obstetric hemorrhage by 8% (4), placenta previa / low implantation with 4%, preeclampsia with 22% (11). Followed by 10% (5) of anemia, genital infection with 18% (9) and 40% (20) of UTI.

Keywords: Characterization of risk pathologies. Threat of preterm delivery.

INDICE

Dedicatória	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Introducción	x

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del Problema	11
1.2. Formulación del Problema	13
1.3. Objetivos de la Investigación	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Justificación e Importancia del estudio	14
1.5. Limitaciones	14

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación	15
2.2. Bases Teóricas	24
2.3. Variable de estudio	32
2.4. Definición de Términos	37

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio	38
3.2. Tipo de investigación	38
3.3. Nivel de investigación	38
3.4. Métodos de investigación	38
3.5. Diseño de investigación	38
3.6. Población, muestra	39
3.6.1. Población	39
3.6.2. Muestra	39
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39

3.7.1. Técnica	39
3.7.2. Instrumento	39
3.8. Procedimiento de recolección de datos	39
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	40

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

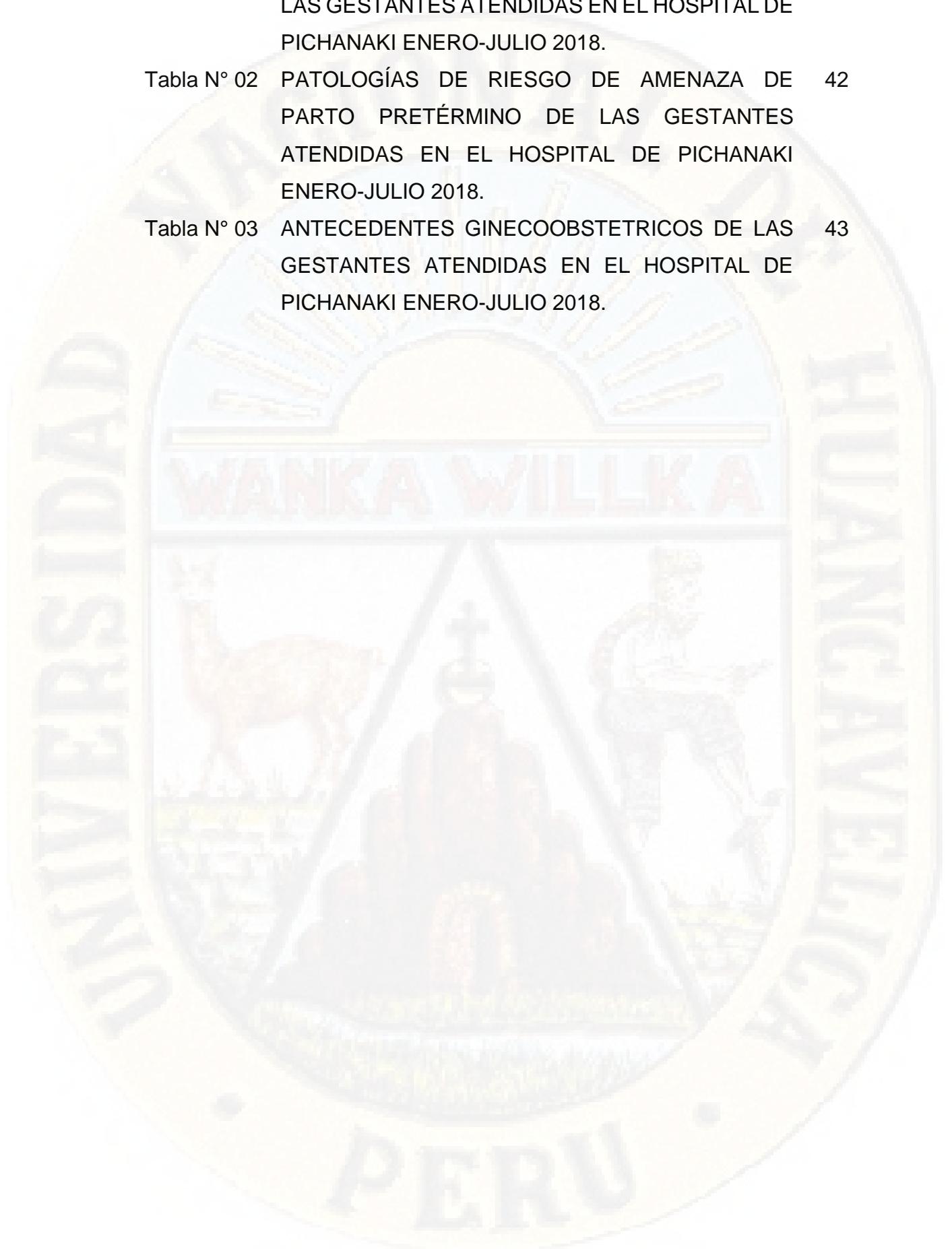
4.1. Presentación e interpretación de datos	41
4.2. Discusión de resultados	46
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Referencias Bibliográficas	51

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia
Anexo 02: Ficha de recolección de datos
Anexo 03: Fotos

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI ENERO-JULIO 2018.	41
Tabla N° 02	PATOLOGÍAS DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI ENERO-JULIO 2018.	42
Tabla N° 03	ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI ENERO-JULIO 2018.	43

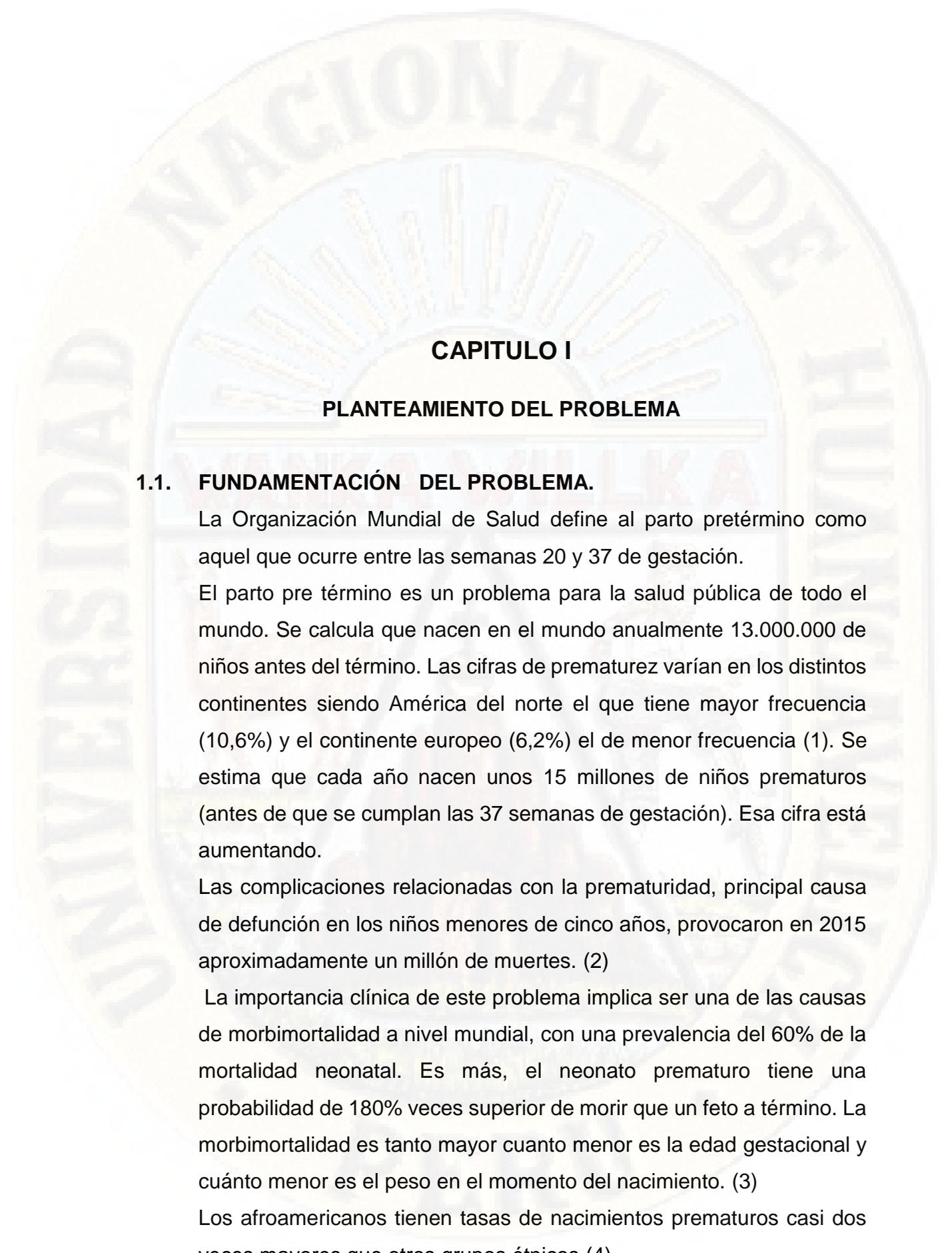


INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pre término según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Protocolos Asistenciales en Obstetricia* en la que la define como la presencia de contracciones uterinas regulares en un mismo rango de tiempo, asociado a cambios progresivos del cérvix, como dilatación y borramiento lo cual constituye una de las principales causas de morbilidad neonatal y es responsable de un gran porcentaje de muertes infantiles, constituyendo aproximadamente un 70% de la mortalidad perinatal y el 75% de la morbilidad a nivel mundial.

Asimismo, Gabbe G Niebyl J Leigh J refieren en su estudio *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. Elsevier Saunders. Philadelphia – USA. 6th edition, 2012, que los antecedentes de abortos, anomalías uterinas, conización del cérvix, longitud cervical corta, embarazos múltiples, polihidramnios, hemorragia anteparto, cirugía intraabdominal, infección del tracto urinario, infección materna severa, trauma físico emocional esto sumado a factores y condiciones maternas: infección bacteriana ascendente, hipertensión arterial, diabetes mellitus o gestacional, trombofilias, entre otras, infecciones transplacentarias como sífilis, enfermedad periodontal, edad materna ≤ 18 a ≥ 40 años, factores epidemiológicos y ambientales, factores socioeconómicos (bajo nivel socioeconómico) y psicosociales, etnia afroamericana (18,4%), tabaquismo, factores nutricionales como bajo peso materno, índice de masa corporal menor de 19,8 y periodo intergenésico corto son causales para una amenaza de parto pre término y esto agudiza en un problema para la salud pública a nivel mundial, ya que conlleva complicaciones neonatales a corto, mediano y largo plazo como parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición. Como se ve, el diagnóstico oportuno de amenaza de parto pre término evita problemas que atenten contra la vida del binomio madre-niño, lo cual mediante este estudio se pudo caracterizar las patologías más frecuentes de riesgo de las gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki-Junín durante los meses de enero a julio 2018. Con lo que se pretende contribuir a una mejor prevención y un diagnóstico oportuno y evitar que puedan desencadenarse problemas mayores.

El presente informe de investigación está estructurado en cuatro capítulos, el primero contempla aspectos relacionados con la realidad problemática tanto a nivel mundial, latinoamericano y nacional; en el segundo capítulo se da a conocer los antecedentes y las bases teóricas de la investigación, el tercer capítulo se detalla la metodología de la investigación, en el cuarto capítulo se da a conocer los resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones a las que se llegaron con la presente investigación.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

La Organización Mundial de Salud define al parto pretérmino como aquel que ocurre entre las semanas 20 y 37 de gestación.

El parto pre término es un problema para la salud pública de todo el mundo. Se calcula que nacen en el mundo anualmente 13.000.000 de niños antes del término. Las cifras de prematuridad varían en los distintos continentes siendo América del norte el que tiene mayor frecuencia (10,6%) y el continente europeo (6,2%) el de menor frecuencia (1). Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando.

Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes. (2)

La importancia clínica de este problema implica ser una de las causas de morbilidad a nivel mundial, con una prevalencia del 60% de la mortalidad neonatal. Es más, el neonato prematuro tiene una probabilidad de 180% veces superior de morir que un feto a término. La morbilidad es tanto mayor cuanto menor es la edad gestacional y cuánto menor es el peso en el momento del nacimiento. (3)

Los afroamericanos tienen tasas de nacimientos prematuros casi dos veces mayores que otros grupos étnicos (4)

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. (2)

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto (5).

Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. (6)

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400 000 mueren antes de cumplir cinco años, 270 000 en el primer año de vida, 180 000 durante el primer mes de vida y 135 000 por prematuridad). (7)

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros. (8)

La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años y constituyen factores de riesgo de los nacimientos prematuros la obesidad, diabetes, hipertensión, madres fumadoras, la edad de las madres (40 años), los embarazos múltiples y los embarazos demasiados seguidos, entre otros.

El parto pretérmino junto a las malformaciones congénitas son más difíciles de prevenir ya que no existe una fuerte evidencia de intervenciones que pudieran disminuir la prevalencia de estas 2 patologías. (9)

En el Perú durante el 2015, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació pre término (< 37 semanas) y el 0,01% nació pos término (>42 semanas) (10)

En la Región Junín para el periodo 2011-2012, estimó 929 muertes neonatales, con una tasa de Mortalidad de 15.7 por cada mil nacidos vivos. En relación al género, la tasa de mortalidad en hombres fue de 18.0 y en mujeres 13.2 por cada mil nacidos vivos respectivamente. La principal causa de muerte en la Región Junín para el periodo 2011-2012, fueron aquellas vinculadas a la prematuridad-inmaturidad. Por estas causas fallecieron en promedio 328.9 neonatos por cada 100 mil nacidos vivos, seguido de las infecciones El 36.9% del total de muertes neonatales ocurrieron entre 1 y 7 días de nacido. Por otro lado, el 40.2% de muertes neonatales tuvo un peso mayor a los 2500 gr. El 55.3% del

total de muertes fueron prematuros, es decir menor de 37 semanas de gestación. El mayor porcentaje de muertes ocurrieron en el establecimiento de salud. (11)

El Hospital de Pichanaki no es ajeno a este problema según la oficina de estadística refiere que se tiene una alta incidencia de amenazas de parto pre término donde muchas veces cursa con parto pretérmino donde se tiene que hacer la referencia respectiva a un Hospital de mayor resolución y pelagra la vida del recién nacido.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA:

Ante la problemática descrita, se hace la siguiente formulación del problema de estudio:

¿Cuáles son las características de las patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín. Enero-julio 2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer las características de las patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki, junín, Enero-Julio 2018

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

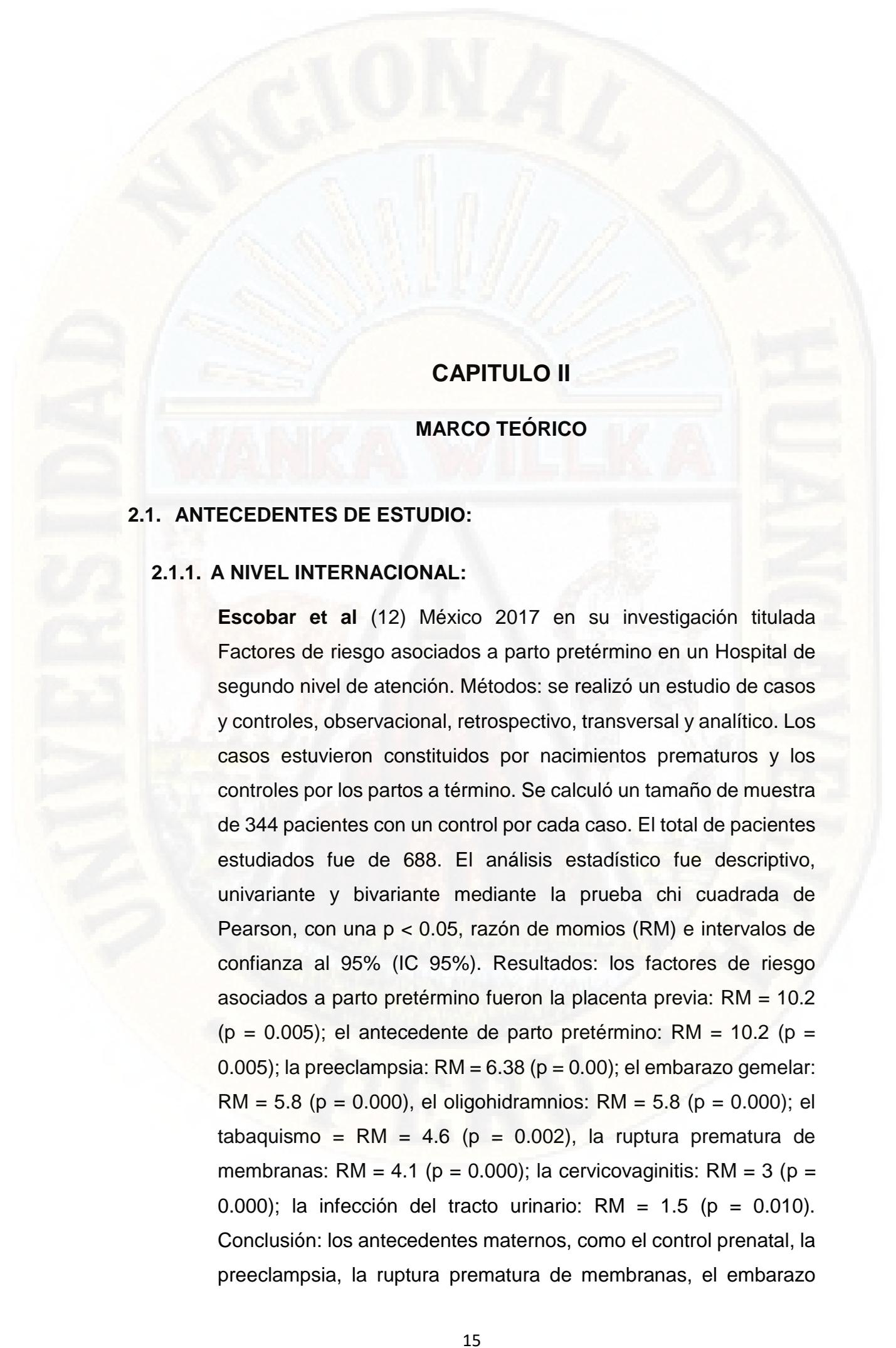
- Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar las patologías de riesgo de amenaza de parto pre término.
- Establecer los antecedentes gineco-obstétricos de la población en estudio.

1.4. JUSTIFICACIÓN:

Esta investigación se realizó en el Hospital de Apoyo Pichanaki debido a que existe una alta incidencia de patologías relacionadas a amenaza de parto pretérmino, según la oficina de estadística del mismo Hospital. Con los resultados de la presente investigación se pretende identificar las posibles características de las patologías más frecuentes que conllevan a una amenaza de parto pre término en el Hospital de Pichanaki y poner más énfasis en la prevención y brindar una difusión y concientización a las gestantes para que puedan apoyar al personal de salud en conllevar una buena evolución del embarazo, y finalizar con una madre y niño sano. Y de esta manera Contribuir con la disminución de la morbilidad perinatal.

1.5. LIMITACIONES:

No se encontró ninguna limitación en el desarrollo de la presente tesis.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL:

Escobar et al (12) México 2017 en su investigación titulada Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un Hospital de segundo nivel de atención. Métodos: se realizó un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Los casos estuvieron constituidos por nacimientos prematuros y los controles por los partos a término. Se calculó un tamaño de muestra de 344 pacientes con un control por cada caso. El total de pacientes estudiados fue de 688. El análisis estadístico fue descriptivo, univariante y bivariante mediante la prueba chi cuadrada de Pearson, con una $p < 0.05$, razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Resultados: los factores de riesgo asociados a parto pretérmino fueron la placenta previa: RM = 10.2 ($p = 0.005$); el antecedente de parto pretérmino: RM = 10.2 ($p = 0.005$); la preeclampsia: RM = 6.38 ($p = 0.00$); el embarazo gemelar: RM = 5.8 ($p = 0.000$), el oligohidramnios: RM = 5.8 ($p = 0.000$); el tabaquismo = RM = 4.6 ($p = 0.002$), la ruptura prematura de membranas: RM = 4.1 ($p = 0.000$); la cervicovaginitis: RM = 3 ($p = 0.000$); la infección del tracto urinario: RM = 1.5 ($p = 0.010$). Conclusión: los antecedentes maternos, como el control prenatal, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, el embarazo

gemelar, la placenta previa, la cervicovaginitis, el parto pretérmino previo y la infección del tracto urinario son los factores de riesgo con mayor significación estadística

Arango et al (13) Colombia 2016 en su investigación titulada "Factores de riesgo para parto pretérmino en el departamento de caldas entre 2003-2006. Objetivos: Identificar los factores de riesgo para parto pretérmino en las gestantes del departamento de Caldas durante los años 2003 y 2006. Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de casos y controles en los hospitales locales de la República Hospitalaria de Caldas (Manizales, Caldas, Colombia). La selección de los casos (partos pretérmino entre semana 24 hasta la semana 36 con 6 días) y la selección de los controles (partos a término semana 37 hasta la semana 41 con 6 días). Resultados: Analizadas 669 pacientes, se encontró significancia en las siguientes variables: escolaridad, amenaza de parto pretérmino, infecciones urinarias, serología positiva, el inicio del parto y la anemia. Además el número de controles prenatales es un predictor importante con respecto a esta patología. Conclusiones: Los factores de riesgo encontrados tienen relación con los analizados en otros estudios, lo cual muestra que en dichos factores hay significancia y por esto hay que tener en cuenta su detección temprana y su prevención. En relación con el riesgo del parto pretérmino, se demuestra la relevancia de los controles prenatales

Retureta et al (14) Objetivo: identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila. Métodos: estudio analítico del tipo casos y controles, realizado en el municipio Ciego de Ávila, para analizar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el período 2009-2012. Las variables a estudiar fueron: edad materna y factores de riesgo de parto prematuro. La estimación puntual de la asociación se realizó a través de la razón de productos cruzados, Odds ratio. Además se aplicó la prueba de interdependencia Chi cuadrado, considerando que la asociación fue significativa cuando p es menor a 0,05. Resultados: los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150cm, las ganancias de peso baja o alta durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y

urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero. Conclusión: la práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no solo por la existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la interrelación entre cada uno de ellos

Genes (15) Paraguay 2012. En su trabajo de investigación titulado "Factores de riesgo asociados a parto pretérmino". Objetivo: identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tanto espontáneo como inducido. Materiales y métodos: se realizó un estudio de casos y controles en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la FCM-U.N.A. Se incluyeron 346 pacientes que tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre 2011. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino mediendo OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Resultados: la presencia de cuello uterino acortado durante el segundo trimestre (OR 9,93 IC95% 2,17-62,98), la preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,75-10,21), el embarazo múltiple (OR 15,14 IC95% 2,06-312,19) y el antecedente de parto prematuro previo (OR 3,43 IC95% 1,02-12,76) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presencia de parto pretérmino. No se encontró una asociación significativa con la paridad previa, el tabaquismo y la rotura prematura de membranas. Conclusión: los factores de riesgo que se asociaron significativamente al parto pretérmino fueron la longitud cervical acortada durante el segundo trimestre, el antecedente de parto pretérmino previo, el embarazo múltiple y la preeclampsia.

LR Lucio (16) España 2005, en su trabajo de investigación titulado "Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino" Objetivo; valorar si los partos pretérmino se asocian a mayor incidencia de infecciones del tracto urinario (ITU) que los partos a término. Diseño: retrospectivo de casos y controles. Emplazamiento: Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Central de Asturias. Participantes; grupo de estudio: 60 gestantes con parto antes de las 37 semanas. Grupo control: 37 gestantes que dieron a luz a término. En ambos casos se descartaron todas las causas conocidas de parto pretérmino salvo las relacionadas con ITU. Variables analizadas: edad, paridad, ITU

sintomática, infecciones genitales durante la gestación, edad gestacional en el primer episodio de amenaza de parto pretérmino y en el parto, tipo de parto y complicaciones perinatales. Se realizó un estudio descriptivo y comparativo de ambos grupos. Resultados El 50% de las gestantes del grupo estudio presentaban ITU frente al 18,9% del grupo control ($p = 0,002$). El 83,3% de los recién nacidos del grupo estudio presentaron complicaciones perinatales frente al 5,4% en el grupo control ($p = 0,000$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en infecciones vaginales ni en vía de parto.

Riva (17) En estudios recientes se ha detectado como factor de riesgo más frecuente asociado a RPM el síndrome de flujo vaginal hasta en un 51.33% y este estuvo relacionado a partos prematuros en un 25% (5-pag 3), Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la hiperemesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia. además de las dos mencionadas anteriormente. También se encontró que al comparar gestantes adolescentes con adultas, las primeras viven en pobres condiciones sociales, y tienen limitado control prenatal. Por lo tanto, frecuentemente, se señala a los factores sociales como un determinante importante. Antecedente de parto y antecedente de amenaza de parto pre término durante la gestación actual también tiene gran influencia para un parto prematuro.

Villanueva et al (18) El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social.

En España, *el proyecto EUROPOP* (2000) realizó un estudio sobre los Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino en el estado español, encontrando el riesgo del parto muy pretérmino es mayor en las mujeres de edad superior a 34 años, con bajo nivel de estudios, en las primíparas o multigestas con antecedentes de abortos del primer trimestre, y en las multigestas con antecedentes de parto pretérmino o abortos del segundo trimestre. En el caso del parto pre término moderado se encuentra la misma tendencia (19).

Polanco et al. (20). En Valencia, Se presenta un estudio de vaginosis bacteriana (VB) en mujeres con amenaza de parto prematuro. La muestra estuvo representada por 100 pacientes embarazadas con edad gestacional entre 22 y 36 semanas más 6 días. Para la recolección de datos se realizó un interrogatorio tipo encuesta donde concluyo que “entre los factores de riesgo para amenaza de parto prematuro, las infecciones vaginales representan una de las principales causas, destacándose entre ellas la vaginosis bacteriana”

Coto et al (21) en su estudio titulado “Factores asociados al Parto Prematuro en el Departamento de Lempira, Honduras” Objetivo: Identificar factores asociados al parto prematuro. Pacientes y métodos: Estudio de cohorte prospectivo, realizado en el departamento de Lempira, occidente de Honduras, la muestra fue de 367 mujeres embarazadas seleccionadas de un universo de 8,148 reportadas por 87 centros de salud. Seleccionó embarazadas con fecha de última menstruación conocida y con fecha de parto en 2010. Definiendo parto prematuro al ocurrido entre las 22 y 36 semanas gestacionales; parto a término al ocurrido a las 37 o más semanas gestacionales. Obtuvo datos de la historia clínica y entrevista a las mujeres. Se calculó medidas de tendencia central y de asociación (riesgo relativo RR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), usando Epidat info version 3.5.3. Resultados: De 367 embarazadas seleccionadas, se conoció el desenlace en 358 (98%). Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00- 10.28), < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60, p 4 hijos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97, p

Couto N, (22); realizaron un estudio descriptivo y transversal de todos los nacimientos pretérminos en un hospital general en Cuba. La enfermedad hipertensiva se presentó en 16.1% seguida por el síndrome de respuesta inflamatoria fetal (12.6%) y por el embarazo gemelar (8.3%) en tanto que las gestorragias (placenta previa y hematoma retroplacentario) se presentaron en 8.5% de las pacientes.

Rodríguez (23) determinaron que en cuanto los factores de origen infeccioso para el parto pretérmino, destacó como factor principal a las infecciones de vías urinarias con 46%, seguido de la ruptura prematura de membranas con 40% y la cervicovaginitis en 35%

EM Losa et al (24) **Objetivo:** Determinar cuáles son, en nuestro medio, los factores de riesgo de los partos pretérmino espontáneos y por rotura prematura de membranas. **Población y método:** Realizamos un estudio retrospectivo, de casos y controles, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, en el que se comparó a 315 gestantes con partos pretérmino espontáneos o por rotura prematura de membranas y un grupo control de 315 gestantes con partos a término. Las variables se clasificaron en sociobiológicas, antecedentes obstétricos y características de la gestación actual. **Resultados:** El antecedente de parto pretérmino (*oddsratio* [OR] = 3,4; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,7-6,7), los abortos previos ($p = 0,002$), la gestación múltiple (OR = 28,1; IC del 95%, 6,7- 116,8), las técnicas de reproducción asistida (OR = 5,8; IC del 95%, 2,3-14,1), los episodios de ingreso hospitalario con necesidad de tocólisis (OR = 10,8; IC del 95%, 4,2-27,7) y el cerclaje (OR = 5,6; IC del 95%, 1,2-25,7) son más frecuentes entre los casos; sin embargo, ajustando por otras variables, el riesgo desaparece para el cerclaje (ORa = 2,8; IC del 95%, 0,5-14). **Conclusiones:** Encontramos que los antecedentes de parto pretérmino y abortos previos, la gestación múltiple, las técnicas de reproducción asistida y la hospitalización con necesidad de tocólisis son los factores de riesgo de parto pretérmino en nuestra población.

2.1.2 A NIVEL NACIONAL:

Tucto (25) En su tesis titulada “Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretermino en gestantes adolescentes en el hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huanuco octubre 2015- marzo del 2016” Tesis para optar el título de Obstetra. Esta investigación

se centra en las adolescentes gestantes que por determinada complicación obstétrica no concluyó su gestación a determinado tiempo. Objetivo: es Determinar cuáles son los factores de riesgos maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano población: Está formada por todas las gestantes adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. muestra de estudio: N= 60 mujeres de 20 a 36 semanas de gestación con factores de riesgo maternos que asistan al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. En el ambiente de monitoreo materno perinatal. resultados: El grupo atareó el más frecuente es de 16 a 19 años de edad con un 68% de los casos. El 43% de las encuestadas presentaban 4 a 5 controles prenatales durante su embarazo. El 93% de las adolescentes embarazadas prevenían de zonas urbanas. El 77% de las pacientes estudiaban sección secundaria al momento de su embarazo. Durante el estudio, encontramos que por ser un universo de adolescentes. El 30% (18) de las gestantes cursaban de 35-36 semanas de gestación en el momento de la investigación. El 53% de las encuestadas mencionó que había iniciado sus relaciones sexuales entre la edad de 16-18 años. La Infección del tracto urinario (ITU) 82%, RPMP 13% y 3% vaginitis fueron las patologías más frecuentemente presentadas por estas pacientes

Guadalupe (26) En su tesis titulada Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015, para optar el título de médico cirujano. Objetivo: Determinar los Factores de Riesgo asociados a Parto Pre término en Gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Finalidad: Conocer los factores de riesgo asociado a parto pre término contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores ayudando en la atención de la gestante en riesgo de parto pre término y de colaborar con el diseño de estrategias para reducción de la morbilidad neonatal. Materiales y Método: Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 de los cuales se divide en casos a las gestantes con parto pre término y controles a las gestantes sin parto pre término. Se realizó un análisis univariado y bivariado, mediante SPSS Statistics V 24. En el estudio se analizó

la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pre término mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Resultados: La edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pre término (OR:2.579). Conclusiones: Los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que representan para presentar parto pre término son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario.

Orbegoso (27) en su tesis titulada "Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue entre julio y setiembre del 2015". Tesis para optar el título de médico cirujano. Objetivo: Determinar la asociación entre Infección del Tracto Urinario y el desarrollo de amenaza de parto pretérmino. Finalidad Disminuir la incidencia de Amenaza de Parto pretérmino y posterior desarrollo de parto pretérmino que conlleva a un aumento en la morbi-mortalidad neonatal. Materiales y método: Estudio de tipo Observacional, Analítico, transversal, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 100 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-Perú, entre Julio y Septiembre del 2015. Se realizó un análisis bivariado, mediante SPSS Statistics V 23, se cruzó las variables, infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino, utilizando χ^2 y la medida de asociación Odds Ratio..Además, se estudió las características de la población (edad, IMC, antecedente de paridad) y si existía relación con infección del tracto urinario. Resultados: La infección del tracto urinario es un factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino, con razón de binomios de 6,303 IC 95% (2,6- 15,25).La edad de mayor frecuencia de APP fue entre 20 y 34 años, el IMC de mayor frecuencia fue de >25 , y las primigestas lo presentaron con mayor frecuencia. No existe asociación estadísticamente significativa entre edad, IMC, antecedente de paridad con Infección del tracto urinario. conclusión: La infección del tracto urinario se comporta como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino. Se debe dirigir medidas preventivas a mujeres en edad fértil para disminuir la infección del tracto urinario y reducir la incidencia de

amenaza de parto pretérmino, evitando un parto pretérmino que conlleva a un aumento de la morbi-mortalidad neonatal.

Huaroto et al (28) en su estudio Factores de riesgo maternas, obstétrica y fetal asociados al parto pretérmino en pacientes de un Hospital público de Ica, Perú. Objetivo: Determinar los Factores de Riesgo Maternos, Obstétricos y Neonatales asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica durante el año 2012. Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. La muestra fue de 107 pacientes, de los cuales 31 fueron casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76, los controles con diagnóstico de parto a término. Se aplicó la estadística descriptiva para las variables categóricas y de medidas de tendencia central para las variables numéricas. Se empleó la prueba del chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$ e IC 95%. Resultados: El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente (OR 2.993 IC [1,123-7,660] $p = 0,024$

Cuzcano (29) con su estudio "Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015" para obtener el título de Médico Cirujano. Objetivo: Determinar las características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre del 2015 Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con recolección de datos prospectiva en una población de 112 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Sergio Bernales que cumplan criterios de inclusión y exclusión, para medir las variables se usó una ficha de recolección de datos. Se usó el programa SPSS v 11.1. Las variables numéricas se analizaron a través de promedios y desviación estándar. Las variables categóricas usando frecuencias y porcentajes Resultados: La edad promedio de las gestantes fue $17,9 \pm 1,3$, el 80.36% fueron prematuros a término, la mediana de la edad gestacional fue de 36 semanas. El 85.71% de las gestantes tuvieron estudios secundarios, el 96% no tuvo parto pretérmino previo, el 94.64% no consume tabaco, el 90.18% no presentó anemia, el 20.54% presentó infección urinaria en algún trimestre de gestación, 12.5% de las gestantes presentó ruptura prematura de membranas sin embargo el 99.11% no tuvo desprendimiento prematuro de placenta.

Según la Oficina General de Estadísticas e Informática del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) el porcentaje de nacidos pretérminos entre los años 2005-2008 ha tenido un promedio de 4% respecto al total de nacidos vivos, con una disminución lenta (2005: 4.1%, 2006: 4%, 2007: 3.6% y 2008: 3.3%). Alrededor del 80% de los nacimientos pretérminos se presentaron en las regiones de Lima, La Libertad, Cusco, Cajamarca, Loreto, Junín, Ancash, Puno, Ucayali, Huánuco y Piura. (30)

Chira et al (31) en su estudio, "Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial docente Belén de Lambayeque" su objetivo fue, determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el año enero-diciembre 2010, el estudio fue analítico, de casos y controles pareados de tipo retrospectivo, descriptivo comparativo, transversal en el que se analizaron las historias clínicas de nacimientos pretérmino (casos: n = 80) atendidos de enero diciembre 2010, los controles se seleccionaron al azar de las historias clínicas de pacientes con nacimientos a término (n = 160). Analizó la asociación de nacimiento pre término con factores preconcepcional y gestacionales. Como resultados tenemos que los escasos controles prenatales presentaron OR: 9.13 (3.51-23.7) p: 0.0000, la anemia (concentración de hemoglobina <11 gr/dl) , OR: 1.79 (1.02-3.15) p:0.0407; y el antecedente de parto pretérmino OR: 2.12 (1.03-4.40) P: 0.0385, fueron factores preconcepcional de riesgo para parto pretérmino, así como la infección del tracto urinario OR: 2.68 (1.54 -4.67); p: 0,0004; la rotura prematura de membranas OR: 7.22 (3.26 -15.95) p: 0,0000; el embarazo múltiple OR: 11.28 (2.40 -52.85); p: 0.0002; y el oligohidramnios OR: 17.66 (2.16-143.8); P: 0.0003; son factores de riesgo gestacional elevado para parto pretérmino.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. PARTO PRETÉRMINO (PP)S.- Se define parto pre término al que ocurre antes de las 37, mientras la amenaza de parto pre término consiste en la aparición de contracciones uterinas regulares, con un intervalo menor de 10 minutos, en una gestante con 37 semanas o menos de amenorrea. Con fines de manejo e investigación, se agrega a la definición que, debe existir presión de la presentación fetal en el segmento uterino inferior e inicio de modificaciones en el cérvix uterino, señalando

algunos autores que puede haber borramiento del cérvix del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm. (9)

Según la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal, Amenaza de parto pretérmino es la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. (32)

Según la sociedad española de ginecología y obstetricia la amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80%.(27,28). Aún hay diferencias en cuanto a la definición de la amenaza de parto pretérmino sobre todo en cuanto al borramiento del cuello uterino y a la dilatación.

La amenaza de parto pretermino es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa puede conducir a un parto pretérmino.

La hospitalización por APP supone gran parte de los costes asociados al cuidado prenatal y es uno de los principales motivos de ingreso de una gestante antes del parto. Por tanto, la APP sería el último escalón en la prevención de la prematuridad. (24)

Etiología es multifactorial, asociado a las siguientes causas:

- a) Infección intraamniótica,
- b) Isquemia útero-placentarias,
- c) Malformaciones fetales,
- d) Sobredistensión uterina,
- e) Factores inmunológicos
- f) Stress. (2)

Asimismo el 70% de los nacimientos pre término son el resultado de amenazas de parto pre términos (45%) y ruptura prematura de membranas (25%). El 30% restante corresponde a intervenciones médicas por compromiso materno o fetal (preeclampsia/eclampsia, crecimiento intrauterino restringido, metrorragia, etc.).(30) Aspectos epidemiológicos importantes, Causa más importante de morbilidad perinatal excluidas las malformaciones congénitas es responsable: 75 % de muertes

perinatales, 50 % de anomalías neurológicas. (33)Factores de riesgo asociado (31)

2.2.1.1.1. Etiología: El parto prematuro es considerado un síndrome multifactorial el cual puede ser clasificado en parto prematuro espontáneo y electivo, es decir, partos prematuros que ocurren naturalmente y aquellos que se decide realizarlos, los cuales usualmente son por indicaciones maternas o fetales. En países con alto ingreso económico el 70 % de los partos prematuros ocurren espontáneamente, entre ellos están incluidos el trabajo de parto espontáneo, ruptura espontánea de membranas y la dilatación espontánea del cérvix fuera del trabajo de parto comúnmente llamada insuficiencia del cérvix. En cambio en países de intermedio y bajo ingreso económico el parto prematuro está asociado con infecciones. Entre los mecanismos establecidos para el desarrollo de parto prematuro está la activación de los factores de los tejidos fetales y maternos que ocasionan la liberación de mediadores tales como las prostaglandinas y las interleucinas , que estimulan las contracciones del miometrio y / o la ruptura de membranas fetales. Esta vía provoca inflamación, infección, hemorragia, distensión uterina y estrés o desregulación del sistema inmune; ocasionando la activación de la membrana fetal y trayendo como consecuencia la maduración cervical, contracciones, ruptura de la membrana y con ello parto prematuro. Estos mecanismo moleculares están influenciados por factores de riesgo genéticos, epigenéticos, biológicos, conductuales, sociales, clínicos y ambientales. Según la edad gestacional (34) en la que se produce el parto pre término se clasifica como parto:

- Prematuro tardío: 34 a menor de 37 semanas
- Prematuro Moderado: 32 a menor de 34 semanas
- Muy prematuro: 28 a menor de 32 semanas
- Extremadamente prematuro menor de 28 semanas

2.2.1.1.1.1.1. Factores predisponentes: Son aquellos que pueden explicar la aparición del parto

pre término, y si bien no siempre se observan durante el embarazo, son causas de éste:

1) Socio demográfico / Maternos

- a) Edad: Es uno de los factores asociados a la prematuridad con mayor incidencia entre las menores de 20 años y mayores de 34 años. Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad. (35)
- b) Procedencia: se realizó un estudio en un Hospital de apoyo en Iquitos con una población de 124 casos de gestantes con parto pre término, en el que se encuentra que el 69. 4% de las gestantes, proceden de zona urbanomarginal. (36)
- c) Estado civil: El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado al parto pretérmino. (36)
- d) Nivel de instrucción y económico: el bajo nivel cultural así como también el bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo, aunque éstos son dependientes el uno del otro. (37)
- e) Hábitos nocivos: el hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retardo del crecimiento intrauterino que en el parto pretérmino. Sin embargo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de tener un parto de pretérmino. El fumar se debe abatir fuertemente en el embarazo. El cigarro aumenta el riesgo de aborto espontáneo, defectos del nacimiento, parto pretérmino, recién nacidos con bajo peso, etc. Esto se debe a que el tabaco inactiva la hemoglobina materna y fetal por el

monóxido de carbono, reducción de la perfusión placentaria por la acción vasoconstrictora de la nicotina y reducción del apetito materno (24)

- f) Previas enfermedades sistémicas y otros: algunas enfermedades que pueden manifestar complicaciones en las gestantes son aquellas enfermedades crónicas de afección a órganos blancos como corazón, riñón, vascular y entre otras las endocrinológicas causando mayor riesgo de morbimortalidad, sobre todo en aquellas gestantes con edad de riesgo gestacional, que son el grupo etario con mayor predominancia sobre todas estas afecciones (24)

2. Gestacionales / obstétricos:

- a) Antecedente de Gestaciones/Paridad: El número de gestaciones previas, como el número de partos es un determinante que necesariamente se relaciona con el parto pretérmino, aun a pesar de las controversias si es o no un factor de riesgo. (29)
- b) Antecedentes de partos pretérminos y abortos: La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes. El riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17% y 40 % y parece depender de la cantidad de partos pretérminos y abortos previos. La literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor el riesgo

de un nuevo parto de pretérmino espontáneo y precoz. (2)

c) Control Prenatal: el control prenatal tiene influencia poderosa en la evolución perinatal del producto. Las madres sin control prenatal o con control insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente. (38)

d) Anemia: El déficit de micronutrientes en la dieta de las embarazadas, especialmente hierro, es un problema mundial. Las embarazadas constituyen uno de los grupos más vulnerables a presentar anemia por los altos requerimientos de hierro durante la gestación, que pueden representar hasta un tercio de los depósitos totales materno. (39).

f) Infecciones urinarias: La bacteriuria asintomática y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana, pielonefritis y apendicitis aguda, provocan un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad. (40)

g) Preeclampsia y eclampsia: Las enfermedades hipertensivas del embarazo son la tercera causa de mortalidad materna en el Perú, convirtiéndose en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal. (33)

h) Amenaza de parto pretérmino: Este factor implica el inicio de un trabajo de parto (dolores de parto) antes de la semana 37, ya sea que lleve o no a un parto prematuro. Si esto ocurre antes de la

semana 20 estamos en presencia de aborto o amenaza de aborto; esta situación es muy diferente al parto prematuro.

3. Factores útero placentarias

- a) Hemorragia del 2ºy 3º trimestre (Desprendimiento prematuro de placenta): La metrorragia de la segunda y tercera mitad del embarazo, sea por desprendimiento de placenta prematura o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo o tercer trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino.

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es una patología obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo. El DPP se produce en un rango de 0,52 a 1,29% de los nacimientos. En nuestro medio (nacional), la incidencia aproximada del DPP es 1/300 embarazos, pero varía substancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y población asistida. (35) b) Rotura prematura de membrana: se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Fluctúa en promedio en el 10% de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos de gestaciones de pretérmino (15)

4. Factores fetales

- a) Embarazo múltiple: Este constituye uno de los riesgos más altos de prematuridad. Casi el 50 % de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan

antes de completar las 37 semanas, siendo su duración promedio, más corta cuanto mayor es el número de fetos que crecen in útero en forma simultánea (36 semanas para los gemelares, 33 semanas para los triples y 31 semanas para los cuádruples). (16)

2.2.1.2. Diagnóstico, se basa en: Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP, pero generalmente se consideran: (33)

- 4 contracciones en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
- -Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
- -Palpables y dolorosas.

Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal. El tacto vaginal se realiza de forma previa para descartar anomalías de inserción placentaria y explorar vagina mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la bolsa amniótica protuyendo a través de cérvix. Se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación. Si el cérvix aparece borrado >70% y/o dilatado de 2 cm o más, se considera diagnóstico de APP al igual que un borramiento y dilatación cervical progresivas. (28)

El Aborto, especialmente el quirúrgico, podría causar diversos tipos de complicaciones de corto plazo en las mujeres, como hemorragia posaborto, adherencia intrauterina causada por una infección o perforación uterina siendo estas las complicaciones típicas a corto plazo; otros estudios también sugieren que 18 el aborto inducido podría aumentar el riesgo de nacimiento pre término en embarazos posteriores; por ello el aborto inducido es

considerado como uno de los factores de riesgo para el resultado de embarazos adversos en embarazo posterior(32).

Dado que las mujeres quedan embarazadas, varios sistemas de su cuerpo cambiarían sutilmente para prepararse para el embarazo; sin embargo, la interrupción del embarazo al tener un aborto haría que el nivel endocrino del cuerpo caiga drásticamente sin un gradual proceso de adaptación, lo que sería un daño potencial al cuerpo. La presencia de dos o más abortos podría aumentar el riesgo de deterioro de la función de órganos o su envejecimiento prematuro. (32)

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO:

Univariable: Caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki-Junín.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes del hospital de pichanaki	Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cervix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. A esto se	Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cervix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. A esto se suma cualquiera de las patologías más frecuentes presentes en la evolución del embarazo. (41) Que se	Características sociodemográficas	➤ Edad :	≥15 ≤ 30 ≥30 ≤ 40	RAZÓN
				➤ Grado de instrucción	- Analfabeta - Estudios básicos concluidos - Estudios básicos no concluidos - superior	NOMINAL
				➤ Residencia	- Urbano - Suburbano - Rural	NOMINAL
				➤ Estado civil	- Soltera - Casada - Unión libre	NOMINAL
				➤ Hemorragias obstétricas	Si no	CUALITATIVO

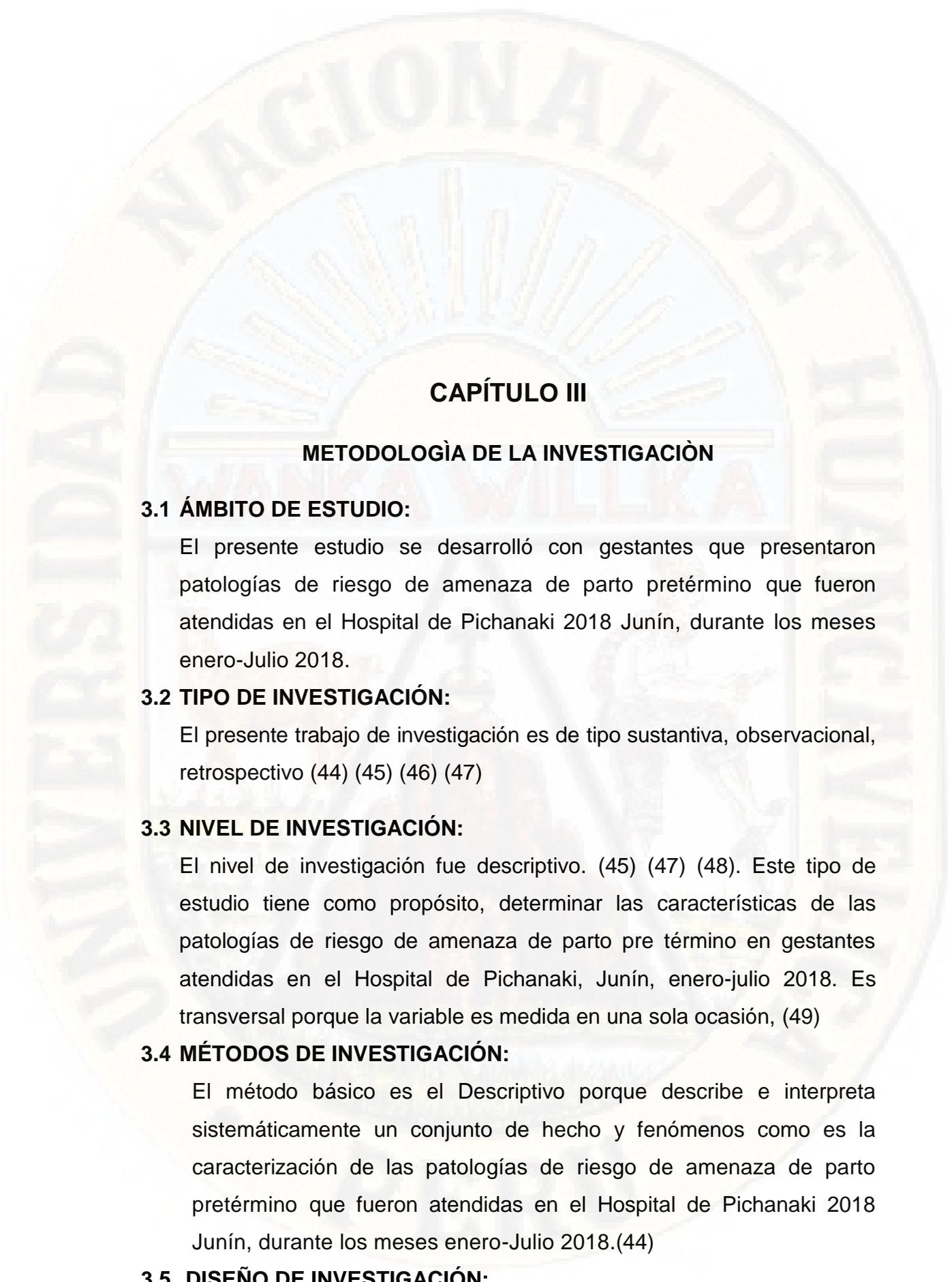
	suma cualquiera de las patologías más frecuentes presentes en la evolución del embarazo. (41)	medirá con un instrumento que es la ficha de recolección de datos donde los datos se extraerá de las historias clínicas	Patologías de riesgo	➤ Placenta previa/ implantación baja	Si no	CUALITATIVO
				➤ Desprendimiento prematura de placenta	Si no	CUALITATIVO
				➤ polihidramnios	Si no	CUALITATIVO
				➤ preeclampsia-eclampsia	Si no	CUALITATIVO
				➤ Anemia	Si no	CUALITATIVO
				➤ Infección del tracto genital	Si no	CUALITATIVO
				➤ Infección del tracto urinario	Si no	CUALITATIVO
				➤ Gestas	-	RAZÓN
			➤ paridad - Nulípara - Primípara - Multípara - Granmultipara	¿Se embarazó antes? Si no ¿Su primer embarazo? Si no	CUALITATIVO	

					¿Es su tercer embarazo? Si no ¿tiene más de 4 hijos? Si no	
				➤ Aborto	Si no	
				➤ hijos muertos	Si no	
			Antecedentes ginecoobstétricos	➤ intervalo intergénésico : - Menos de 1 - 1-2 - 3-4 - 5-6 - Más de 6		RAZÓN
				➤ edad gestacional: - 21-24 - 25-34 - 35-36		RAZÓN
				➤ Control prenatal - Sin control		

				- Insuficiente - Mínimo eficiente			
				Antecedentes de parto pretérmino	Si	no	CUALITATIVO
				Consumo de tabaco	Si	no	CUALITATIVO
				Cesárea anterior	Si	no	CUALITATIVO

2.4 DEFINICIÓN DE TERMINOS:

- 2.4.1. Amenaza de parto pretérmino:** Presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto (con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm. (41)
- 2.4.2. Embarazo múltiple:** es aquella gestación en la que existen dos o más fetos intra útero, recibiendo el nombre de gemelar cuando se trata de dos fetos. (42)
- 2.4.3. Antecedente de parto pretérmino:** partos previos menores a 37 semanas pero mayores a 20 semanas. . (42)
- 2.4.4. Cesárea:** nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) (43)
- 2.4.5. Pre eclampsia:** hipertensión gestacional (presión arterial > o igual de 140 / 90 mmHg después de 20 semanas de gestación) con proteinuria (> o igual 300 mg/24 h) (42)
- 2.4.6. Eclampsia:** presencia de convulsiones que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con preeclampsia. (42)
- 2.4.7. Ruptura prematura de membranas:** ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas a partir de las 22 semanas de gestación hasta inclusive una hora antes del inicio del trabajo de parto. (42)



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO:

El presente estudio se desarrolló con gestantes que presentaron patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino que fueron atendidas en el Hospital de Pichanaki 2018 Junín, durante los meses enero-Julio 2018.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo de investigación es de tipo sustantiva, observacional, retrospectivo (44) (45) (46) (47)

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

El nivel de investigación fue descriptivo. (45) (47) (48). Este tipo de estudio tiene como propósito, determinar las características de las patologías de riesgo de amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín, enero-julio 2018. Es transversal porque la variable es medida en una sola ocasión, (49)

3.4 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN:

El método básico es el Descriptivo porque describe e interpreta sistemáticamente un conjunto de hecho y fenómenos como es la caracterización de las patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino que fueron atendidas en el Hospital de Pichanaki 2018 Junín, durante los meses enero-Julio 2018.(44)

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Se empleó un Diseño descriptivo simple, se determinó a la variable: Caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre

terminó en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki y el esquema es: (44)

M O

M: Muestra de gestantes.

O: Características de las patologías de riesgo de APP.

3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACION: Estuvo conformada por todas las gestantes que fueron atendidas en el Hospital de Apoyo Pichanaki durante los meses enero a Julio 2018.

MUESTRA. - La muestra estuvo conformada por 50 gestantes que tuvieron patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital de Apoyo Pichanaki durante los meses enero a Julio 2018.

MUESTREO - El muestreo no probabilístico, por conveniencia.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para valorar la variable caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes que se atendieron en el Hospital de Pichanaki durante los meses de enero-julio 2018 se aplicó un instrumento que es la ficha de recolección de datos.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El procedimiento a realizar fue lo siguiente:

PRIMERO: Se aplicó el instrumento de recolección de datos para caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes del Hospital de Pichanaki.

SEGUNDO: Se realizó las coordinaciones con la jefatura del servicio de Gineco-Obstetrica, después con el jefe del servicio de Obstetricia.

TERCERO: Se recolectó los datos para su procesamiento a través de la codificación y tabulación en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2010.

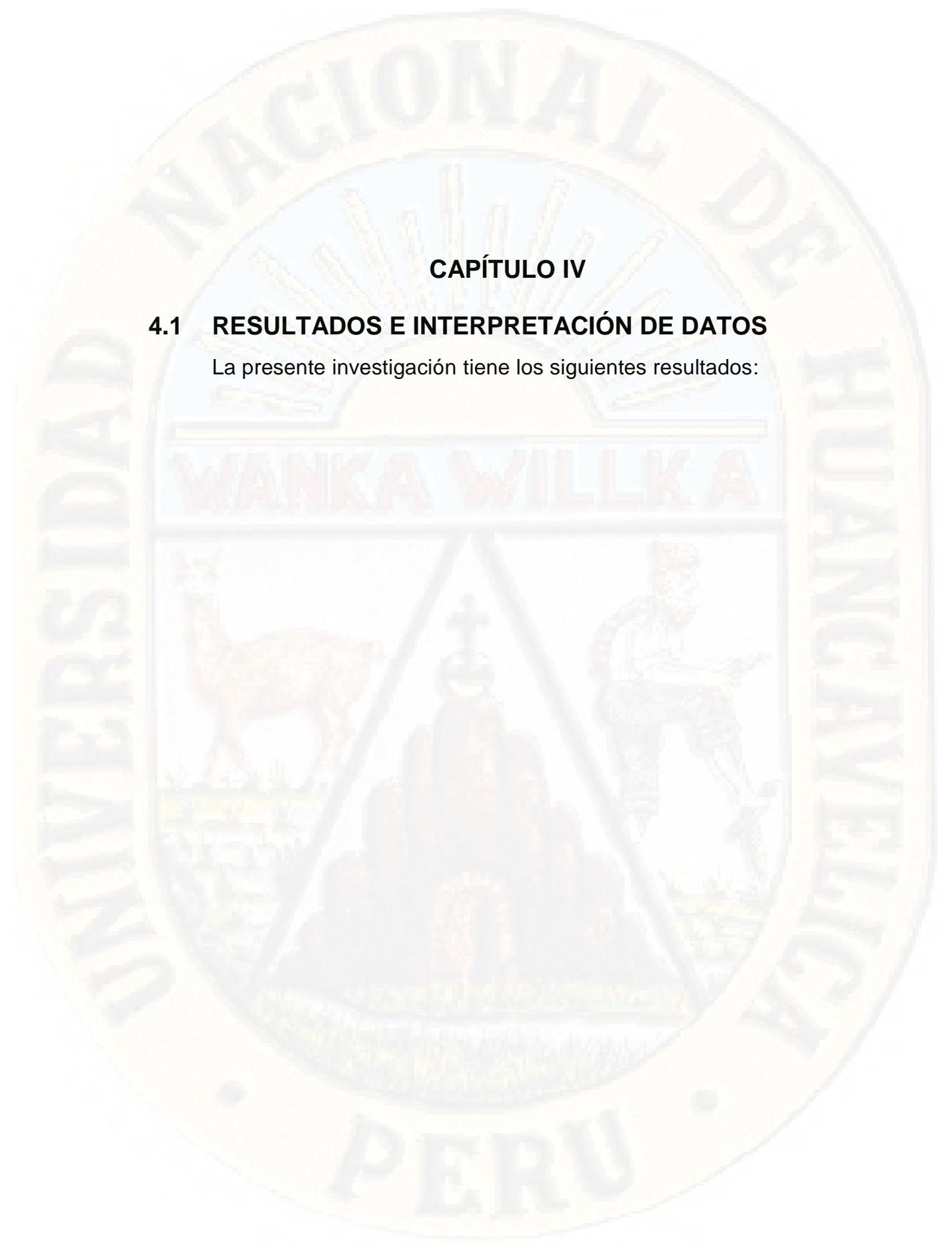
CUARTO: Se codificó y tabuló en cuadros de doble entrada, empleando el software Microsoft Excel 2010.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Estadística Descriptiva: Se empleó tablas de frecuencia simple y de doble entrada, distribución de frecuencias, gráfico de barras.

Paquete y software estadístico: SPSS 22.0 y Excel 2007.





CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La presente investigación tiene los siguientes resultados:

TABLA N°01 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI ENERO-JULIO 2018

Características sociodemográficas			
Descriptor	Frecuencia	%	
Edad	<15	4	8.0
	16 y 30	32	64.0
	31 y39	14	28.0
	Total	50	100.0
Lugar de residencia	Urbano	33	66.0
	Rural	17	34.0
	Total	50	100.0
Estado civil	Soltera	14	28.0
	Casada	4	8.0
	Conviviente	32	64.0
	Total	50	100.0
Grado de instrucción	Analfabeta	2	4.0
	Básica concluida	20	40.0
	Básica no concluida	21	42.0
	Superior	7	14.0
	Total	50	100.0

Fuente: Elaboración propia. Investigación sobre "Caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín, enero-julio 2018.

Interpretación: Del 100% de gestantes que acudieron al Hospital de Pichanaki entre los meses de enero a julio 2018 el 64% (32) tuvo entre 16 a 30 años seguido de un 28% (14) comprendido entre 31 y 39 años y un 8% (4) fueron menores de 15 años. El lugar de residencia urbano fue un 66% (33) seguido de 34% (17) rural. En cuanto al estado civil el 64% (32) fueron convivientes, un 28% (14) solteras y un 8% (4) casadas. Asimismo un 42% tienen grado de instrucción básica no concluida, un 40% (20) básica concluida, un 14% (7) superior y un 4% (2) son analfabetas.

TABLA N° 02 PATOLOGÍAS DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI ENERO-JULIO 2018

Variable	Descriptor	Frecuencia	%
Hemorragias	No	46	92.0
	Si	4	8.0
	Total	50	100.0
Placenta previa/implantación baja	No	48	96.0
	Si	2	4.0
	Total	50	100.0
Desprendimiento de placenta	No	49	98.0
	Si	1	2.0
	Total	50	100.0
Polihidramnios	No	50	100.0
Preeclamsia	No	39	78.0
	Si	11	22.0
	Total	50	100.0
Anemia	No	45	90.0
	Si	5	10.0
	Total	50	100.0
Infección genital	No	41	82.0
	Si	9	18.0
	Total	50	100.0
Infección de tracto urinario	No	30	60.0
	Si	20	40.0
	Total	50	100.0

Fuente: Elaboración propia. Investigación sobre "Caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminado en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín, enero-julio 2018

Interpretación: Del 100% de gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki entre los meses de enero a julio 2018 el 92% (46) no presentaron hemorragias mientras que un 8% (4) si presentaron. En cuanto a placenta previa/implantación baja un 96%(48) no presentó y un 4% si presentó. No se presentó polihidramnios en un 100% (50). En cuanto a la preeclampsia un 78% (39) no presentaron mientras un 22% (11) si presentaron. Seguido de un 90% (45) que no presentaron anemia mientras que un 10% (5) si presentaron. Asimismo un 82% (41) no presentaron infección genital mientras que un 18% (9) si presentaron. Un 60% (30) no presentaron infección del tracto urinario y un 40% (20) si presentaron ITU.

TABLA N° 03 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI ENERO-JULIO 2018

Antecedentes ginecoobstétricos	Descriptor	Frecuencia	%
Número de gestaciones	1	17	34.0
	2	20	40.0
	3	11	22.0
	4	2	4.0
	Total	50	100.0
Fórmula obstétrica	0000	17	34.0
	0110	4	8.0
	1001	16	32.0
	1011	2	4.0
	1102	1	2.0
	2001	1	2.0
	2002	7	14.0
	3003	2	4.0
	Total	50	100.0
Edad gestacional	21-24	1	2.0
	25-34	18	36.0
	35-36	31	62.0
	Total	50	100.0
Paridad	Nulípara	18	36.0
	Primípara	19	38.0
	Múltipara	13	26.0
	Total	50	100.0
Intervalo intergenésico	Ninguno	18	36.0
	<1 año	8	16.0
	1 a 2 años	13	26.0
	3 a 4 años	9	18.0
	5 a 6 años	2	4.0
	Total	50	100.0
Control Prenatal	Sin control	1	2.0
	Insuficiente (<6)	36	72.0
	eficiente (≥6)	13	26.0
	Total	50	100.0

Fuente: Elaboración propia. Investigación sobre "Caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki, Junín, enero-julio 2018"

Interpretación: Del 100% de gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki entre los meses de enero a julio 2018. En cuanto al número de gestaciones un 40% (20) tuvo 2 gestaciones, 34% (17) tuvo 1 gestación, 22% (11) tuvo 3 gestaciones y un 4% (2) tuvo 4 gestaciones. En cuanto a la fórmula obstétrica un 34% (17) no tuvo hijos a término, pretérmino, abortos ni hijos vivos. Seguido de un

32% que tiene un hijo a término y un hijo vivo. Un 8% tuvo un pretérmino y un aborto. Un 4% tuvo un hijo a término un aborto y un hijo vivo. Un 14% tiene 2 hijos a término y 2 hijos vivos. Un 4% tiene 3 hijos a término y 3 hijos vivos. Un 2% tiene un hijo a término, un pretérmino y 2 hijos vivos. Asimismo un 2% tuvo 2 hijos a término y un hijo vivo. En cuanto a la edad gestacional un 62% (31) tiene entre 35 a 36 semanas de gestación, un 36% (18) se encuentra entre las 25 y 34 semanas seguido de un 2% (1) entre las semanas 21 a 24. La paridad estuvo con un 38% (19) que fueron primíparas, un 36% (18) fueron nulíparas, un 26% (13) fueron multíparas. El intervalo intergenésico; un 36% (18) aún no tiene, el 26% (13) tiene entre 1 a 2 años. Un 18% (9) tiene entre 3 a 4 años, el 16% (8) tienen menor de un año y un 4% (2) tiene entre 5 a 6 años. Asimismo un 72% (36) tienen controles prenatales insuficientes, seguido de un 26 % (13) tienen controles eficientes y un 2% (1) no tiene ningún control.

4.2 Discusión de resultados

El estudio consideró como ámbito de estudio al Hospital de Pichanaki de enero a junio 2017, de las cuales se encuestó a 50 gestantes con características de las patologías de riesgo de amenaza de parto preterminó en el Hospital de Pichanaki, Junín. Durante los meses de enero-julio 2018.

En cuanto a la **tabla N° 01** el 64% (32) tuvo entre 16 a 30 años coincidiendo con el trabajo de **Tucto** (25) donde su población de estudio más frecuente fue entre 16 a 19 años de edad de las con un 68% de los casos. Al igual que **LR Lucio** (16) España 2005, en su trabajo de investigación titulado "Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino" la edad fue una de las variables analizadas en su estudio, como también **Guadalupe** (26) que analizó la variable edad resultando que tiene valor estadísticamente significativo. A diferencia del proyecto de EUROP que encontró mayor el riesgo del parto muy pretérmino en las mujeres de edad superior a 34 años. En cuanto al lugar de residencia el urbano fue un 66% (33) coincidiendo con el trabajo de **Tucto** (25) donde señala que el 93% de las adolescentes embarazadas prevenían de zonas urbanas. Por lo tanto, la edad es trascendental en la aparición de diversas patologías que se presentan en el proceso del embarazo.

En cuanto al estado civil el 64% (32) fueron convivientes al respecto **Guadalupe** (26) también considera al estado civil como una variable de su estudio resultando ser estadísticamente significativo.

Asimismo un 42% tienen grado de instrucción básica no concluida, **Tucto** (25) refiere en su estudio que el 77% de las pacientes estudiaban secundaria al momento de su embarazo. **Cuzcano** (29) El 85.71% de las gestantes tuvieron estudios secundarios.

La **tabla N° 02**. Refiere un 8% (4) de gestantes que si presentaron hemorragia seguido de la patología de placenta previa/implantación baja con un 4%. No se presentó polihidramnios en un 100% (50). En cuanto a la preeclampsia un 22% (11) si presentaron. Asimismo, la anemia se presentó en un 10% (5) de las gestantes. La infección del tracto genital resultó con un 18% (9) de igual modo un 40% (20) presentaron infección del tracto urinario. Estos resultados coinciden con el estudio de **Couto N**, (22) donde las gestorragias (placenta previa y hematoma retroplacentario) se presentaron en 8.5% de las pacientes.

Escobar et al (12) los antecedentes maternos, como el control prenatal, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, el embarazo gemelar, la placenta previa, la cervicovaginitis, el parto pretérmino previo y la infección del tracto urinario son los factores de riesgo con mayor

significación estadística. **Genes** (15) considera a la preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,75-10,21) una asociación estadísticamente significativa como factor de riesgo de parto pretérmino. **LR Lucio** (16) valorar si los partos pretérmino se asocian a mayor incidencia de infecciones del tracto urinario (ITU) Resultados El 50% de las gestantes del grupo estudio presentaban ITU. **Polanco et al.** (20) entre los factores de riesgo para amenaza de parto prematuro, las infecciones vaginales representan una de las principales causas, destacándose entre ellas la vaginosis bacteriana. **Rodríguez** (23) en su estudio refiere que los factores que destacaron fueron las infecciones de vías urinarias con 46% para el parto pretérmino. **Tucto** (25) La Infección del tracto urinario (ITU) 82% y 3% vaginitis fueron las patologías más frecuentemente en su estudio. **Orbegoso** (27) La infección del tracto urinario es un factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino, con razón de binomios de 6,303 IC 95%. La infección del tracto urinario se comporta como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino. **Chira et al** (31) la anemia (concentración de hemoglobina <11 gr/dl) así como la infección del tracto urinario OR: 2.68 (1.54 -4.67); son factores de riesgo gestacional elevado para parto pretérmino.

En la tabla N° 03 el número de gestaciones un 40% (20) tuvo 2 gestaciones. En cuanto a la formula obstétrica un 34% (17) no tuvo hijos a término. En cuanto a la edad gestacional un 62% (31) tiene entre 35 a 36 semanas de gestación, La paridad estuvo con un 38% (19) que fueron primíparas, El intervalo intergenésico; el 26% (13) tiene entre 1 a 2 años. Asimismo, un 72% (36) tienen controles prenatales insuficientes, coincidiendo con **Escobar et al** donde los antecedentes maternos, como el control prenatal, son factores de riesgo con mayor significación estadística. **Arango et al** (13) La selección de los casos (partos pretérmino entre semana 24 hasta la semana 36 con 6 días) y la selección de los controles (partos a término semana 37 hasta la semana 41 con 6 días), Además el número de controles prenatales es un predictor importante con respecto a esta patología. Conclusiones: Los factores de riesgo encontrados tienen relación con los analizados en otros estudios, lo cual muestra que en dichos factores hay significancia y por esto hay que tener en cuenta su detección temprana y su prevención. **Genes** (15) No se encontró una asociación significativa con la paridad previa. **LR Lucio** (16) también analizó las variables paridad, , edad gestacional en el primer episodio de amenaza de parto pretérmino No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. **Villanueva et al** (18) No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son

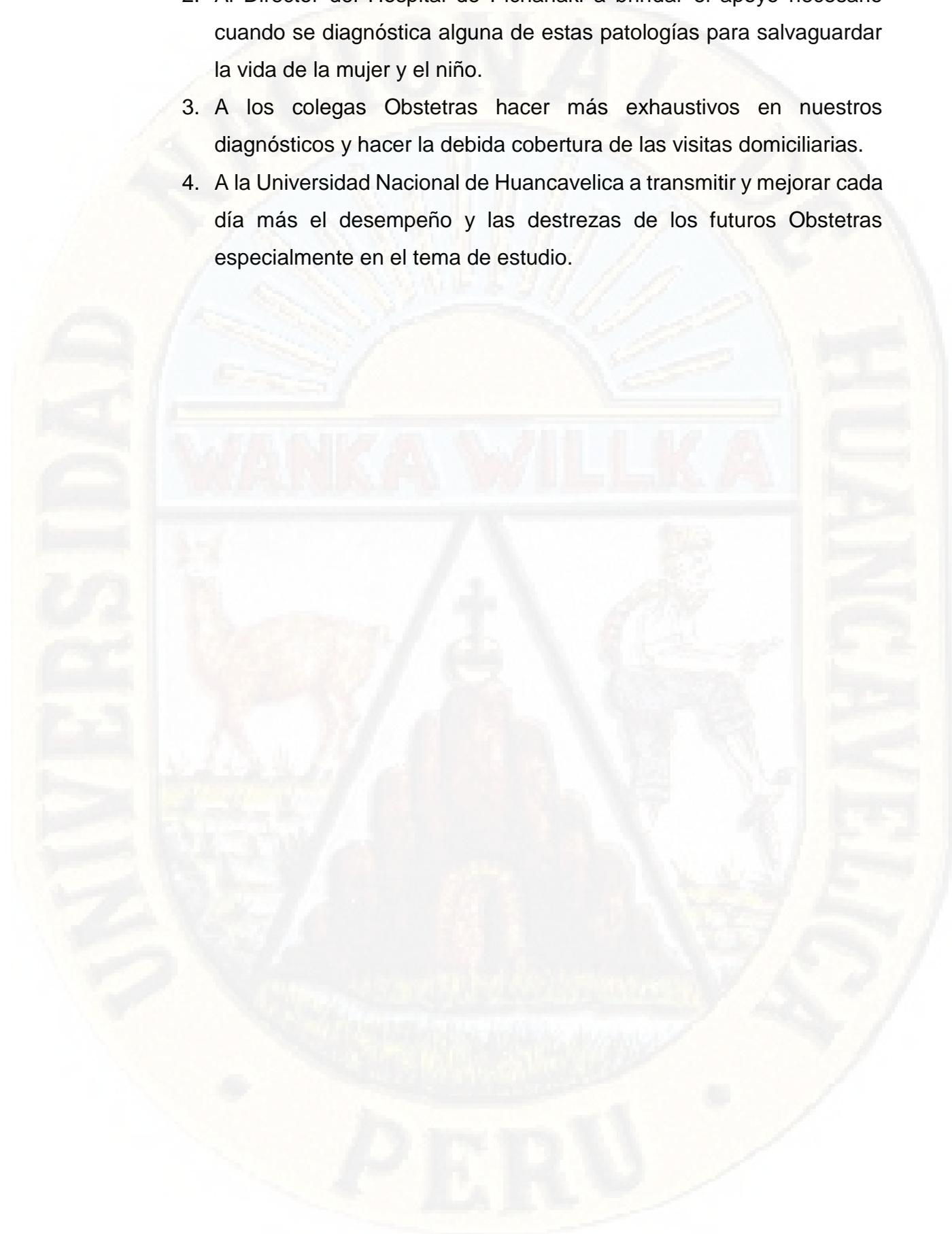
claras El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social. **Polanco et al.** (20) embarazadas con edad gestacional entre 22 y 36 semanas entre los factores de riesgo para amenaza de parto prematuro, las infecciones vaginales representan una de las principales causas. **Coto et al** (21) < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60, p 4 hijos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97, p. **Tucto** (25) El 43% de las encuestadas presentaban 4 a 5 controles prenatales durante su embarazo El 30% (18) de las gestantes cursaban de 35-36 semanas de gestación en el momento de la investigación. **Guadalupe** (26) el control prenatal inadecuado, el número de paridad, tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pre término (OR:2.579). Los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que representan para presentar parto pre término son la paridad y el control prenatal inadecuado.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características sociodemográficas de las gestantes que acudieron al Hospital de Pichanaki entre los meses de enero a julio 2018 el 64% (32) tuvo entre 16 a 30 años. El lugar de residencia urbano fue un 66% (33). El estado civil fue conviviente con un el 64% (32). Asimismo un 42% tienen grado de instrucción básica no concluida.
2. Las patologías de riesgo de amenaza de parto pretérmino fueron: hemorragia obstétrica un 8% (4), placenta previa/implantación baja con un 4%, preeclampsia con un 22% (11). Seguido de un 10% (5) de anemia. Asimismo infección genital con un 18% (9) y un 40% (20) de ITU.
3. Entre los antecedentes ginecoobstétricos de gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki entre los meses de enero a julio 2018. Se encontró con un 40% (20) tuvo 2 gestaciones. En cuanto a la formula obstétrica un 34% (17) no tuvo hijos a término, ni pretérmino, ni abortos ni hijos vivos. En cuanto a la edad gestacional un 62% (31) estuvieron entre 35 a 36 semanas de gestación. En cuanto a la paridad la que rigió fueron las primíparas con un 38% (19). Un 36% (18) aún no tienen intervalo intergenésico. Asimismo un 72% (36) tienen controles prenatales insuficientes.

RECOMENDACIONES

1. Al Director de la Diresa Junín a seguir impulsando las capacitaciones sobre el tema en estudio al personal de salud.
2. Al Director del Hospital de Pichanaki a brindar el apoyo necesario cuando se diagnóstica alguna de estas patologías para salvaguardar la vida de la mujer y el niño.
3. A los colegas Obstetras hacer más exhaustivos en nuestros diagnósticos y hacer la debida cobertura de las visitas domiciliarias.
4. A la Universidad Nacional de Huancavelica a transmitir y mejorar cada día más el desempeño y las destrezas de los futuros Obstetras especialmente en el tema de estudio.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

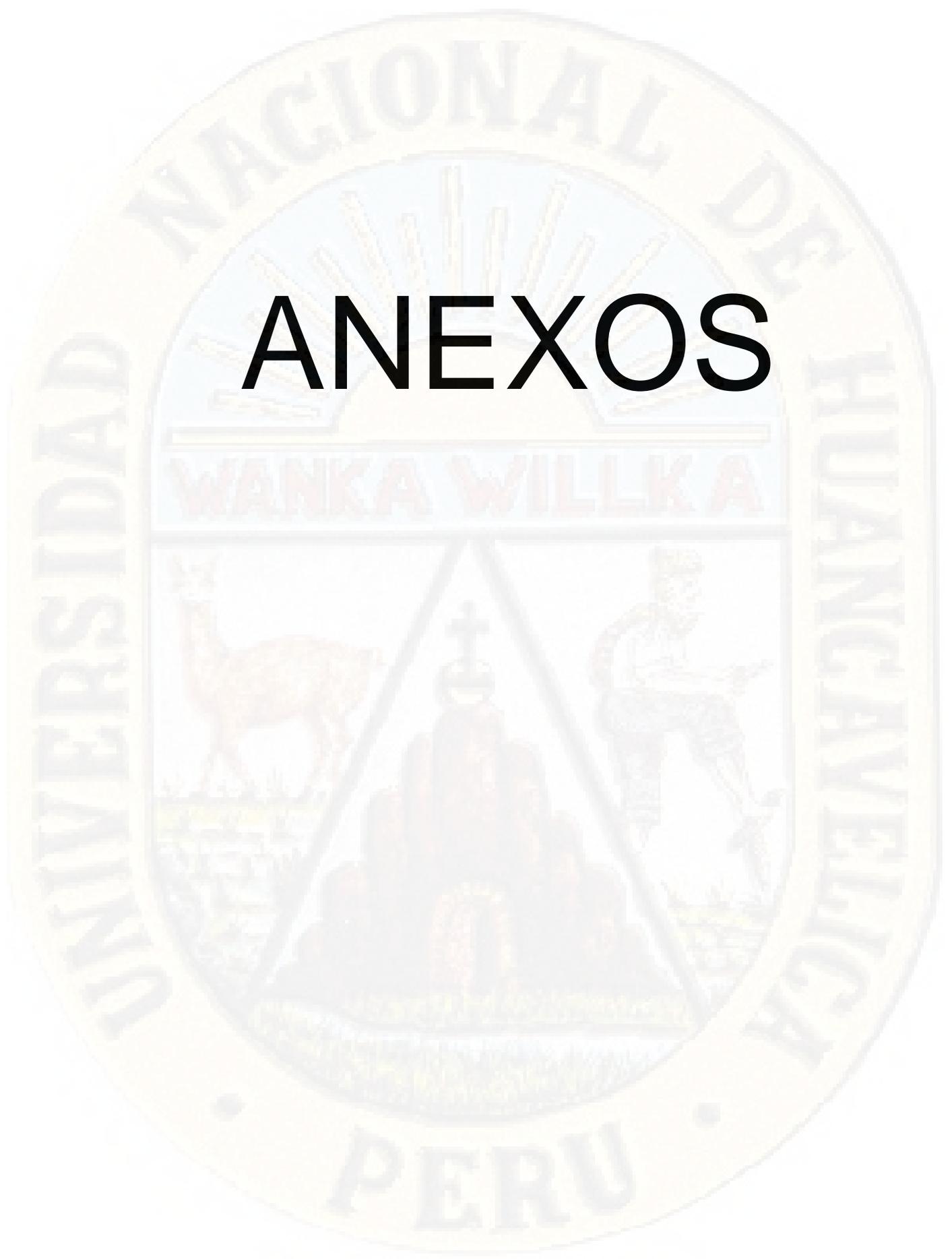
1. Laterra Cristina, Susacasa Sandra, Di marco Ingrid, Valenti Eduardo. Guía de práctica clínica: Amenaza de parto pretérmino 2011 Buenos Aires; 2012.
2. Althade F, Carroli G, Lede R, Belizan JM, Althade OH. El parto pretérmino : detección de riesgo y tratamientos preventivos. 2016..
3. Valladarez, Gómez. Ultrasonografía transvaginal cervical en la predicción del parto pretérmino espontáneo. Instituto Materno Perinatal. 2002..
4. Gabbe Niebyl, Leigh J. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies.. Elsevier Saunders. 2012.
5. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et. Liu L, Oza S, HGlobal regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016;388(10063):3027-35. 2016..
6. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. 2018 Febrero.
7. Jimmy E. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008..
8. GOLDENBERG, R. The management of preterm labor. Obstetric and Gynecology..
9. Carrillo Carlos & Wong Fernando.. Factores Asociados al Embarazo Pretérmino a Nivel del Mar y la Altura. Instituto de Investigaciones de la Altura Universidad Cayetano Heredia. Acta Andina. 2004..
- 10 MINSa. Boletín estadístico de nacimiento Perú 2015, abril 2016. 2016..
- 11 MINSa. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012. 2013..
- 12 Escobar Padilla Beatriz, Gordillo Lara Limberg Darinel, Martínez Puon Horacio. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un Hospital de segundo nivel de atención. Revista médica del Instituto Mexicano del seguro social. 2017; 55(4): p. 424-428.
- 13 Arango María del Pilar, Ana María Roca Gonzales, Caicedo Pastrana Iorena, Castaño Bardawil Ricardo, Castaño Castrillon José, Cifuentes Nava Viviana, Escobar Cardona Natalia, Giraldo Galvis Jairo, Irma Rocío López. Factores de riesgo para parto pretérmino en el departamento de caldas entre 2003-2006. Archivos de Medicina. 2016 febrero 27; 8(1): p. 10.

- 14 Retureta Milan Silvia, Rojas Alvarez Lainys, Retureta Milan Marta.
. Factores de riesgo de parto pretérmino en gestantes del municipio de ciego del ávila. Medisur. 2015 setiembre; 13(4).
- 15 Genes Barrios Viviana Beatriz. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Revista del nacional. 2012 Dec; 4(2): p. 8-14.
- 16 LR Lucio, A Escudero, Rodríguez, Vega, Vasquez, Camaño, Vaquerizo Herrera. Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino. Elsevier. 2005 agosto; 48(8): p. 373-378.
- 17 Reategui NR. Factores de riesgo para parto pretérmino espontaneo en gestantes adolescentes. Informe tesis. Pucallpa: Hospital de Apoyo n°2 yarinacocha, gineco-obstetricia; 2014. Report No.: 1.
- 18 Villanueva Egan Luis Alberto, Contreras Gutierrez Ada Karina & Pichardo Cuevas Mauricio, Rosales Lucio Jaqueline. Perfil epidemiológico del Parto pretérmino. Federación Mexicana de Gineco obstetricia. 2008; 76(9): p. 542-548.
- 19 Saurel AV,C. Science direct. [Online]. [cited 2017 enero 22. Available from:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715117>.
- 20 Patricia. RM. Vaginosis Bacteriana en mujeres con amenaza de parto prematuro. Salud. 2002 diciembre; 6(3).
- 21 Fany Patricia Coto, Fabian Pardo Cruz, Carlos Zuñiga Mazier. Factores asociados al Parto Prematuro en el departamento de Lampira, Honduras. 2012..
- 22 Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, Montes de Oca Santiago P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. junio de 2014;18(6):841-7. 2014..
- 23 Rodríguez C RGHH. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles Ginecol Obstet Mex [Internet]. [cited 2016 Jan 22]; Available from. 2016..
- 24 E.M Losa, E. Gonzales, G. Gonzales. Factores de riesgo del parto pretérmino. Progresos de Obstetricia y ginecología. ; 49(2): p. 57-65.
- 25 Yessica TS. Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretermino en gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco octubre 2015- marzo del 2016". 2017. Tesis para optar el título de Obstetra.
- 26 Miluska GHS. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. 2016. Tesis para optar el título de médico cirujano.
- 27 Nazaret OPZ. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretermino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue entre julio y setiembre del 2015. 2016. Tesis para optar el título de médico cirujano.

- 28 Huarato Palomino Karina, Paucca Huamancha Miguel Angel, Polo Alvarez Melisa, Meza León Jesús Nicolaza. Factores de Riesgo maternas, obstétrica y fetal asociados al parto pretérmino en pacientes de un Hospital público de Ica, Perú. 2013..
- 29 denisse CBA. Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el Hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015. 2016..
- 30 pregnancy ACON5Dot. ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy Obstet Gynecol 2013; 122:1139. 2013..
- 31 Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial docente belen de lambayeque. 2015..
- 32 Guías de procedimiento de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal 2014.
- 33 Faneite P, Alvarez N, Repilloza M.. Factores epidemiológicos del parto prematuro. Rev obstet ginecol Venezuela. 1995..
- 34 WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth [Internet]. WHO. [cited 2016 Jan 22]. Available from. 2016..
- 35 Ruiz Cumapa R, Masgo IM. Factores de riesgo de parto pretérmino: estudio caso control. Hospital Nacional Sergio Bernales, mayo-setiembre 2003. 2004..
- 36 Ramírez T, RC Francisco. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias de enero a diciembre 2013. 2015..
- 37 V GC. Factores Maternos asociados A. parto prtérmino y hallazgos en el neonato en el Hospital Regional de loreto 2007. 2007..
- 38 Iriarte et al, Factores De Riesgo Para Parto Pretérmino En El Hospital San Juan De Dios, Bolivia. 2006..
- 39 Robaina Castellanos GR, Pollo Medina JM, Morales Rigau JM. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2001.
- 40 Faneite P, Gómez R, Marisela G, Faneite J, Manzano M, Marti A, et. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Revista de Obstetricia Y ginecología venezolana. 2006.
- 41 Perinatal INM. Guías de procedimiento de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal. 2014.
- 42 WHO. March of dimes, partnership for maternal, newborn & child health, save the children born too soon. The global action report on preterm birth.

- 43 Martín JA, Hamilton BE, Ventura SJ et al. Births final data for 2011. Natl vital stat ref. 2013. 2013..
- 44 Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. Sexta Edición ed. CV ESd, editor. Distrito Federal: McGraw-Hill/Interamericana; 2014.
- 45 Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación; 2014.
- 46 Quezada N. Metodología de investigación. Primera ed. Lima, Perú: Macro; 2015.
- 47 Londoño J. Metodología de la investigación epidemiológica. Colombia: Manual Moderno; 2014.
- 48 García J. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. México: Mc Graw Hill; 2014.
- 49 Supo J. Seminarios de Investigación Arequipa; 2017.
- 50 OPS. OPS. Ecuador Salud en las Américas. 2007.
- 51 Rodríguez, J, Sabalza ,M. Modelo para la detección y prevención de resultados perinatales adversos en las gestantes adolescentes y sus neonatos, en el Hospital de Engativa,. 2010..
- 52 Calderon GJ. medigrafic.com. [Online].; 2014 [cited 2017 enero 24].
- 53 Nicolás PdL. Vaginosis bacteriana y amenaza de parto pretérmino. informe de tesis. Guatemala: Hospital Nacional Regional de Escuintla, Gineco-obstetricia; 2013. Report No.: 1.

ANEXOS



ANEXO Nº 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Caracterización de patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaki. Junín, enero-julio 2018

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	METODOLOGIA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son las características de las patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes del Hospital de Pichanaki, Junín. enero-julio 2018?</p>	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las características de las patologías de riesgo de amenaza de parto pre término en gestantes del Hospital de Pichanaki- junín, enero-julio 2018. <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio. ➤ Identificar las patologías de riesgo de amenaza de parto pre término. ➤ Establecer los antecedentes gineco-obstétricos de la población en estudio. 	<p>Hipótesis:</p> <p>No se considera hipótesis.</p>	<p>TIPO: Sustantivo</p> <p>NIVEL: Descriptivo</p> <p>DISEÑO: Descriptivo simple</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>M: Muestra de gestantes con APP</p> <p>O: características de las patologías de riesgo de amenaza de parto pre terminó en gestantes del Hospital de Pichanaki</p> <p>POBLACION Y MUESTRA:</p> <p>50 gestantes con amenaza de parto prétermino y patologías frecuentes</p> <p>TECNICA E INSTRUMENTO:</p> <p>Técnica: Observación</p> <p>Instrumento: ficha de recolección de datos</p>

ANEXO N° 03
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES:

FECHA.....

CODIGO.....

Datos sociodemográficos

EDAD: $\geq 15 \leq 30$ ()

$\geq 30 \leq 40$ ()

ESTADO CIVIL: soltera () casada () conviviente ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Analfabeta () estudios básicos concluidos ()
) estudios básicos no concluidos () superior
 ()

RESIDENCIA: Urbano () rural ()

Patologías asociadas

N°	PATOLOGÍA	ITEM	
		SI	NO
1	Hemorragias obstétricas	SI	NO
2	Placenta previa/ implantación baja	SI	NO
3	Desprendimiento prematuro de placenta	SI	NO
4	Polihidramnios	SI	NO
5	Preeclampsia-eclampsia	SI	NO
6	Anemia	SI	NO
7	Infección del tracto genital	SI	NO
8	Infección del tracto urinario	SI	NO

Antecedentes Ginecoobstétricos

1. F.O : G.....P...

2. Edad gestacional :

- 21-24 sem ()

- 25-34 sem ()
- 35-36 sem ()

4. Paridad

- Nulípara
- Primípara
- Multípara
- Granmultípara

5. Intervalo intergésico :

- Menos de 1
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- Más de 6

6. Control prenatal:

- Sin control
- Insuficiente
- Mínimo eficiente

N°	ANTECEDENTE	ITEM	
		SI	NO
1	Parto pretérmino previo	SI	NO
2	Consumo de tabaco	SI	NO
3	Cesárea anterior	SI	NO
4	Hijos muertos		
5	abortos		

Recolectando la información, aplicando la ficha de recolección de datos



