



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADOS EN OBSTETRICIA

FACTORES RELACIONADOS CON LA AMENAZA DE
PARTO PRE TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAÚL GARRIDO ROSILLO (SAGARO) II-1
TUMBES 2016

AUTORES:

Bach Obst. Espinoza Reyes Mariella Janet.

Bach Obst. Peña Carrillo Jimmy Percy.

TUMBES- PERÚ
2016

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la vida y fortaleza, por ser guía hacia esta carrera hermosa, humana y de servicio, por darnos fuerzas para seguir superándonos y no perder las esperanzas para llegar a nuestros objetivos.

Dedicado a nuestros padres por su apoyo incondicional que realizan, contribuyendo a que cada uno de nosotros alcance sus metas.

A la Universidad Nacional de Tumbes en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia por brindarnos una educación de alta calidad.

Los autores

AGRADECIMIENTO

A los maestros de la Facultad de Ciencias de la Salud, por compartir con nosotros sus valiosas enseñanzas, experiencias y consejos durante toda nuestra formación académica.

De manera especial a nuestros asesores, por sus orientaciones, asesoría y valioso aporte profesional en la realización del presente trabajo de investigación.

Al director del Hospital Saúl Garrido Rosillo “SAGARO” II-1; Dr. José Antonio Torres Infante Tumbes, por contribuir en el presente estudio, pues sin su apoyo no hubiera sido posible obtener la información necesaria para nuestra investigación y a todas las personas que de alguna manera aportaron su apoyo incondicional para este gran logro.

Los autores



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Creada por Ley N° 24894 - 11 de Octubre de 1988
Av. Tumbes N° 863 Ap. 157 Fax: 072-523081 R.P.M. *446139
Ciudad Universitaria - Pampa Grande - Cel. N° 972886559
TUMBES - PERÚ

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADOS EN OBSTETRICIA LOS BACHILLEROS: ESPINOZA REYES, MARIELLA JANET Y PEÑA CARRILLO, JIMMY PERCY

En los ambientes de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Tumbes, ubicada en la Av. Tumbes siendo las 19 horas con 10 minutos del día miércoles 19 de octubre del 2016, se reunieron los miembros de jurado calificador: **Mg. José Luis Saly Rosas Solano** (*Presidente*), **Mg. Gladys Farfán García** (*Secretaria*) **Dr. Carlos Zamora Gutiérrez** (*Vocal*), **Dr. Néstor Purizaga Izquierdo** (*Asesor*), **Mg. Gloria Taica Sánchez** y **Mg. Walter Castañeda Guzmán** (*Co-Asesores*), con el propósito de evaluar y calificar la sustentación de Tesis titulada: **Factores relacionados con la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital "Saúl Garrido Rosillo – "SAGARO" II-1 Tumbes, 2016.** Presentado por los Bachilleres: **Espinoza Reyes, Mariella Janet y Peña Carrillo, Jimmy Percy**

Luego de la exposición de los Bachilleres, los miembros de jurado procedieron a las preguntas pertinentes.

- Siendo las 20:00 horas con 10 minutos del mismo día, se dio por concluida la exposición, invitando a los Bachilleres a retirarse del recinto en espera de su calificativo.
- Después de las deliberaciones y realizada la votación se obtuvo el siguiente calificativo:

NOMBRE	CALIFICATIVO
Espinoza Reyes, Mariella Janet	BUENO
Peña Carrillo, Jimmy Percy	BUENO

De inmediato se comunica el resultado de la evaluación.

- Siendo las 20:00 horas con 30 minutos se dio por concluido el acto.
- Para mayor constancia firmamos la presente acta.


Mg. José Luis Saly Rosas Solano
Presidente


Mg. Gladys Farfán García
Secretaria


Dr. Carlos Zamora Gutiérrez
Vocal.


Dr. Néstor Purizaga Izquierdo
Asesor


Mg. Gloria Taica Sánchez
Co-Asesora


Mg. Walter Castañeda Guzmán
Co-Asesor.

CERTIFICACIÓN

Dr. Néstor Herminio Purizaga Izquierdo, Docente principal de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento Académico Profesional de Ciencias Médicas

CERTIFICA:

Que el informe de tesis:

**FACTORES RELACIONADOS CON LA AMENAZA DE PARTO PRE
TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAÚL GARRIDO
ROSILLO (SAGARO) II- 1 TUMBES 2016**

Presentado por los Bachilleres aspirantes al Título de Licenciado en Obstetricia.

- Espinoza Reyes Mariella Janet.
- Peña Carrillo Jimmy Percy.

Ha sido asesorado y revisado por mi persona, por tanto, queda autorizado para su presentación e inscripción a la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Tumbes; para su revisión y aprobación correspondiente.

19 de octubre del 2016



Dr. NÉSTOR HERMINIO PURIZAGA IZQUIERDO
Asesor del proyecto de tesis.



RESPONSABLES

Obst. ESPINOZA REYES MARIELLA JANET

EJECUTORA

Obst. PEÑA CARRILLO JIMMY PERCY

EJECUTOR

Dr. PURIZAGA IZQUIERDO NÉSTOR HERMINIO

ASESOR

Mg. TAICA SÁNCHEZ GLORIA MARGOT

CO ASESORA

Mg. CASTAÑEDA GUZMÁN WALTER

CO ASESOR



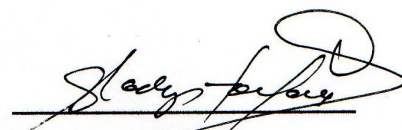
JURADO DICTAMINADOR

Mg. JOSÉ LUIS SALY ROSAS SOLANO



PRESIDENTE

Mg. GLADYS FARFÁN GARCÍA



SECRETARIA

Dr. CARLOS ZAMORA GUTIÉRREZ



VOCAL

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores relacionados con la amenaza de parto pre término en las gestantes atendidas en el Hospital “SAGARO” II -1 Tumbes 2016. Se realizó a través de un estudio descriptivo, retrospectivo, correlacional, con un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 60 historias clínicas de gestantes diagnosticadas con esta patología. Los resultados encontrados, dentro de los factores maternos fueron: paridad, el 87% de las gestantes con menos de tres partos; 42% tienen edades que oscilan entre 25 a 34 años; el 70% de las gestantes son convivientes, el 80% tienen un ingreso mensual menor de mil soles, el 77% son de procedencia urbana, el 68% tienen antecedentes de infección del tracto urinario (ITU), el 100% no refirieron ningún hábito nocivo y el 67% de las gestantes no presentaron antecedentes de otras complicaciones. Se concluye que los factores maternos fueron preponderantes, los factores fetales y placentarios no tuvieron mucha relevancia. Existe relación entre la amenaza de parto con los factores maternos y fetales a diferencia de los placentarios que no existe relación.

Palabras claves: Factor relacionado, amenaza de parto pre término, factor materno, factor fetal y factor placentario.

ABSTRACT

This study aimed to determine the factors related to the threat of preterm birth in pregnant women treated at the "SAGARO" Tumbes Hospital II -1 2016 was conducted through a descriptive, retrospective, correlational study, with a design not experimental. The sample consisted of 60 medical records of pregnant women diagnosed with this disease. The results found within maternal factors were: parity, 87% of pregnant women with less than three births; 42% had ages ranging from 25 to 34 years; 70% of pregnant women are cohabiting, 80% have a monthly income of a thousand suns, 77% are of urban origin, 68% have a history of urinary tract infection (ITU), 100% did not report any harmful habit and 67% of pregnant women had no history of other complications. It is concluded that maternal factors were predominant, fetal and placental factors did not have much relevance. There is a relationship between the threat of labor with maternal and fetal factors unlike placental no relationship.

Keywords: Factor related, threat of preterm birth, maternal factor, fetal factor and placental factor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	ix
ABSTRAC.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	4
III. MARCO TEÓRICO.....	7
IV. MATERIAL Y MÉTODO.....	14
V. RESULTADOS.....	21
VI. DISCUSIÓN.....	28
VII. CONCLUSIONES.....	32
VIII. RECOMENDACIONES.....	33
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS.....	42

I. INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pre término (APP) es una patología frecuente, cuyos signos y síntomas incluyen: contracciones frecuentes (2 en 10 minutos), se asocia a calambres, presión pelviana, flujo vaginal, dolor de espalda y dolor abdominal bajo; la identificación de ellos podría ayudar a detectar aquellas pacientes candidatas a realizar un diagnóstico de amenaza de parto y realizar un tratamiento adecuado. El nacimiento pre término afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los partos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas.¹

Perú es un país caracterizado por tres regiones geográficas diferentes, en la región de la costa donde se da una mayor concentración poblacional y donde se produce la mayor proporción de nacimientos, se encontró la menor tasa de mortalidad perinatal de 16,67 por mil nacimientos; debe tenerse en cuenta que en esta región está ubicada la ciudad de Lima que tiene la menor tasa de mortalidad perinatal en el Perú; la región de mayor mortalidad fue la sierra con 27,05 por mil nacimientos, el riesgo de morir es de 1,6 veces mayor en la sierra en comparación a la costa y de 1,2 veces mayor en la selva en comparación a la costa.²

A nivel regional, en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital de Apoyo José Alfredo Mendoza Olavarría (JAMO) II-1 de Tumbes durante el año 2011, en sus datos estadísticos sobre morbilidad general en el servicio de hospitalización se registraron 329 partos prematuros siendo este 7.28% del total. Durante el año 2011, se registraron 2 muertes perinatales y neonatales relacionado con prematuridad representando a un 3.87%. Las principales causas de mortalidad en el departamento de neonatología fueron por nacido prematuro

4 neonatos atendidos, resultando un 15.38% del total; por detrás de la sepsis y del bajo peso.³

Frente a la realidad citada anteriormente se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores relacionados con la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital “SAGARO” II -1 Tumbes 2016?. La investigación que se planteó, es relevante porque se enmarca en el contexto de la salud materno fetal, si se tiene en cuenta que disminuir la mortalidad materna perinatal, es un objetivo de salud primordial en gran parte de los países en desarrollo.

Es una labor que el personal de salud debe velar por la salud materno-fetal, y estar capacitado para que pueda rescatar el diagnóstico temprano y la vigilancia estricta como los pilares fundamentales para prevenir las complicaciones que puedan presentarse en la gestante.

Desde el punto de vista teórico científico, el presente estudio resalta su importancia de identificar los factores relacionados con la amenaza de parto pre término.

La tesis estuvo dirigida a estudiar las historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo “SAGARO” II-1 de Tumbes; en las que se presentó dicha complicación durante los meses de enero a junio del 2016. Desde el punto de vista práctico, los resultados sirvieron como un instrumento de consulta para las futuras investigaciones y de ayuda a la estrategia de salud sexual y reproductiva en la disminución de las tasas de morbi mortalidad materna perinatal. Además de demostrar que un diagnóstico temprano y preciso, contribuirá en brindar en la gestante con los factores predisponentes un diagnóstico oportuno, todos los cuidados prenatales para prevenir la presentación del parto pre término.

La presente investigación, tuvo como ámbito de estudio el área de emergencia obstétrica del Hospital "SAGARO" II-1 Tumbes 2016.

El objetivo general fue: Determinar los factores relacionados con la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en en el Hospital "SAGARO" II-1 Tumbes 2016.

Con tres objetivos específicos:

1. Caracterizar la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital "SAGARO" II-1 Tumbes 2016.
2. Identificar los factores: maternos, fetales, placentarios presentes en la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital "SAGARO" II-1 Tumbes 2016.
3. Correlacionar los factores con la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital "SAGARO" II-1 Tumbes 2016.

II. ANTECEDENTES

Con el propósito de sustentar el presente estudio, se realizó una revisión de trabajos de investigación a cerca de factores relacionados con la amenaza de parto pre término, los cuales se describen a continuación:

A nivel internacional, Ovalle et al. 2012, en su artículo de investigación: Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago de Chile; señalan que la frecuencia del parto prematuro en los países europeos entre 5 y 9%, en Estados Unidos de América; se encuentra entre 12 y 13%. Sin embargo, esta tasa ha crecido por incremento de los partos indicados médicamente (especialmente pre-eclampsia) y de los partos con embarazos múltiples concebidos artificialmente.⁴

Olaya en el año 2012-2013, realizó un estudio sobre, factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pre término en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en Guayaquil, aplicando un diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo. Con una muestra conformada por 120 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años; el 73% de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen más de 6 controles prenatales, el 54% han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62% culminaron su embarazo entre 33 a 34 semanas, el 61% presentaron infecciones de vías urinarias, el 73% finalizó el embarazo en cesárea, el 83% de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional.⁵

Retureta et al. En el año 2015, en su estudio analítico del tipo casos y controles para factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del municipio Ciego de Ávila de Cuba, encontraron que el estado nutricional de la gestante a la captación y su evolución durante el embarazo, constituyen factores fuertemente asociados a la ocurrencia de complicaciones. La talla materna inferior a los 150 cm mostró alguna relación con el parto prematuro al hacer el análisis univariado y al realizarse un análisis multivariado no presentó asociación muy significativa.⁶

Existe evidencia científica de la relación del bajo peso materno y la ganancia de peso insuficiente durante el embarazo, con el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), y el parto prematuro; en condiciones de desnutrición se produce un déficit inmunológico que favorece la invasión de gérmenes que provocan infecciones a diferentes niveles, ocasionando procesos inflamatorios capaces de desencadenar el trabajo de parto prematuramente.^{6 op cit}

A nivel nacional, Parra en enero del 2010 a diciembre de 2012; realizó un estudio analítico del tipo casos y controles en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, cuyo objetivo fue determinar factores de riesgos maternos, fetales y sociodemográficos, asociados al parto pre término de las gestantes. Encontró que los factores asociados con parto pre término fueron la edad materna menor de 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico menor de 2 años, ganancia de peso deficiente durante el embarazo, embarazo gemelar, diagnóstico de preeclampsia, ruptura prematura de membranas, estado civil soltera, y ocupación de agricultora.⁷

Taboada, en el año 2013, en su estudio cuantitativo sobre factores de riesgo asociados al parto pre término en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”, realizado a nivel nacional”. Con aproximadamente 585 pacientes, los factores relacionados al parto pre término con mayor frecuencia fueron: Multigesta 58.7%, multípara con 37.5%, sin antecedente de parto pretérmino con 60.0%, sin antecedente de aborto con 60.0%, el índice de masa

corporal normal con 65.3%, control pre natal (CPN) adecuado con 53.3%, sin anemia con 60.0%, sin infección del tracto urinario con 53.3%, sin preeclampsia con 90.7%, sin eclampsia con 97.3%, sin amenaza de parto pre término con 69.3%. Encontrando que en las gestantes con pre eclampsia severa, con inadecuado y ningún control prenatal, existe relación estadísticamente significativa y de riesgo con el parto pre término.⁸

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP), es una patología obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo. El desprendimiento prematuro de placenta se produce en un rango de 0,52 a 1,29% de los nacimientos. Los factores de riesgo incluyen tabaquismo y consumo de cocaína por parte de la madre, hipertensión crónica y pre eclampsia, traumatismo materno, retraso del crecimiento intra uterino y coagulopatías hereditarias (defectos del mecanismo del organismo para coagular la sangre), todos estos trastornos suponen algún daño a las arterias espirales uterinas.^{8 op cit}

A nivel Regional, en el Hospital Regional II-2 de Tumbes se evidenció que las tasas de amenaza de parto pre término son bastante altas, se reportaron el año 2013 (147 casos de amenaza de parto pre término), no existiendo datos estadísticos diferenciados que permitan definir la verdadera causa de estas amenazas mientras que en el año 2014 se reportaron 211 casos de amenaza de parto pre término.⁹

La asociación de infecciones vaginales y cervicales y embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con APP de un 5 a 10%, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas (RPM) y en amnionitis con membranas íntegras. Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática.¹⁰

III. MARCO TEÓRICO

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.¹¹

La amenaza de parto pre término (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos, entre las 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: Modificación progresiva del cérvix, dilatación cervical \geq a 2 cm y borramiento \geq 80%. La amenaza de parto pre término, es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa, puede conducir a un parto pre término. La hospitalización por amenaza de parto pre término 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.^{12, 13}

Edad materna inferior a 15 o superior de 35 años de edad, lo cual pone de manifiesto el elevado riesgo de pérdida perinatal en este grupo poblacional; sobre todo cuando la edad materna se asocia a otros factores de riesgo que complican la gestación.^{14,15}

Atención prenatal reenfocada, es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con el enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.^{15 op cit}

Se puede explicar el **estado civil** como el conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, derivadas de acontecimientos, atributos o situaciones, tales como el nacimiento, el nombre, la filiación, la adopción, la emancipación, el matrimonio, el divorcio y el fallecimiento, que en suma contribuyen a conformar su identidad.¹⁶

Grado de instrucción es el nivel de instrucción de una persona, es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles: Primaria, secundaria y superior.¹⁷

Índice de masa corporal (IMC): Es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado. Se le conoce también como índice de Quetelet y su fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{talla (m)}^2$, considerada como una herramienta efectiva de tamizaje y no de diagnóstico por sí sola. **Peso pre-gestacional:** Es la cantidad de masa corporal acumulada de la gestante antes del embarazo, expresado en kilogramos (kg). Es muy útil para determinar el índice de masa corporal pre-gestacional.¹⁸

Paridad es el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 20 semanas de gestación que haya tenido la madre. Nulípara si nunca ha tenido hijos, primípara con un hijo, multípara cuando tiene dos a cuatro hijos y gran multípara cinco o más.¹⁹

El estatus o nivel socioeconómico (NSE) es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas. Además, es un indicador importante en todo estudio demográfico.²⁰

La infección del tractourinario (ITU) consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Se denomina pielonefritis si afecta al riñón y la pelvis renal, cistitis si implica a la vejiga, uretritis si afecta a la uretra.²¹

Los hábitos tóxicos son el consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimiento del peligro que su utilización ocasiona. El alcohol y el tabaco son sustancias naturales y no médicas, aunque sí legales, éstas cuando son consumidas producen algún efecto sobre el sistema nervioso del hombre y determinan además tolerancia y dependencia así como diferentes acciones perjudiciales que pueden afectar a la salud en sus aspectos psíquico, mental y social.²²

Dentro de las **cirugías uterinas** tenemos como principal a la cesárea que constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. Es la más antigua y moderna de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional.²³

El polihidramnios se produce por un desequilibrio entre las entradas y las salidas de líquido amniótico a favor de las entradas. Un 50-60% de los polihidramnios son idiopáticos. Podemos definir tres grupos en las causas de polihidramnios: causas fetales, causas maternas y causas placentarias. **El oligohidramnios** es una alteración en la cantidad de líquido amniótico, que se define como un volumen de más de dos desviaciones estándar por debajo de la media para una edad gestacional determinada. Las causas de este padecimiento son múltiples, y podemos mencionar las siguientes: hipovolemia, ingestión de medicamentos, hipertensión inducida por el embarazo, RPM. ^{24, 25}

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación. Se presenta con una frecuencia entre 4% y 18% de los partos y es causa de 50% de los partos pretérminos.²⁶

Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) asimétrico o disarmónico: Es aquel en que ocurre una mayor afectación de algunos órganos respecto de otros. Se traduce por una disminución del peso siendo su perímetro craneal y talla normales. En estos casos la causa actúa en forma tardía, durante el tercer trimestre del embarazo como ser: Factores etiológicos que acarrearán insuficiencia del aporte placentario de sustratos; desnutrición materna, ingesta materna escasa, alteraciones vasculares placentarias (sobre todo las vinculadas a hipertensión arterial).²⁷

Una malformación congénita es un defecto de un órgano o región del cuerpo resultante de un proceso de alteración defectuosa en la configuración y desarrollo del potencial del mismo. Las malformaciones pueden ser únicas o múltiples, evidentes, internas y externas; además, pueden aparecer como entidades aisladas o ser parte de un síndrome polimalformativo, de ahí la importancia de estar seguro del tipo de anomalía que es, ya que el pronóstico para el paciente, como para futuros hermanos, es totalmente diferente dependiendo del tipo.²⁸

Se define muerte fetal intrauterina como la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. **Aborto** es la interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gramos.^{29, 30}

La placenta previa (PP) se define como aquella placenta que está localizada por encima o cerca del orificio interno del cérvix. Esta entidad se produce cuando el embrión se implanta en la parte más baja del útero". La etiología de la PP es desconocida y su condición puede ser multifactorial. ³¹

Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta es la separación de la placenta, no inserta en el orificio cervico-uterino, de su inserción decidual entre la semana 20 del embarazo y el período de alumbramiento. En gestaciones simples se presenta en 1/150-200 partos, aumentando en multíparas, embarazos múltiples y gestantes >35 años.³²

El 25% de las pacientes que presentan pielonefritis aguda durante el embarazo, son atribuibles a bacteriuria asintomática, tratada de forma inadecuada. Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: E. coli, Klebsiela, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptococcus, en este último caso resulta imprescindible descartar su presencia simultánea en la vagina.³³

En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo, por ejemplo: Pielonefritis y apendicitis. Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente, desencadenante del cuadro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de amenaza de parto prematuro, la identificación de ésta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos.^{33 op cit}

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social. ³⁴

El proceso bioquímico que hace que una hemorragia en la decidua derive en un parto pre término está estrechamente relacionado con la producción de trombina. La trombina interviene en la estimulación de la coagulación y la formación de coágulos; sin embargo, también estimula la producción de proteasas capaces de madurar el cuello del útero y dañar las membranas fetales, conduciendo así a la rotura prematura de las membranas. Así mismo, la trombina puede ejercer un efecto uterotónico indirecto sobre el miometrio y estimular la aparición de contracciones.³⁵

El parto prematuro puede desencadenarse por una distensión mecánica del miometrio, causada por un aumento del tamaño uterino, superior a la capacidad de compensación del útero. Los factores de riesgo son la gestación multifetal (gemelos, trillizos o más) y el polihidramnios (demasiado líquido amniótico). Este mecanismo consiste en la transmisión de una señal, iniciada por la distensión mecánica del útero, a través de las estructuras celulares que, a su vez, activa la producción de citosinas y prostaglandinas.³⁶

La probabilidad de que un prematuro desarrolle, al menos una complicación médica en el período neonatal es cuatro veces mayor que la de un niño a término. Tales problemas incluyen la taquipnea transitoria, déficit secundario de surfactante, hipertensión pulmonar, mayor requerimiento de asistencia respiratoria, hipoglicemia, inestabilidad térmica, apnea, ictericia, dificultades de alimentación y signos clínicos transicionales difíciles de distinguir de una sepsis, lo cual incrementa la posibilidad de hospitalizaciones, admisión a unidades de cuidados intensivos y secuelas del neurodesarrollo.³⁷

La prematuridad y el bajo peso al nacer (< 37 semanas de gestación y peso menor a 2.500 gramos) se observan en aproximadamente 7,5% de los nacimientos de nuestro país, con poca variación entre las provincias y en los últimos quince años y causas directas o relacionadas con estas afecciones (por ejemplo, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular) determinan aproximadamente 65% de la mortalidad neonatal. A su vez, en los neonatos de muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos), que corresponden a 1% de los nacimientos, se produce casi la mitad de las muertes neonatales.³⁸

- **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

Factor relacionado: Es un antecedente que se relaciona con la amenaza de parto pre término en mujeres atendidas en el Hospital “SAGARO” II-1 Tumbes.

Factor materno: Son todos los elementos que intervienen directamente en la respuesta de las madres y están relacionados con la amenaza de parto prematuro.

Factor fetal: Son los elementos que influyen en el crecimiento y salud fetal.

Factor placentario: Son los elementos que influyen en la integridad funcional de la placenta y desencadenan la amenaza de parto pre término.

Amenaza de parto pre término: Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. LUGAR Y PERIODO DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

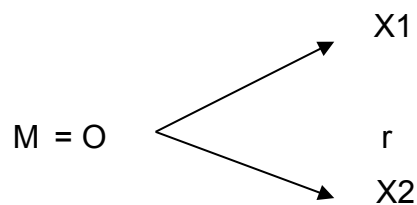
La investigación se realizó en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II - 1, en el período enero-junio 2016.

4.2. TIPO DE ESTUDIO

El estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional.

4.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la presente investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional, con un diseño no experimental, ya que se analizaron las variables de estudio en un solo momento de acuerdo al siguiente esquema



Dónde:

M: Muestra en estudio

O: Observación de hechos relevantes.

X1-X2: Factores relacionados, amenaza de parto pre término.

4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

Población:

La población estuvo constituida por 60 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, durante los meses de enero a junio en el Hospital "SAGARO" II-1 Tumbes 2016. Las cuales se encontraron registradas en el cuaderno de emergencia obstétrica.

Muestra:

Por ser una población pequeña se consideró una población muestral de 60 gestantes.

Criterios de inclusión.

Fueron incluidas las gestantes con edad gestacional de 22 a 36.6 semanas determinadas mediante fecha de última regla confiable o examen ecográfico del primer trimestre, que cursar la patología de estudio, confirmada por examen clínico entre los meses de enero a junio, con feto único y/o múltiples, fetos muertos o con malformaciones que se hayan encontrado en el Hospital "SAGARO" II-1 Tumbes 2016.

Criterios de exclusión.

Fueron excluidas todas las gestantes, que tuvieron edades gestacionales menores a 22 y mayores de 36.6 semanas, que no tuvieron examen ecográfico y se encontraron antes del mes de enero y después de junio del 2016.

4.5. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Método: El método empleado en el estudio fue observacional.

Técnica: Análisis documental.

Instrumento: Es la ficha de recolección de datos (Anexo 01) diseñado exclusivamente en función de los objetivos de la investigación, está conformado por 16 preguntas que calificaron los factores maternos, fetales y placentarios. Dicha ficha presenta específicamente datos generales y preguntas referidas a los factores relacionados con la amenaza de parto pre término.

TABLA DE VALORACIÓN:

	FACTORES RELACIONADOS	ITEMS	PUNTUACIÓN	TOTAL
F. MATERNOS	Edad materna	15-19	6	60
		20-24	3	
		25-34	2	
		≥35	6	
	Estado civil	Soltera	6	
		Conviviente	3	
		Casada	2	
	Grado de instrucción	Primaria	6	
		Secundaria	3	
		Superior	1	
	IMC	Adecuado	0	
		Inadecuado	6	
	Número de partos	>5	6	
		5-3	3	
		<3	1	
	Ingreso mensual (consignado en la H.C)	<1000 soles	6	
		>1000 soles	2	
	Procedencia	Urbano	2	
		Urbano-marginal	4	
		Rural	6	
Antecedentes infección del tracto urinario	Si	6		
	No	0		
Hábitos nocivos	>2	6		
	1-2	3		
	Ninguno	0		
complicaciones	Si	6		
	No	0		
F. FETALES	RCIU	Si	15	60
		No	0	
	Malformaciones fetales	Si	15	
		No	0	
	Muerte intrauterina	Si	15	
		No	0	
Aborto	Si	15		
	No	0		
F. PLACENTARIOS	DPP	Si	30	60
		No	0	
	Placenta previa	Si	30	
		No	0	

ESCALA DE VALORACIÓN:

40-60	A	Relación alta.
20-39	M	Mediana relación.
Menos de 20	B	Relación baja.

4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación cuantitativa se fundamenta en criterios éticos de rigor que tienen como finalidad asegurar la calidad, objetividad y validación del trabajo de investigación. Toda investigación que involucra a seres humanos se debe considerar el rigor científico de la investigación planteada por Gozzer en 1998, que considera.

Confidencialidad: Se asume el compromiso de conservar en el anonimato la identificación de las personas objeto de estudio, y que la información que se obtuvo fue empleada sólo para fines de la investigación en el presente estudio.

Credibilidad: La información que se obtuvo se ajustó a la verdad, aclarando todo discurso ambiguo, para garantizar la veracidad de los resultados del estudio.

Confiabilidad: Se transmitió la objetividad y neutralidad de la información obtenida dejando de lado los prejuicios del equipo investigador, de modo que sean fácilmente demostrables.

Audibilidad: El estudio que se desarrolló y los resultados obtenidos pudo ayudar al profesional de salud a recorrer este nuevo camino, el que abrirá puertas a futuras investigaciones. Por ser a prueba de toda verificación al respecto.

Principios éticos planteados por Belmont que son:

Principio de beneficencia: En el presente estudio sólo se recolectó información de la población en forma directa a través de una ficha de recolección de datos, asegurando que la información obtenida no fue utilizada en contra de las gestantes.

Principio de respeto a la dignidad humana: Por ser un estudio no experimental se brindó el respeto a la vida.

Principio de justicia: Que considera a la privacidad; donde la información se mantuvo en la más estricta reserva, lo cual se logró a través del anonimato, donde se mantiene en todo momento mediante el uso de un código, otorgándose así la protección al participante en estudio, de modo tal que otras investigaciones no pudieran relacionarlo con la información que aportó.

4.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

a) PROCESAMIENTO:

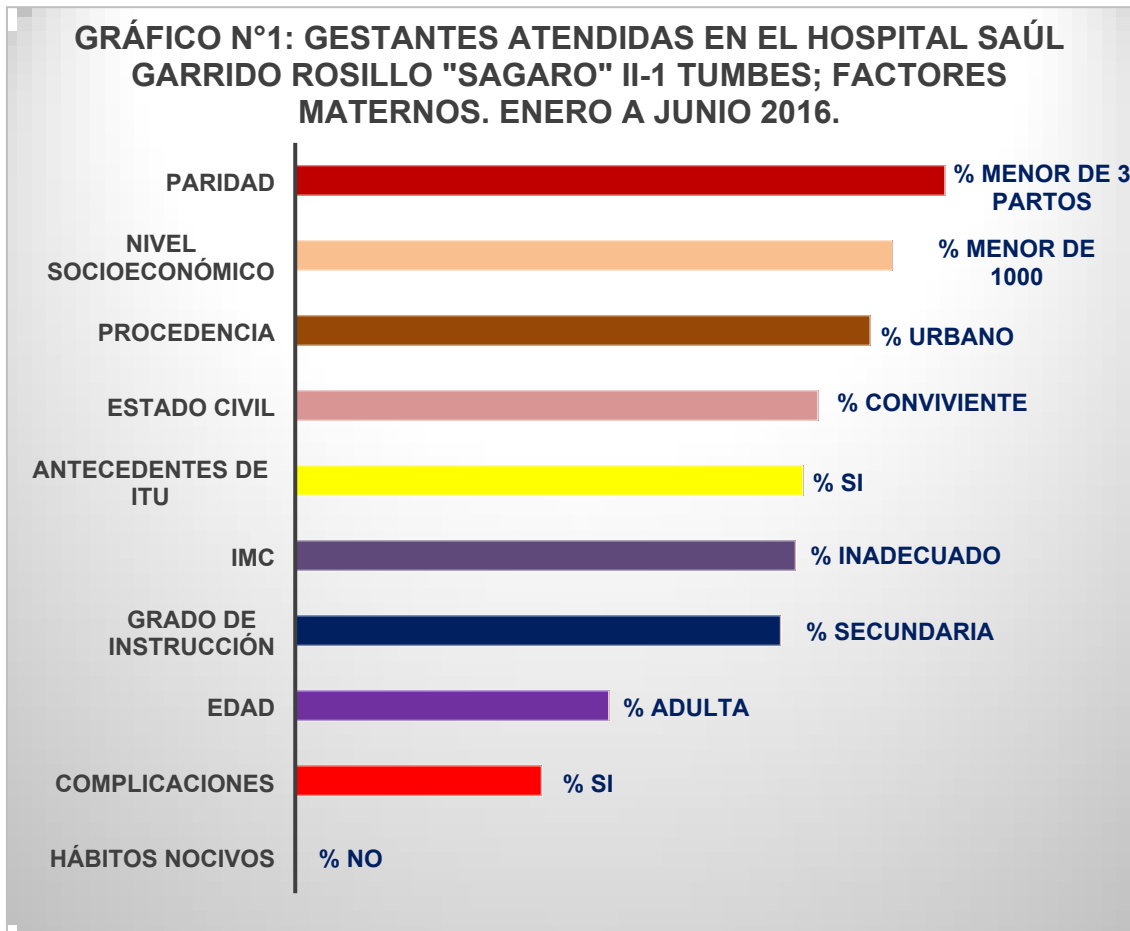
La recolección de datos se realizó en tres momentos:

1. Se solicitó permiso al Hospital "SAGARO" II -1 Tumbes 2016, para revisar el libro de registros mensuales de emergencia obstétrica y así obtener datos de la patología.
2. Se revisaron historias clínicas de gestantes de 22 a 36.6 semanas determinadas mediante fecha de última menstruación confiable o examen ecográfico del primer trimestre, que hayan cursado la patología de estudio, confirmada por diagnóstico clínico entre los meses de enero a junio, con feto único y/o múltiples, fetos muertos o con malformaciones que se hayan encontrado con o sin trabajo de parto.
3. Los datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos diseñada para este fin.

b) ANÁLISIS DE DATOS:

- a. Se aplicó la prueba de hipótesis en el análisis de varianza, para determinar si existe diferencia significativa en los factores y su relación en la amenaza de parto pre término.
- b. Se aplicó el chi cuadrado (χ^2) para establecer la existencia de relación entre las variables de estudio.
- c. Se ponderó a cada factor con un puntaje, con la finalidad de establecer su relación en la presentación de la amenaza de parto pre término. Los datos fueron esencialmente cuantitativos los que se procesaron en una base de datos diseñado en Excel 2013 y SPSS versión 20, lográndose la tabla de distribución de frecuencias absolutas y relativas en porcentaje, de acuerdo a los objetivos específicos del proyecto de investigación.

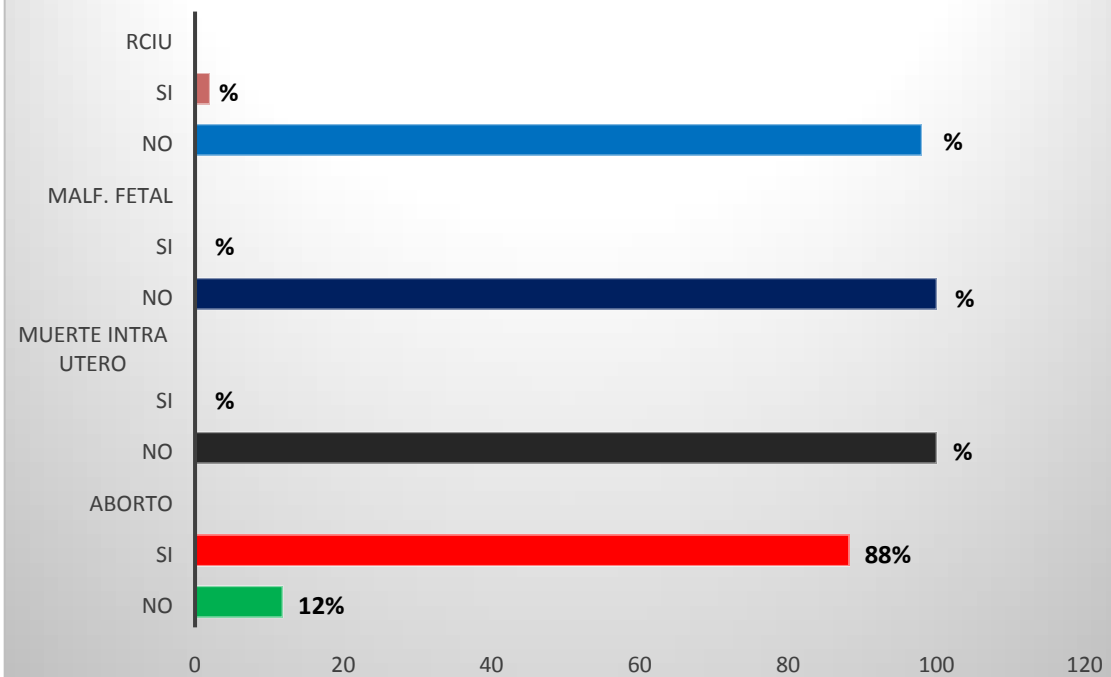
V. RESULTADOS



Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se observó que el 87% de las gestantes con amenaza de parto pre término tienen menos de 3 partos, y que el 80% su ingreso familiar es menor de s/.1000, además el 77% proceden de la zona urbana, el 70% de estas gestantes son convivientes, aproximadamente el 68% presentaron antecedentes de infección urinaria, el índice de masa corporal fue inadecuado en un 67%, grado de instrucción fue de nivel secundaria en un 65%, el 42% tuvieron edades entre 19 a 25 años, el 33 % tuvo complicaciones: Antecedentes de cesárea, rotura prematura de membrana (RPM) y polihidramnios.

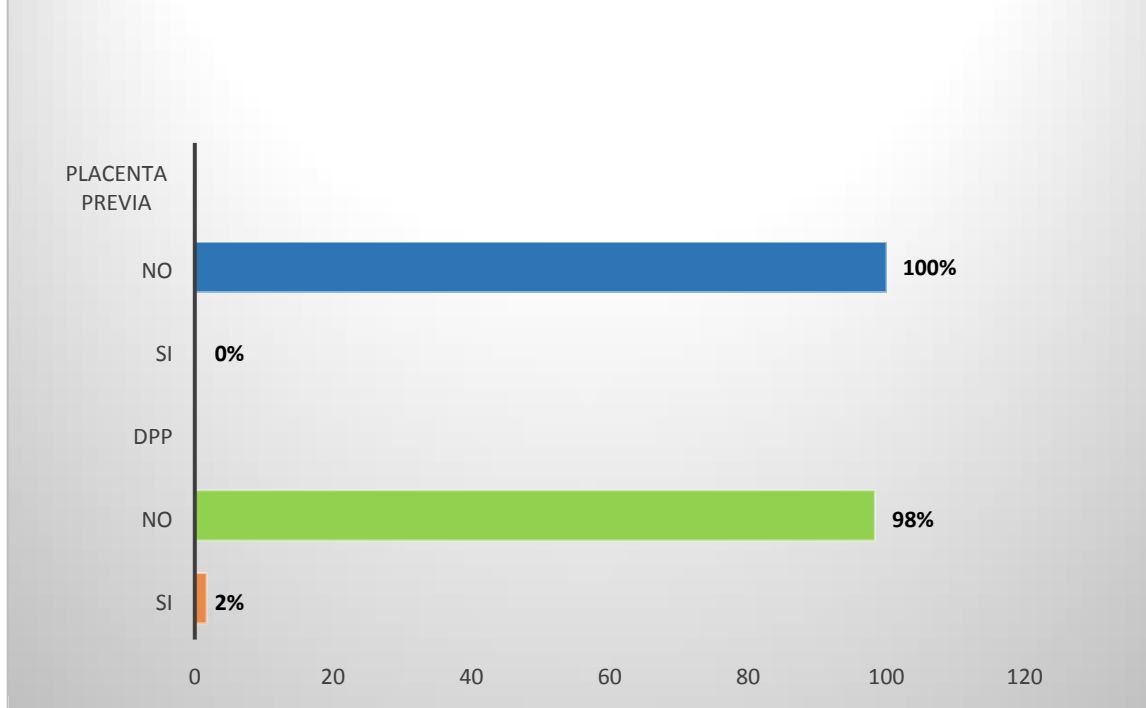
GRÁFICO N°2: GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAÚL GARRIDO ROSILLO "SAGARO" II-1 TUMBES, SEGÚN FACTOR FETAL. ENERO A JUNIO 2016



Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Dentro de los factores fetales, el 88 % de gestantes tuvieron antecedentes de aborto, un 2% tuvo retardo del crecimiento intra uterino (RCIU) y no se encontraron antecedentes de muerte intra uterina.

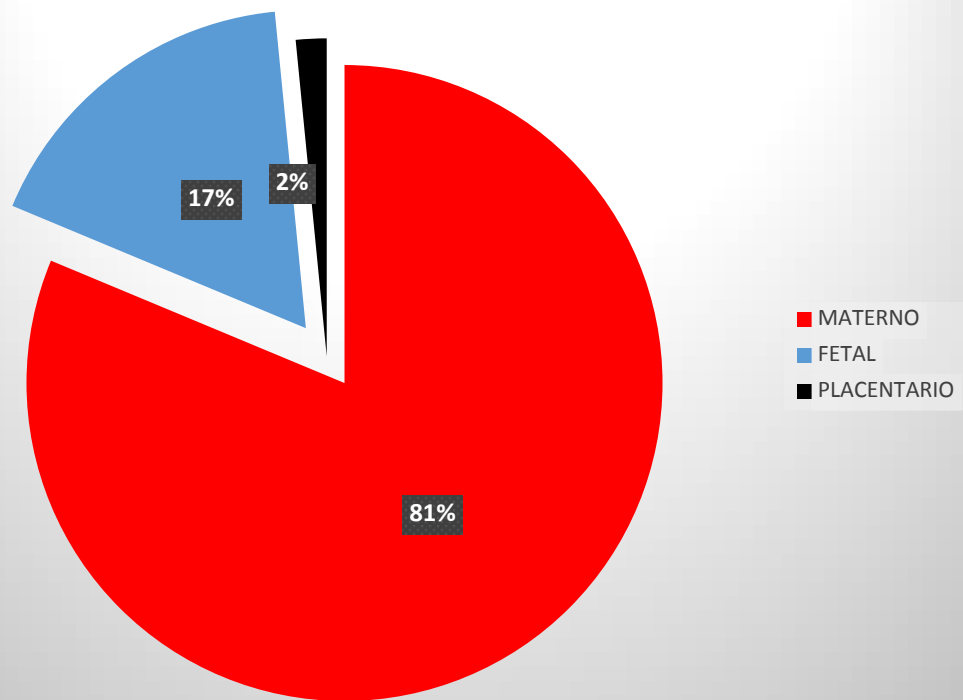
GRÁFICO N°3: GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAÚL GARRIDO ROSILLO “SAGARO” II-1 TUMBES; SEGÚN FACTOR PLACENTARIO ENERO A JUNIO 2016.



Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo “SAGARO” II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: No se encontró ningún caso de placenta previa, la única complicación que se encontró en un 2% fue el desprendimiento prematuro de placenta (DPP).

GRÁFICO N°4: GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAÚL GARRIDO ROSILLO "SAGARO" II-1 TUMBES; SEGÚN FACTORES. ENERO A JUNIO 2016.



Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el factor con mayor relación en la amenaza de parto pre término es el factor materno con un 81%, seguido el factor fetal con un 17%, mientras que el factor placentario tuvo un 2%.

TABLA N° 01:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según factor materno. Enero a Junio 2016.

CLASIFICACIÓN DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	VALORACIÓN DEL FACTOR MATERNO						TOTAL	
	Relación alta		Relación media		Relación baja		n _i	%
	n _i	%	n _i	%	n _i	%		
Prematuridad extrema	7	18	1	5	0	0	8	13
Prematuridad intermedia	12	31	13	69	2	100	27	45
Prematuridad moderada	20	51	5	26	0	0	25	42
TOTAL	39	100	19	100	2	100	60	100

$$X^2 < 0.05$$

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: En 39 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, el factor materno, tuvo una alta relación con la prematuridad moderada en un 51% y el 18 % con la prematuridad extrema, mientras que dos gestantes tuvieron una baja relación con la prematuridad intermedia.

Decisión: Existe relación significativa entre factor materno y la amenaza de parto pre término con una sig de 0.04.

TABLA N° 02:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según factor fetal. Enero a Junio 2016.

CLASIFICACIÓN DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	VALORACIÓN DEL FACTOR FETAL						TOTAL	
	FETAL							
	Relación alta		Relación media		Relación baja			
	n _i	%	n _i	%	n _i	%	n _i	%
Prematuridad extrema	0	0	1	17	7	14	8	13
Prematuridad intermedia	3	100	1	17	23	45	27	45
Prematuridad moderada	0	0	4	66	21	41	25	42
TOTAL	3	100	6	100	51	100	60	100

$$X^2 < 0.05$$

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: En 3 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, el factor fetal tuvo una alta relación con la prematuridad intermedia en un 100% mientras que en 51 gestantes tuvo una baja relación con la prematuridad intermedia en un 45%.

DECISIÓN: Por lo tanto existe relación significativa entre el factor fetal y la amenaza de parto pre término con una sig es 0.017.

TABLA N° 03:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según factor placentario. Enero a Junio 2016.

CLASIFICACIÓN DE LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	VALORACIÓN DEL FACTOR PLACENTARIO				TOTAL	
	Relación baja		Relación media		n _i	%
	n _i	%	n _i	%		
Prematuridad extrema	8	13	0	0	8	13
Prematuridad intermedia	27	46	0	0	27	45
Prematuridad moderada	24	41	1	100	25	42
TOTAL	59	100	1	100	60	100

$$X^2 > 0.05$$

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: En 59 gestantes con diagnóstico de parto pre término, el factor placentario tuvo una baja relación con la prematuridad intermedia, donde prevaleció con un 46% .

Decisión: No existe relación significativa entre el el factor placentario y la amenaza de parto pre término con una sig de 0.059.

VI. DISCUSIÓN

Respecto al factor materno, según la paridad se encontró que el 87% como muestra el (Gráfico N°01) las gestantes tuvieron menos de tres hijos, el nivel socioeconómico resultó en un porcentaje preponderante con 80%, la mayoría de gestantes que son atendidas en el hospital Saúl Garrido Rosillo “SAGARO” II-1 Tumbes, el 77% proceden de zonas urbanas, 70% de gestantes son convivientes, 68% presentaron antecedentes de infección urinaria, 65% con grado de instrucción de nivel secundaria, 42% con edades que oscilan entre 19 a 25 años. Hay una diferencia del estudio realizado en el Hospital Regional de Loreto en el año 2013” por Taboada,⁸ donde el 65% fueron multigestas, el 24% son de la zona urbana, el 64% son convivientes, el 25% presentaron infecciones del tracto urinario, con un grado de instrucción de nivel secundario en un 53%.

Rivera y et al,⁴¹ fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pre término, hace referencia que la infección, productos bacterianos (fosfolipasa A2, fosfolipasa C, lipopolisacáridos) pueden estimular la síntesis de prostaglandinas (PG) E2 y F2 α por el amnios, corion y decidua. La participación de colagenasas bacterianas así como la producción de citoquinas, incluyendo interleucinas (IL), factor de necrosis tumoral (FNT), proteína quimiotáctica de monocito-1 (MCP- 1) por parte de monocitos, macrófagos y granulocitos activados pueden finalmente estimular vías celulares que producen parto prematuro.

Con respecto a los factores fetales (Gráfico N°02), se encontró que el 5% de historias clínicas de las 60 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término tienen antecedentes de RCIU, ninguna gestante presentó antecedentes de malformaciones congénitas ni de muerte intrauterina. El 33% tienen antecedentes de aborto y amenaza de aborto. Comparado con un estudio en Río de Janeiro-Brasil por Bender y Nuñez,⁴² se puede observar una diferencia. Donde muestra la distribución del grupo de casos con RCIU con sus respectivas

combinaciones; mostrando que 102 casos (39%) eran de bajo peso al nacer (BPN: < 2.500g), y solamente 17 casos (6%), que además del bajo peso al nacer eran nacimientos pre término (PT: < 37 semanas de embarazo).

Así mismo, se encontró una similitud con otro estudio hecho en Chiclayo-Perú por Sam,⁴³ en el año 2014, donde compara a los antecedentes de aborto en el trabajo de parto pre término y a término, dando como resultado que las que presentaron antecedentes de aborto fue de 25% y 75% respectivamente, ya que el aborto tiene una mayor influencia por sus consecuencias, como refiere Sicajau,⁴² en su monografía, “el aborto y sus consecuencias psíquicas, biológicas y sociales” realizado en Guatemala en el año 2011. Al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura. Las laceraciones de menor envergadura o las microfracturas, que normalmente no son tratadas, pueden también a la larga perjudicar la función reproductiva. La lesión latente post aborto puede abocar a una posterior incompetencia cervical, parto prematuro y complicaciones durante el parto.

Los factores placentarios (Gráfico N°03) tuvieron menor influencia en la amenaza de parto pre término, puesto que sólo el 2% presentó desprendimiento prematuro de placenta (DPP) y el 98% no presentó. En los antecedentes de placenta previa no se encontraron casos, a diferencia de un estudio realizado en Chile en el año 2012 por Ovalle y et al.⁴ Donde encuentra desprendimiento prematuro de placenta normoinsera idiopático con un 11.1% y placenta previa 0.5%.

Carranza,⁴³ en un estudio realizado en Perú el año 2008 señala en sus bases teóricas, que la placenta cuando esta se sitúa muy cerca, o sobre el orificio cervical interno su fijación local al útero es muy inestable y pueden presentarse pequeños desprendimientos del borde placentario que dejan al descubierto algunos vasos uterinos, que producirán una hemorragia de magnitud variable,

desde pequeñas manchas hasta una franca hemorragia vaginal con potencial para desangrar a la madre. Por otra parte, la sangre actúa como irritante uterina y puede estimular contracciones uterinas dolorosas que contribuyen con desprendimientos placentarios mayores y mayor sangrado, estableciéndose así un círculo vicioso que puede conducir a una emergencia obstétrica.

Respecto a la edad gestacional (Tabla N° 20), se encontró que el 42% de las gestantes tuvieron entre 34 a 36 semanas de edad gestacional (prematuridad extrema), el 43% de gestantes tuvieron entre 29 a 33 semanas (prematuridad intermedia), estos datos son diferentes con la distribución de la prematurez hallados en Santiago de Cuba-Cuba, en el año 2014 por Couto y et al.⁴⁴ Donde la prematuridad leve se produjo en 154 pacientes (67%); mientras que la extrema solo en 7 (3,0%). La edad gestacional media en que se presentó el parto pre término fue de 34 semanas con una desviación estándar de 2,4. Es evidente que los sistemas de salud de nuestro país son diferentes a Cuba, donde están basados en la salud familiar y comunitaria con acciones preventivo promocionales que les han llevados a tener grandes logros, como es el caso de nivel de prematuridad leve.

De los tres grupos de factores (Gráfico N°04), el que más tiene influencia sobre la amenaza de parto pre término, es el factor materno, ya que la madre está más expuesta a cambios orgánicos, sociales, económicos y emocionales que influyen sobre el desarrollo de su embarazo; en cambio el feto está protegido por una serie de barreras naturales, pero aun así sufre las consecuencias de las alteraciones maternas. Con respecto a los factores placentarios en nuestra realidad es muy escasa la casuística de alteraciones coriónicas, de tal manera que la población materna peruana y tumbesina es poco afectada por patologías de este tipo.

Por otro lado existe relación significativa entre factor materno y la amenaza de parto pre término con una sig de 0.04, existe relación significativa entre el factor fetal y la amenaza de parto pre término con una sig de 0.017 y no

existe relación significativa entre el factor placentario y la amenaza de parto pre término con una sig de 0.059. A diferencia de Taboada,⁸ en su informe de tesis realizado en Loreto en el año 2013, al correlacionar los factores con la amenaza de parto pre término, encontró que dentro de los factores maternos (lugar de procedencia, el estado civil, nivel de instrucción y paridad) no existe relación, dentro del factor placentario (desprendimiento prematuro de placenta) también no existe relación, mientras que dentro del factor fetal (antecedentes de aborto) existe relación.

La correlación puede decir algo acerca de la relación entre las variables. Se utiliza para entender si la relación es positiva o negativa y también la fuerza de la relación. La correlación es una herramienta poderosa que brinda piezas vitales de información.⁴⁵

VII. CONCLUSIONES.

Después de un análisis crítico de los resultados de la investigación respecto a los factores relacionados con la amenaza de parto pre término, en las gestantes atendidas en el Hospital SAGARO II-1 Tumbes, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Al caracterizar la amenaza de parto pre término, se obtuvo como resultado que los factores maternos tuvieron más relevancia. Dentro de los factores fetales, el 88% de gestantes tuvieron antecedentes de aborto, y un 2% tuvieron retardo del crecimiento intra uterino (RCIU). En los factores placentarios la única complicación que se encontró fue el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) en un 2%.
2. Los factores maternos preponderantes fueron, paridad con un 87% en las gestantes con menos de 3 partos, el 80% tuvo un nivel socioeconómico bajo menor de mil soles, el 77% proceden en zona urbana, el 70% de ellas son convivientes, con antecedentes de infección del tracto urinario (ITU) en un 68%. Los factores fetales y placentarios no tuvieron mucha relevancia.
3. Al correlacionar los factores, a través de la prueba estadística chi cuadrado, se encontró que existe relación significativa entre factor materno y la amenaza de parto pre término con una sig de 0.04, existe relación significativa entre el factor fetal y la amenaza de parto pre término con una sig de 0.017 y no existe relación significativa entre el factor placentario y la amenaza de parto pre término con una sig de 0.059.

VIII. RECOMENDACIONES

1. La Dirección Regional de Salud (DIRESA), y todo el profesional de salud (médicos, obstetras, enfermeros y todo el equipo) debe implementar estrategias de salud: Programas de intervención comunitaria, campañas de salud, sesiones educativas sobre salud materna, en el Hospital Saúl Garrido Rosillo (SAGARO), incentivando a las gestantes a asistir puntualmente a sus controles prenatales, con la finalidad de prevenir complicaciones.
2. El profesional de Obstetricia debe identificar y diagnosticar de forma precoz y eficaz los factores que conlleven a la amenaza de parto pre término (APP) con el objetivo de mejorar la salud materno fetal.
3. La Universidad Nacional de Tumbes específicamente la Escuela de Obstetricia, debe realizar estudios de investigación a partir de los resultados de la presente investigación, con la finalidad de profundizar los factores maternos que conlleven a la amenaza de parto pre término (APP). Realizar un estudio de intervención para disminuir el riesgo materno, que incide sobre la amenaza de parto pre término, mejorar de manera integral las condiciones de la madre gestante, a través de visitas domiciliarias que permitan conocer el entorno socioeconómico en el cual ellas viven.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laterra C, Andina E y Di Marco I. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. División Obstetricia. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá-México. volumen. 22, número.1, 2003, pp. 28-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91222107.pdf> Accedido: 28/4/16
2. Ticona M y Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. 2011. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_3_11/gin17311.htm Accedido: 9/5/16
3. Departamento de estadística e informática hospital de apoyo "JAMO" Tumbes-Centro Obstétrico Hospital de Apoyo, Perú año 2011, P. 1-14. Disponible: <http://www.Hospitalregionaltumbesii2.gob.pe/hjamo/PDF/ESTADISTICA/2011/estadisticaa%CB1o-2011.pdf> Accedido: 9/5/16
4. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río M, Morong C y Benítez P. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Chile, 2012. Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf> Accedido: 16/5/16.
5. Olaya R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pre término en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Guayaquil-Ecuador Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1863/1/TESIS%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20QUE%20DESENCADENAN%20EL%20TRABAJO%20DE%20PARTO%20PRET%20C3%89RMINO%20EN%20LAS%20ADOLESCENTES%20EMBA.pdf> Accedido: 17/5/16

6. Retureta S, Rojas L y Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Policlínico Universitario Antonio Maceo, Ciego de Ávila, Cuba, vol.13 no.4. 2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n4/ms08413.pdf> Accedido: 7/5/16.

7. Parra V. Factores de riesgo asociados a parto pre término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012; Perú. Disponible:
http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/226/111_2013_Parra_Velarde_F_FACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2 Accedido: 9/5/16.

8. Taboada R. Factores de Riesgo asociados a parto pre término en el Hospital Regional De Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de Enero a Diciembre 2013; Perú. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.p/bitstream/unapiquitos/537/1/TESIS%20FINAL%2011%20MARZO%202015%2002.pdf> Accedido: 28/4/16

9. Estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva del Hospital Regional II-2 de Tumbes-Perú; 2013-2014.

10. Williams. Obstetricia 22^a edición, editorial McGraw-Hill Interamericana México, 2006 pp 855 - 864.

11. Ferrer J. et al. Definición ABC. Definición de factores. Sao Paulo, Brasil 2016. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/factores.php> Accedido: 6/5/16

12. Morillo O, Pimentel M. Programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo, dirigida a la embarazada que asiste a la consulta de alto riesgo obstétrico del hospital “Dr. Domingo Luciani” del llanito. Tesis para optar el título de Licenciada en enfermería. Universidad Central de Venezuela 2006. Disponible en: saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/459/1/tesis.pdf. Accedido 8/5/16

13. Ochoa J, y Pérez D. Artículo de investigación. Amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas y corioamnionitis. Pamplonas- España 2009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011. Accedido:16/05/16

14. Pro SEGO. “Amenaza de parto pre término” protocolos asistenciales en obstetricia, España Junio 2012. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90151591&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=49&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v55n07a90151591pdf001.pdf Accedido: 6/5/16

15. Rizo B. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. Tesis doctoral. España. Noviembre 2012. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/32757/1/tesisfranciscojaviereizo.pdf> Accedido:10/5/16

16. MINSA PERÚ. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Resolución ministerial n°8267-2013. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RM/RM827_2013_MINSA.pdf Accedido: 11/5/16

17. Fernandez J. Proyecto del programa de apoyo a proyectos de investigación e innovación tecnológica. El registro del estado civil de las personas. México. Primera edición: 20 de abril de 2012. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3100/2.pdf> Accedido: 18/5/16
18. Instituto Vasco de Estadística. Definiciones. España 2004 Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_11188/definicion.html Accedido: 18/5/16
19. Colegio de Nutricionistas del Perú. Diagnóstico nutricional y tratamiento dietético. Protocolo de diagnóstico nutricional. Resolución Consejo Nacional N°037-11-CN-CNP 2014. Disponible en: <http://cnp.org.pe/wpcontent/uploads/2014/08/PROTOCOLO-DIAGNÓSTICO-NUTRICIONAL.pdf> Accedido: 18/5/16
20. Cluet I, Rossell M, Alvarez T y Rojas L. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Revista de Obstetricia Ginecológica de Venezuela 2007. Pp. 157-170. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art03.pdf> Accedido: 18/5/02
21. Vera R. Evaluación del nivel socioeconómico: Presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del cuerpo médico. Perú-2013. Disponible en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/MULTISERVPAULITA/Mis%20documentos/Downloads/DialnetEvaluacionDelNivelSocioeconomicoPresentacionDeUnaE-4262712.pdf> Accedido: 10/5/16
22. Gonzales M. Infecciones de tracto urinario. Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid-España 2016. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-pdf-monografia-4> Accedido: 10/4/16
23. Cedeño D, Rodríguez B y Peraza M. Hábitos tóxicos y embarazo. Resultados perinatales. Archivo Médico de Camagüey-Cuba, vol. 10, núm. 5,

2006. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117629003.pdf>
Accedido: 10/5/16

24. Nápoles D y Piloto M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. Vol.16 no.10 Santiago de Cuba oct. 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192012001000013 Accedido: 8/5/1

25. Mula R y Bennasar M. Polihidramnios en gestación única. Protocolos medicina fetal y perinatal-Servicio de medicina materno fetal Barcelona España. 2010. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista148/4_148.htm
Accedido 10/5/16

26. Lucero E. Pronóstico perinatal en recién nacidos hijos de madres con oligohidramnios y NST reactivo. Guatemala noviembre 2000. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_3076.pdf Accedido: 10/5/16

27. Miranda F. Resultados materno y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Artículo original. Acta Med Per. 2014, pp.84-89. Perú. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n2/a04v31n2.pdf> Accedido: 7/5/16

28. Alvarez G, Moreyra V, Martínez M y Mosqueda E. Retardo del crecimiento intra uterino: Diagnóstico. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina N°148, Argentina agosto 2005. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista148/4_148.pdf Accedido: 10/5/16

29. González G. Informe final del evento anomalías congénitas año 2011. Sub proceso R02.001 operación y mantenimiento del sistema de vigilancia y control en salud pública-Colombia P 1-18. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineasdeaccion/SubdireccionVigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/Anomalias%20cong%C3%A9nitas%202011.pdf> Accedido: 10/5/16

30. Vogelmann R, Sánchez J, Sartori M y Speciale J. Muerte fetal intrauterina. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina. N° 188 – Argentina diciembre 2008. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista188/4_188.pdf
Accedido: 10/5/16

31. Ministerio de Salud Perú. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú enero 2007. Primera edición. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-GuiaAtencion-Emergencias-Obstetricas.pdf>
Accedido: 10/5/16

32. Osconoa A. Placenta previa. Instituto Especializado Materno Perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 4, octubre-diciembre, Perú 2005, pp. 219-224. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428178007.pdf> Accedido: 8/5/16

33. Magnet A, et al. Infecciones urinarias en el embarazo: Diagnóstico y tratamiento. Cátedra de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/med/11330414/articulos/CLUR9797110203A> Accedido: 8/5/16

34. Basurto K. Apendicitis y embarazo. Rev. Cirujano General Vol. 28 Núm. 4–2006. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg2006/cg064e.pdf> Accedido: 8/5/16

35. Davila W. "Factores de riesgo maternos y perinatales en las adolescentes tempranas que fueron atendidas en el hospital Bertha Calderón en el periodo enero a diciembre del 2000. Tesis pa optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Managua, 2001 Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=298756&indexSearch=ID> Accedido: 8/5/16

36. Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica, AC. Prevalencia de vaginosis bacteriana en amenaza de parto prematuro, marzo de 2004. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bioquimia/bq-2004/bqs041v>. Accedido: 8/5/16

37. Perkin E. Nacimiento prematuro: Retos y oportunidades de la predicción y prevención. Enero de 2009, Finlandia. Disponible en: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf accedido 16/5/16

38. Sánchez I. Factores que inciden en la amenaza de parto pre término en pacientes atendidas en Maternidad Dra. Matilde Hidalgo de Prócel y propuesta de prevención septiembre del 2012 a febrero del 2013. Guayaquil-Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1798/1/TESIS%20DE%20GRADO%20DE%20SANCHEZ%20MENDOZA.pdf> Accedido: 16/5/16

39. Furzán J y Sánchez H. Recién nacido prematuro tardío: Incidencia y morbilidad neonatal precoz. Caracas-Venezuela, junio 2009; archivo v.72 n.2. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/avpp/v72n2/art05.pdf> Accedido: 2/5/16

40. Sarasqueta P. (†). Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematuridad en la Argentina: Análisis de los criterios de reducibilidad. Archivo argentino pediátrico. 2006; pp. 153-158 / 153. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n2/v104n2a12.pdf> Accedido 2/5/16.

41. Rivera R, Caba B, Smirnow M, Aguilera J. y Larraín A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pre término. Chile 2004. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n3/art13.pdf> Accedido: 1/10/16
42. Bender E y Núñez R. Consumo calórico, estado nutricional materno, y retraso del crecimiento intrauterino. Vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2003. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100031 Accedido: 26/8/16
43. Sam D y Zatta J. Tesis para optar título de Médico Cirujano. Factores de riesgo del parto pre término en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014. Perú. Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes11.pdf> Accedido: 26/8/16
44. Santiago S. El aborto y sus consecuencias psíquicas, biológicas y sociales 2011. Guatemala. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/aborto-sus-consecuencias/aborto-sus-consecuencias.shtml#ixzz4M9RslcfA> Accedido: 06/09/16
45. Carranza L. Morfología Integrada. Trujillo-Perú 2008. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos62/placentaprevia/placentaprevia2.shtml#ixzz4M9YXkRd1> Accedido:1/10/16
46. Couto D. Nápoles C. y Montes P. Repercusión del parto pre término en la morbilidad y mortalidad perinatales. Santiago de Cuba, Cuba. 2014. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san14614.htm Accedido:06/09/16.
47. Blakstad O. Correlacion estadística. Noruega, Mayo - año 2009. Disponible en : <https://explorable.com/es/la-correlacion-estadistica>. Accedido 02 /10/2016

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El equipo que compone este proyecto, está interesado en obtener datos personales que contribuyan a nuestro estudio para identificar los factores relacionados con la Amenaza de Parto Pre término. El cuál Consta de tres apartados: Datos de identificación, datos personales y datos clínicos. Con respecto a cada pregunta, se marcará su respuesta de acuerdo a los datos de la Historia Clínica, por tanto al ser un instrumento médico legal, el siguiente cuestionario será anónimo para reservar la privacidad de la paciente, con el permiso correspondiente para la revisión de las Historias Clínicas.

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

I. **DATOS MATERNOS:** HCL: _____ E.G:

1. **Edad:**

2. **Estado civil:**

a. Soltera b. Conviviente c. Casada

3. **Grado de instrucción:**

a. Primaria b. Secundaria c. Superior

- 4. Índice de Masa Corporal:**
- 5. Número de partos:**
- 6. Nivel socioeconómico – ingreso mensual:**
- a. <S/.1000 b. S/.1000-2000 c. S/2000
- 7. Procedencia:**
- a. Urbana b. Urbana-Marginal c. Rural
- 8. En los embarazos anteriores o durante este embarazo presentó una infección del tracto urinario diagnosticado por el médico:**
- a. Sí b. No
- 9. Hábito nocivos:**
- a. Fuma b. bebidas alcohólicas. c. Drogas d. ninguno.
- 10. Presenta o presentó durante una amenaza de parto pre término:**
- a. Malformación uterina b. Oligohidramnios c. Polihidramnios
- d. RPM e. Cicatriz uterina d. Ninguno.

II. DATOS FETALES

11. Retardo del crecimiento intrauterino

- a. Si b. No.

12. Malformaciones congénitas:

- a. Si b. No.

13. Muerte intrauterina:

- a. Si b. No.

14. Presentó algún tipo de aborto o amenaza de aborto.

- a. Sí b. No.

III. DATOS PLACENTARIOS:

15. Desprendimiento prematuro de placenta:

1. No b. SI

16. Placenta previa:

2. No b. SI

ANEXO 2

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE SEMANAS DE MEDICIÓN DE GESTACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
2			Edad materna		
FACTORES RELACIONADOS CON LA AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	Es un antecedente relacionado con la Amenaza de Parto Pre término en mujeres atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo (SAGARO)II-1 Tumbes 2016.	FACTORES MATERNOS	Estado civil	ORDINAL: 40-60 RELACIÓN ALTA 20-39 MEDIANA RELACIÓN Menos de 20 BAJA RELACIÓN	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
			Grado de instrucción		
			IMC		
			Paridad		
			Nivel Socioeconómico		
			Procedencia		
			Antecedentes de infecciones del tracto urinario		
			Hábitos nocivos		
		Complicaciones			
		FACTORES FETALES	Retardo del crecimiento intrauterino		
			Malformaciones congénitas		
			Muerte fetal		
			Aborto		
		FACTORES PLACENTARIOS	DPP		
Placenta Previa					

AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO	Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 37 semanas de gestación.	Semanas de gestación	Prematuridad extrema	22 a 28 semanas	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
			Prematuridad intermedia	29 a 33 semanas	
			Prematuridad moderada	34 a 37 semanas	

ANEXO 3

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU" Hospital Sagaro II - 1
Secretaría Trámite Documenta

SOLICITA: AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS

21 JUN 2016
Documento N°:
Fecha: 10.01 Firma: 

Señor:
Dr. JOSÉ ANTONIO TORRES INFANTE.
DIRECTOR DEL HOSPITAL SAGARO II-1. TUMBES.

ESPINOZA REYES MARIELLA JANET Y PEÑA CARRILLO, JIMMY PERCY, bachilleres en obstetricia, egresados de la Universidad Nacional De Tumbes, Escuela Profesional De Obstetricia, ante usted con el debido respeto expresamos lo siguiente:

Que estamos realizando nuestro proyecto de tesis denominado: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO"** en gestantes atendidas en dicho establecimiento de salud, es por ello que nos es indispensable, se nos otorgue el permiso respectivo, para hacer uso de las historias clínicas, ya que serán objeto de estudio de nuestro trabajo de investigación., motivo por el cual solicitamos a usted, autorizar a quien corresponda el permiso respectivo.

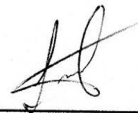
Para tal efecto, esperamos la atención que le brinde al presente, nos despedimos, expresándole nuestra estima personal.

Tumbes, 21 de Junio del 2016



ESPINOZA REYES MARIELLA

DNI: 46502206



PEÑA CARRILLO JIMMY PERCY

DNI: 46200267

ANEXO 4

Tabla N° 04:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1
Tumbes; paridad. Enero a Junio 2016.

Paridad	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Menor de 3	52	87
3 a 5	8	13
Mayor de 5	0	0
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 87% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término han tenido menos de 3 partos, mientras 13% tuvieron entre 3 a 5 partos.

Tabla N° 05:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según nivel socioeconómico. Enero a Junio 2016.

Nivel socio-económico	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Menor de 1000	48	80
1000-2000	12	20
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 80% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, tienen un ingreso mensual menor de 1000 soles, mientras que 20% tienen un ingreso mayor.

Tabla N° 06:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según lugar de procedencia. Enero a Junio 2016.

Lugar de procedencia	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Urbana	46	77
Urbano marginal	4	7
Rural	10	16
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 77% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, proceden de zona urbana, mientras que un 7% son de zona urbano-marginal.

Tabla N° 07:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según su estado civil. Enero a Junio 2016.

Estado civil	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Soltera	7	12
Conviviente	42	70
Casada	11	18
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 70% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término son convivientes, mientras que el 12% son solteras.

Tabla N° 08:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según antecedentes de ITU. Enero a Junio 2016.

Antecedentes de ITU	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Si	41	68
No	19	32
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 68% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, tienen antecedentes de ITU, mientras que el 32% no tuvieron ITU.

Tabla N° 09:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según IMC. Enero a Junio 2016.

IMC	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Adecuado	20	33
Inadecuado	40	67
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 67% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, tienen un índice de masa corporal inadecuado, mientras el 33% es adecuado.

Tabla N° 10:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según grado de instrucción. Enero a Junio 2016.

Grado de instrucción	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Primaria	9	15
Secundaria	39	65
Superior	12	20
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 65% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, tuvieron un grado de instrucción de nivel secundario a diferencia de 15% que fueron de nivel primaria.

Tabla N° 11:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según su edad materna por grupo etario. Enero a Junio 2016.

Edad años	Distribución de gestantes	
	n_i	%
14 a 19	15	25
20 a 24	13	22
25 a 34	25	42
35 a más	7	11
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 42% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, tienen edades que oscilan entre 25 a 34 años, mientras que el 11% tienen de 35 a más.

Tabla N° 12:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1
Tumbes; según complicaciones. Enero a Junio 2016.

Complicaciones	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Si	20	33
No	40	67
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 67% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto, no presentaron antecedentes de complicaciones, mientras que el 33% si presentaron complicaciones como: Malformación uterina, oligohidramnios, polihidramnios, cicatriz uterina, RPM.

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según hábitos nocivos. Enero a Junio 2016.

Hábitos nocivos	Distribución de gestantes	
	n_i	%
>2	0	0
1-2	0	0
Ninguno	60	100
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 100% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, no refirieron ningún hábito nocivo.

Tabla N° 14:

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según antecedentes de RCIU. Enero a Junio 2016.

RCIU	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Si	3	5
No	57	95
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 95% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término no tienen antecedentes de RCIU, mientras que el 5% si .

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según antecedentes de malformaciones congénitas. Enero a Junio 2016.

Antecedentes de malformaciones congénitas	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Si	0	0
No	60	100
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 100% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término; no presentaron ningún antecedente de malformaciones congénitas.

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1
Tumbes; según muerte intrauterina. Enero a Junio 2016.

Muerte intrauterina	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Si	0	0
No	60	100
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 100% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término; no presentaron antecedentes de muerte intrauterina.

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según antecedentes de aborto o amenaza de aborto. Enero a Junio 2016.

Aborto	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Si	20	33
No	40	67
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 67% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, no tienen antecedentes de aborto y amenaza de aborto, mientras que el 33% si tienen.

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según antecedentes de DPP. Enero a Junio 2016.

DPP	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Si	0	0
No	60	100
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 100% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, no presentaron antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta (DPP).

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según placenta previa. Enero a Junio 2016.

Placenta previa	Distribución de gestantes	
	n_i	%
Si	0	0
No	60	100
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el 100% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto, no presentaron antecedentes de placenta previa.

Tabla N° 20

Gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; edad gestacional. Enero a Junio 2016.

Edad gestacional	Distribución de gestantes	
	n_i	%
22 a 28	9	15
29 a 33	26	43
34 a 36	25	42
Total	60	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: El 43% de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término, tuvieron entre 29 a 33 semanas, mientras un 15% entre 22 a 28 semanas de edad gestacional.

TABLA N° 21:

64

74

Gestantes atendidas en el hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; según ponderación de los factores con la amenaza de parto pre término. Enero a junio 2016.

FACTORES	Distribución de gestantes	
	n_i	%
MATERNO	26	81
FETAL	6	17
PLACENTARIO	1	2
Total	33	100

Fuente: Ficha de recolección de datos obtenidas de las historias clínicas del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1 Tumbes; de las gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Interpretación: Se encontró que el factor con mayor relación en la amenaza de parto pre término es el factor materno con un 81%, seguido el factor fetal con un 17%, mientras que el factor placentario tuvo un 2%.

TABLA N° 22:

HIPÓTESIS:

Ho: La semana de gestación de las gestantes no influye o tiene relación con el factor materno.

H1: La semana de gestación de las gestantes si influye o tiene relación con el factor materno.

Nivel significación = 0.05

Soporte estadístico: Spss ver. 20

Tabla de contingencia: Clasificación de la amenaza de parto pre término/Valoración del factor materno en las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término.

Clasificación de la amenaza de parto pre término	Valoración del factor materno			Total
	Relación baja	Relación media	Relación alta	
Prematuridad extrema	7	1	0	8
Prematuridad intermedia	12	13	2	27
Prematuridad moderada	20	5	0	25
Total	39	19	2	60

Prueba ji cuadrado usando el soporte estadístico:

	Valor	GL	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,007 ^a	4	,040
Razón de verosimilitudes	10,978	4	,027
N de casos válidos	60		

4 casillas (44.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .27.

Interpretación: Como el sig es 0.04 es menor que alfa=0.05, entonces se rechaza la Ho, es decir que el parto pre término influye o tiene relación significativa en el factor materno.

TABLA N° 23:

HIPÓTESIS:

Ho: La semana de gestación de las gestantes no influye o tiene relación con el factor fetal.

H1: La semana de gestación de las gestantes si influye o tiene relación con el factor fetal.

Nivel significación = 0.05

Soporte estadístico: Spss ver. 20

Tabla de contingencia: Clasificación de la amenaza de parto pre término/Valoración del factor fetal en las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término.

Clasificación de la amenaza de parto pre término	Valoración del factor fetal			Total
	Relación alta	Relación media	Relación baja	
Prematuridad extrema	0	1	7	8
Prematuridad intermedia	3	1	23	27
Prematuridad moderada	0	4	21	25
Total	3	6	51	60

Prueba ji cuadrado usando el soporte estadístico:

	Valor	GL	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,475 ^a	6	,017
Razón de verosimilitudes	13,048	6	,042
N de casos válidos	60		

a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

Interpretación: Como el sig es 0.017 es menor que alfa=0.05, entonces se acepta la Ho, es decir que el parto pre término si influye o tiene relación significativa en el factor fetal.

TABLA N° 24:

HIPÓTESIS:

Ho: La semana de gestación de las gestantes no influye o tiene relación con el factor placentario.

H1: La semana de gestación de las gestantes si influye o tiene relación con el factor placentario.

Nivel significación = 0.05

Soporte estadístico: Spss ver. 20

Tabla de contingencia: Clasificación de la amenaza de parto pre término /Valoración del factor placentario en las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término.

Clasificación de la amenaza de parto pre término	Valoración del factor placentario		Total
	Relación baja	Relación media	
Prematuridad extrema	8	0	8
Prematuridad intermedia	27	0	27
Prematuridad moderada	24	1	25
Total	59	1	60

Prueba ji cuadrado usando el soporte estadístico:

	Valor	G L	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,475 ^a	6	,017
Razón de verosimilitudes	13,048	6	,042
N de casos válidos	60		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Interpretación: Como el sig es 0.059 es mayor que alfa=0.05, entonces se acepta la Ho, es decir que el parto pre término no influye o no tiene relación significativa en el factor placentario.