

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO
EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESCUELA
CARLOS ROBERTO HUEMBES DE JULIO 1 A DICIEMBRE 31,
2018**

Autoras:

Br. Cristal Itzayana Largaespada Soza
Br. Dalieth Azucena Villalta Domínguez

Tutor Científico:

Eduardo Alberto Corrales Corrales
Médico especialista en ginecología y obstetricia

MANAGUA NICARAGUA SEPTIEMBRE, 2019

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA.....	iii
OPINIÓN DEL TUTOR	iv
RESUMEN.....	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. ANTECEDENTES	4
IV. JUSTIFICACIÓN	7
V. OBJETIVOS	8
VI. HIPOTÉSIS.....	9
VII. MARCO TEÓRICO.....	10
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	22
IX. RESULTADOS	27
X. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	30
XI. CONCLUSIONES	35
XII. RECOMENDACIONES	36
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS	40

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a **Dios** por abrirme puertas a lo largo de mi carrera y permitirme culminarla.

Agradezco también a mis padres **Mauricio José Largaespada Arauz y Ana Lilliam Soza Canales** por apoyarme desde pequeña con mi sueño y enseñarme valores. Quienes han sido a lo largo de mi vida un pilar fundamental ya que sin su apoyo incondicional no hubiese podido lograr todas las metas obtenidas hasta el día de hoy.

A mi hermana **Fyslen Andrea Daniela Largaespada Soza** por siempre creer en mí como ejemplo y como persona. A mi mejor amiga **Dalieth Azucena Villalta Domínguez** por acompañarme a lo largo de la carrera.

A mi abuela **María Lilliam Canales Pérez (MIMI)** porque, aunque ya no este conmigo, me apoyo en los inicios de mi carrera y siempre estuvo conmigo en los mejores momentos.

Por ultimo quiero agradecer a una persona muy importante **Víctor Enrique Hernández Picado** por toda la ayuda, la paciencia y el apoyo brindado durante este tiempo.

Cristal Itzayana Largaespada Soza

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a **Dios**, por regalarme la vida y todo o que hoy poseo, porque ha sido mi padre, el que no me ha abandonado aun en los momentos difíciles.

Agradezco también a mis padres, **David Salvador Villalta González y Lidieth Josefa Domínguez Sánchez** porque siempre creyeron en mí y me apoyaron en este sendero que decidí emprender desde pequeña, porque han colaborado para que cumpla cada una de mis metas profesionales y por los valores que han inculcado para que me convierta en la persona que hoy soy.

Le agradezco a mi hermana **Jennifer Lidieth Villalta Domínguez** porque me ha enseñado que a pesar de los obstáculos se debe luchar los sueños. A mi otra hermana **Cristal Itzayana Largaespada Soza**, que es mi mejor amiga y confidente, y con la que he pasado momentos buenos y malos durante este largo camino que es el sueño de nuestras vidas y ahora lo estamos concluyendo juntas.

A todos mis amigos, que forman parte fundamental de mi vida y que, aunque nuestros caminos se separan no los olvidare porque con ellos compartí ocasiones muy especiales.

Y agradezco a mis tutores **Francisco Javier Toledo Cisneros y Eduardo Corrales Corrales**, los cuales han estado presentes durante largos meses para poder completar este trabajo monográfico el cual es el culmen de nuestra carrera.

Dalieth Azucena Villalta Domínguez

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por darnos salud, sabiduría y la fuerza necesaria para recorrer el camino y guiar nuestros pasos para alcanzar una de nuestras grandes metas, por darnos la capacidad para alcanzar cada uno de nuestros sueños y seguir adelante.

A nuestras familias, en especial a nuestros padres ya que con su apoyo y sacrificio logramos culminar nuestros estudios.

A nuestros tutores que nos dedicaron sus conocimientos y tiempo para culminar nuestro estudio monográfico.

A nuestros maestros que fueron amigos y una segunda familia en nuestra Alma Mater, que nos enseñaron con mucho cariño y dedicación.

A nuestros amigos por compartir y ser parte de esta etapa de nuestras vidas y brindarnos su apoyo.

Las autoras

OPINIÓN DEL TUTOR

La patología del parto pre término se está convirtiendo en nuestro medio en un problema cada vez más frecuente, debido que en nuestro medio influyen múltiples factores. El trabajo que los bachilleres Largaespada-Villalta realizado en nuestro centro, tiene un gran valor ya que disminuir la morbilidad y mortalidad materna es uno de los grandes propósitos. Es por eso que este trabajo y sus resultados servirán como un punto de partida para darle inicio y continuidad, en nuestra institución. Felicito a los bachilleres por este esfuerzo y por el trabajo realizado. Así como los animo a que continúen en el orden de la investigación que es tan necesaria en el que hacer de nuestra profesión.

Considero que cumple con los objetivos e inquietudes planteadas por los investigadores.

Dr. Eduardo Alberto Corrales Corrales
Médico especialista en ginecología

RESUMEN

Título: Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el área de emergencia del hospital escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018

Metodología: Se trató de un estudio observacional analítico de casos y controles, retrospectivo, longitudinal de corte transversal. En el que se estudió un total de 150 expedientes de pacientes, de los cuales 50 fueron casos y 100 controles. Se obtuvo la muestra mediante la fórmula para las poblaciones finitas. La unidad de análisis fueron los expedientes clínicos.

El estudio consta de 30 variables divididas en sus respectivos objetivos específicos. La operacionalización de las variables se realizó según lo propuesto por el Dr. Julio Piura López y su libro metodología de la investigación científica (2012). La obtención de la información fue de tipo secundaria, por lo que se realizó un cuestionario prediseñado. Se formuló base de datos en el paquete estadístico del centro de control de las enfermedades de los Estados Unidos (CDC) 7.2.1 en español para la obtención de tablas donde se obtuvo frecuencia absoluta ya acumulada.

Resultados: El principal factor de riesgo del parto pretérmino fue síndrome hipertensivo con 11.3% y ruptura prematura de membranas con 8%.

Conclusiones: Grupos implicados son correspondiente a 20-24 años, pacientes aseguradas, con un nivel de educación de secundaria, en unión de hecho estable, de credo religioso evangélica, el principal factor fue síndrome hipertensivo.

Palabra Clave: Parto pretérmino, Factores de riesgo, Ruptura prematura de membranas

I. INTRODUCCIÓN

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) (1) (2).

A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales (3).

A lo largo de los años se ha estudiado la posible implicación de diversos factores epidemiológicos en la génesis del parto pretérmino; se ha visto que ciertas características demográficas y conductuales, los antecedentes obstétricos y determinadas complicaciones a lo largo del embarazo pueden considerarse factores de riesgo de parto pretérmino (4).

De acuerdo a los múltiples estudios para determinar factores de riesgo o causas, los resultados son controversiales y la mayoría de los esfuerzos para prevenir y detener el parto pretérmino no han probado ser efectivos, por lo tanto, su manejo se ha orientado a evitar el inicio del trabajo de parto, detener su evolución o prevenir las posibles y más frecuentes complicaciones (5).

En Nicaragua según cifras estimadas a partir de la última Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) realizada entre el 2011 y el 2012, el parto pretérmino una de las principales causas de morbimortalidad materno-fetal, y que entre los principales factores asociados están el inadecuado control prenatal (21%), y las infecciones de vías urinarias (42%).

Otros factores que destaca la encuesta son: la edad materna adolescente y las limitaciones de acceso al sistema de salud, especialmente en las zonas rurales (6).

Como se dijo anteriormente según varias literaturas el parto pretérmino es una problemática en la cual se deben tomar medidas que disminuyan los factores de riesgo modificables del mismo. Reducir las muertes tanto maternas como perinatales debe ser prioridad, pero se debe tener conocimiento suficiente para diagnosticar esos factores que pueden llevar a la muerte (7).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las investigadoras al observar que no había ningún antecedente de este estudio decidieron analizar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en dicha institución, porque consideraron que es un problema el cual no ha sido resuelto.

Para lo cual, las investigadoras elevaron la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018?

III. ANTECEDENTES

No se encontraron investigaciones en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes que develen algún antecedente de los factores de riesgo asociados a Parto pretérmino por lo que se consideró sería ideal llevar a cabo esta investigación como cimiento de nuevos estudios

Referencias Internacionales

Guillén-Guevara 2015, tuvo como objetivo conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino, se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, como resultado se obtuvo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años. Se observó que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la afección materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%) (8).

En el 2015 se realizó una investigación la cual tuvo como objetivo determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino. El grupo de edad de 19 años a menos se comporta como un factor de riesgo. En lo que respecta al número de abortos, no se observó asociación entre el número de abortos y el parto pretérmino.

El no tener abortos se asoció a la amenaza de parto pretérmino como factor protector. Mientras que la edad materna de 20 a 35 años y no tener antecedentes de abortos se presentaron como factores protectores para la amenaza parto pretérmino (9).

Chira-Sosa en la investigación que realizó en el año 2015 se planteó como objetivo determinar los factores de riesgo del parto pretérmino, fueron factores preconcepcionales de riesgo para parto pretérmino la infección del tracto urinarias, rotura prematura de membranas, el embarazo múltiple y oligohidramnios (10).

Según Pérez-Sifuentes en el año 2015 explicó que en la amenaza de parto pretérmino confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, preeclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo (11).

Milán-Álvarez en el 2015 investigó los factores de riesgo de parto pretérmino, este fue estudio analítico del tipo casos y controles, los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores.

Acosta-Terriquez, Ramos-Martínez, Zamora-Aguilar, Murillo-Llanes 2014 hizo una investigación que tuvo por objeto determinar la prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes con amenaza de parto pretérmino como factor de riesgo (12).

En el 2014 Cabrera- Espinoza realizaron una investigación que tuvo el objetivo establecer los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino. Este es un estudio descriptivo, retrospectivo. La infección urinaria fue uno de los factores prevalentes desencadenantes de parto pretérmino en ambos grupos a las 32 semanas de gestación en los grupos estudiados (13).

Referencias Nacionales

En el 2016 Vílchez Torres llevó a cabo un estudio que tuvo por objetivo determinar cuáles son los principales factores de riesgo de parto pretérmino. Entre los hallazgos se encontró que las características de trabajo, las edades extremas, hipertensión, diabetes gestacional, antecedente de aborto, en este se observó que el número inadecuado de controles prenatales, síndrome hipertensivo gestacional, las infecciones de vías urinarias, la ruptura prematura de membranas, la amenaza de parto pretérmino y el embarazo múltiple aumentan las probabilidades de amenaza de parto pretérmino (1).

García-Gámez en el año 2015 en este trabajó en un estudio en el cual su objetivo fue determinar los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en adolescentes, en este estudio se encontró que la edad en que mayor se presentó fue entre 15-19 años (94%) (3).

Vargas-Tijerino en el año 2015 realizo un estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo donde su objetivo fue determinar los factores asociados al parto pretérmino en pacientes ingresadas en el servicio de ginecoobstetricia des hospital escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo comprendido de julio a diciembre 2013

IV. JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta investigación es analizar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el área de emergencia porque se consideró que es un problema el cual no ha sido resuelto, los beneficiados del estudio será el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes (HECRH) y el Ministerio de Salud (MINSA) quienes son los interesados en los resultados del mismo estudio y a quienes también irán dirigidas las recomendaciones finales del trabajo.

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018

Objetivos Específicos:

1. Enumerar las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas
2. Establecer los antecedentes patológicos personales de las incluidas en el estudio
3. Identificar los antecedentes personales no patológicos de la población estudiada
4. Detallar los antecedentes ginecobiobstetricia de las gestantes participantes
5. Determinar las manifestaciones clínicas que presentaron los casos estudiados

VI. HIPOTÉSIS

La Ruptura Prematura de Membrana es el principal factor de riesgo de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el área de emergencia del servicio de ginecología del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes.

VII. MARCO TEÓRICO

Parto pretérmino (PP):

Parto que se produce antes de que el feto alcance un peso menor de 2500 gramos o antes de las 37 semanas cumplidas de gestación. Parto inmaduro es el que se produce entre las 22-27 semanas cumplidas de gestación y el peso del producto es menor de 2,000 gramos (18) (19) (18).

Predicción de Parto pretérmino

En las mujeres con antecedentes de parto pretérmino: Se deberá realizar medición entre 14 y 24 semanas de gestación cada 3 semanas (si longitud en primera evaluación es mayor a 30 milímetros se mide por segunda vez en 3 semanas y si da un valor siempre mayor a 30 mm se descontinua el seguimiento dado que el riesgo es menor. En mujeres sin historia de parto pretérmino: La medición se realiza entre las 20-24 semanas.

La amenaza de parto pretérmino (APP):

Generalmente se define como contracciones regulares acompañado por el cambio de cuello uterino entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación. La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la membrana espontánea rotura entre las 20-366/7 semanas por lo menos una hora antes del inicio de las contracciones. Muchas mujeres (50-70%) con aparente APP cesan las contracciones hasta el parto a término.

La mayoría de las mujeres con Ruptura prematura de membranas comienzan el trabajo de parto de forma espontánea dentro de varios días de la RPM, pero una pequeña proporción sigue sin parir durante semanas o meses.

Cuanto más temprano sea la edad gestacional en que ocurra la RPM, es más probable que habrá un período de latencia prolongado hasta el parto. Los factores de riesgo de la RPM son en general similares a los de la APP espontánea con membranas intactas (16) (20) (12).

En pacientes que ingresan con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino la longitud cervical se hace indispensable para su monitoreo y eventual egreso.

Tipos de parto pretérmino:

Los precursores obstétricos que conducen al PP incluyen: APP espontáneo con membranas intactas, rotura prematura de membranas, independientemente de si el parto es vaginal o por cesárea, y parto por indicaciones maternas o fetales en donde el trabajo de parto es inducido o el parto es por cesárea. (14) (15).

Las razones más comunes sobre las decisiones para llevar a cabo un parto incluyen pruebas fetales anormales, restricción severa del crecimiento, la preclampsia severa y el desprendimiento de la placenta. Los nacimientos después de APP y de RPM juntos se han designado como PP espontáneos.

La contribución relativa de estas causas puede ser diferente según el grupo étnico. El trabajo de PP con más frecuencia conduce al PP en las mujeres blancas, mientras que la RPM es más común en las mujeres negras.

El PP también se puede subdividir de acuerdo a la edad gestacional. Casi el 5% puede ocurrir antes de las 28 semanas, casi 12% entre las 28-31 semanas, casi 13% entre las 32-33 semanas, y cerca de 70% a los 34-36 semanas.

Las diferencias en estos números también se encuentran entre diversos grupos étnicos. Por ejemplo, las mujeres negras parecen tener un mayor porcentaje de PP a edades más tempranas (20) (2).

Según la Organización Mundial de la Salud, la clasificación del parto pretérmino según su peso es la siguiente:

- Pretérmino general: menor de 37 semanas.
- Pretérmino tardía: de la semana 32 a las 36 con 6/7 días, con peso al nacer entre 1,500 y 2,500 gramos.
- Muy pretérmino: aquellos nacidos entre la semana 28 y 31 con 6/7, con peso al nacer menor de 1,500 gramos.
- Extremadamente pretérmino; menores de 28 semanas, con peso menor o igual a 1,000 gramos (14) (15) (21) (9).

Factor de riesgo:

Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño. La importancia del cuidado materno se ha convertido en prioridad, ya que se puede inferir en éste a través de la información sobre el auto cuidado previo a la concepción y durante la misma.

El parto prematuro es un fenómeno global y multicausal, en donde el factor preciso que desencadena el trabajo de parto de manera anticipada es aún desconocido, lo que dificulta la efectividad de las acciones en la mejora de la salud materna y fetal, siendo el parto prematuro el responsable principal de las muertes perinatales. La identificación de factores de riesgo puede proporcionar importantes conocimientos sobre los mecanismos que conducen al PP.

Hay muchas características materno/fetal que se han asociado con PP, incluyendo características demográficas materna, estado nutricional, antecedentes de embarazos previos, las características actuales del embarazo, características psicológicas, comportamientos negativos, e infecciones (18) (1) (3).

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad materna: Edad en años. Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació (3). Las edades con más riesgo son menores de 17 años y mayores de 35 años (22) .

Aunque la adolescencia es una etapa fértil, con frecuencia el embarazo no es planeado, factores como exponerse a conductas de riesgo; entre ellas conducción de vehículos riesgosos, relaciones sexuales sin protección; malas prácticas alimentarias y reducción del ejercicio ponen en peligro la salud de la madre y del feto.

La edad de la madre es una condición de riesgo de parto prematuro, debido a las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal (1).

Múltiples estudios confirman esta tendencia, incluso se sitúa la edad media para traer el primer hijo al mundo casi en los 30 años. La maternidad tardía se asocia a patologías preexistentes que inevitablemente aumentan con la edad, algunos aspectos importantes a considerar son el mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, en mujeres a partir de los 35 años con enfermedades crónico degenerativas y obesidad, mayor riesgo de desarrollar diabetes, enfermedades hipertensivas del embarazo y placenta previa.

El embarazo posterior a los 40 años puede representar un reto físico y emocional no solo para la embarazada si no para la familia (22) (19).

Procedencia: El área de donde viene la paciente puede ser urbana o rural, inaccesible para los servicios de salud.

Unos amplios espectros de factores demográficos han confluído en el parto pretérmino uno de ellos es el bajo nivel socioeconómico que se asocia al mal estilo de vida y analfabetismo, y por ende este tendrá repercusiones en la mujer embarazada. (23)

Ahora bien, se observó un incremento no significativo del riesgo en las mujeres de procedencia urbana lo cual concuerda con lo publicado en la literatura (19).

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Estudios anteriores revelan que la falta de educación es un factor de riesgo importantes ya que el conocimiento influye grandemente en el comportamiento de la mujer para con su embarazo y sus cuidados durante la gravidez. El grado de instrucción más observado fue el grado de instrucción secundaria (24).

Oficio: En la investigación de alemán- Dolmuz de encontró que las mujeres gestantes que trabajan tienen un riesgo superior de parto pretérmino de las que no trabajan ya que se someten a estrés. Los porcentajes encontrados fueron de 84% para las que trabajan y 16% para las que no trabajan (24) (25) (26).

Índice de masa corporal: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como una entidad en la que el exceso de grasa corporal afecta a la salud y el bienestar. Para cuantificarla se recomienda utilizar la relación peso (kg)/talla² (m) (IMC). En la población caucasiana, el punto de corte para definir la obesidad (30 kg/m²) suele coincidir con un porcentaje de masa grasa (PMG) del 25% en varones jóvenes, y del 35% en mujeres jóvenes.

La presencia de sitios de implantación placentaria grandes y amplios asociado a la presencia de fetos grandes característicos de pacientes obesas, asociado a una pobre capacidad contráctil de las fibras miometriales, secundario a alteraciones en la concentración de calcio intracelular, característico de estas pacientes, generando contracciones menos frecuentes y más débiles.

Religión: En el manejo de los partos se utilizan recursos médico-quirúrgicos, entre ellos la transfusión sanguínea. Los Testigos de Jehová en su fe, no aceptan la administración de derivados hemáticos, siendo fundamental que el principio de autonomía sea ejercido por el paciente.

Con pleno conocimiento de su problema médico debe tomar su decisión y otorgar su consentimiento informado, sin embargo, el deber básico del médico es evitar la muerte de su paciente, utilizando proporcionalmente los elementos terapéuticos que se requiere, respetando la autonomía del paciente.

II. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Miomatosis uterina: Los miomas uterinos son los tumores pélvicos femeninos más comunes, con una prevalencia del 20% al 40% en edad reproductiva, sin embargo, su prevalencia puede llegar hasta un 70% en mujeres blancas y 80% en mujeres de raza negra.

La mayoría de los miomas uterinos son asintomáticos, en ocasiones pueden producir sangrado, dolor y sensación de presión pélvica, lo que afecta la calidad de vida de las pacientes que los presentan, y son la causa más común de histerectomía

Aunque rara vez se asocian a mortalidad, los miomas uterinos son una causa importante de morbilidad y su sintomatología es diversa produciendo sangrado anómalo, dolor o síntomas urinarios, pueden disminuir considerablemente la calidad de vida de la mujer y ser causa importante de infertilidad y esterilidad.

Es frecuente que los miomas sean un hallazgo por medio de un ultrasonido realizado durante el embarazo. La posibilidad de desarrollar complicaciones parece estar relacionado con el tamaño, la localización y el número de miomas.

Los miomas uterinos son un problema de salud relevante por su elevada prevalencia; provocan un importante impacto en la calidad de vida de la mujer, aumentando la demanda de consultas ginecológicas y por ende produciendo un gran impacto en los costos de los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

Anemia: La anemia es un problema mundial que constituye uno de los indicadores generales de pobre salud y está estrechamente relacionada con la desnutrición y la enfermedad. Se estima que en la actualidad se encuentran afectados con anemia por deficiencia de hierro 2 000 millones de personas, tanto en países subdesarrollados como desarrollados.

El embarazo es un período de muy elevado riesgo de anemia. La anemia en las gestantes se asocia con trastornos del embarazo, mortalidad materna, prematuridad, bajo peso al nacer, afecciones del recién nacido y mortalidad perinatal; y además causa debilidad, cansancio y disminuye la resistencia a las infecciones.

En los países subdesarrollados su prevalencia es mayor, se estima que entre 30-60% de las mujeres son anémicas, esto limita las potencialidades de desarrollo de la población, por lo cual la carencia de hierro impone un alto costo económico y social.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATÓLOGICOS

Los comportamientos nocivos como el hábito de fumar, la dependencia al alcohol y el consumo de cocaína se han encontrado asociados significativamente con parto pretérmino en varios estudios.

Sin embargo, Miller JM y colaboradores no han encontrado esta misma asociación en cuanto al consumo de cocaína se refiere.

Uso de drogas: algunos fármacos pueden provocar inhibición de las contracciones, tales como como agentes halogenados de anestesia, AINES, sulfato de magnesio, simpático miméticos beta y nifedipina.

Alcoholismo: El etanol cruza por difusión a la placenta y se acumula en el feto, a niveles semejantes a los encontrados en la sangre materna. La presencia de infartos en las vellosoidades, así como de trombos intervallositarios es algo relativamente común en gestantes expuestas a etanol, la exposición produce vasoconstricción placentaria de manera rápida y persistente, mientras dura el consumo y se incrementa en casos de tabaquismo.

El etanol produce vasoconstricción dosis-dependiente que aumenta la resistencia vascular feto-placentaria y la presión de perfusión de la placenta.

En dichos estudios existió una tendencia mayor en los comportamientos nocivos en el grupo de los casos, ésta no fue significativa posiblemente debido al escaso número de pacientes que afirmaron tener dichos hábitos (26) (8) (11).

IV. ANTECEDENTES GINECOBOSTÉRICOS:

Gesta: Es el número de embarazos que ha tenido una mujer desde que empieza su etapa fértil es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último periodo menstrual normal

Para: es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relacionan en meses, decimos que tiene 10 meses lunares o 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación

Embarazo múltiple: Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos. Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) son un factor importante asociado al nacimiento pretérmino. Un estudio multicéntrico de la prematuridad encontró que el 54% de los gemelos nacieron pretérmino frente a 9,6% de los partos simples. Los trillizos y más están aún en mayor riesgo (3).

Aborto. Es la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance su viabilidad extrauterina. La Organización Mundial de la Salud lo define como la expulsión o extracción de un embrión o feto con un peso menor o igual a 500 gr. Esto se corresponde con una edad gestacional de 22 semanas o una longitud corono-nalga de 25 cm (20) (18) (3).

En cuanto a la relación del parto pretérmino con el antecedente de aborto, las cosas no están tan claras; mientras que para unos autores existe mayor riesgo de parto pretérmino en mujeres con abortos, para otros este riesgo no se da o sólo existe en casos de abortos del segundo trimestre (9).

Edad Gestacional: Es el tiempo transcurrido desde la última menstruación y se expresa en semanas (20).

La edad gestacional del grupo de casos fue de 28-36 semanas, con promedio de 32 vs 39 semanas del grupo control. El peso promedio de los recién nacidos prematuros fue de 1,737 g versus los recién nacidos de término 3,259 g (24).

Los embarazos que ocurren dentro de la proximidad temporal cercana a un parto previo tienen un mayor riesgo de parto pretérmino. Un intervalo intergenésico menor de 6 meses confiere más de doble de riesgo de parto pretérmino después de ajustar por variables de confusión.

Mientras que el mecanismo no está claro, una posible explicación es que el útero necesita tiempo para volver a su estado normal, incluido la resolución del "estado inflamatorio" asociado con el embarazo previo (16).

Controles Prenatales: Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas o no de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto (18).

Con respecto al número de controles prenatales menores de cuatro (número inadecuado de CPN), observaron una diferencia significativa y un incremento en el riesgo en relación al antecedente

Infecciones: Están asociados como una de las causas más frecuentes como desencadenante del trabajo de parto pretérmino y finalmente del parto pretérmino, entre las infecciones que se han relacionado se incluyen la infección del tracto urinario, infección intraamniótica y corioamnionitis (17).

La vaginosis bacteriana (VB) se asocia a parto pretérmino. Otras infecciones genitales tienen una relación causal con el PP, pero no siempre está claro. Las mujeres con estas infecciones suelen tener otros factores de riesgo y muchos estudios no han considerado las variables de confusión. Sin embargo, la tricomoniasis parece estar asociado con parto pretérmino con un riesgo relativo de 1.3 (16).

Síndrome Hipertensivo Gestacional: El Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) constituye la complicación médica más frecuente del embarazo que afecta al 5%-15% de las embarazadas y está asociado a un aumento significativo de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En nuestro país, las complicaciones del SHG (accidente cerebro-vascular, coagulopatías, insuficiencia hepática y renal) ocupan uno de los primeros lugares como causa de muerte materna. La preeclampsia se ha asociado con parto prematuro, principalmente si se desarrolla antes de la semana 33 de gestación (13) (10) (14) (25) (18)

Diabetes Gestacional: Se define como cualquier grado de alteración en la regulación de la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo. Esta definición se aplica independientemente de que su trabajo conlleve solo una modificación de la dieta o la administración de insulina o de si la condición se prolonga después del embarazo (17)

Sufrimiento fetal Macrosomía el termino es usado para describir el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo, como en el caso de un recién nacido con un peso arriba del promedio.

La fisiopatología de la Macrosomía está relacionada a la condición materna o a la condición del desarrollo fetal. Esta condición está fuertemente relacionada con la diabetes gestacional, en general cuando está mal controlado, así como casos de obesidad en la madre y/o aumento excesivo del peso de la madre.

Estos factores tienen en común periodos intermitentes de hiperglucemias. La hiperglicemia en el feto provoca una estimulación de la insulina, estimulando muchos factores que terminan con acumulación de grasa y glicógeno, y el resultado es un bebe con un peso mayor al normal. (De 4000 gramos hacia arriba)

Polihidramnios Aumento del líquido amniótico por arriba de valor normal causando sobredistensión uterina que conlleve a Parto Pretérmino.

V. MANIFESTACIONES CLINICAS

Contracciones uterinas: Valoración de la dinámica uterina mediante palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP pero generalmente se consideran:

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

Es difícil diferenciarlas de las contracciones que van a producir modificaciones cervicales.

Ruptura Prematura de Membranas: Se considera que en el 20-30% de los partos pretérmino cursan con una corioamnionitis y que puede ser la causa a su vez de la ruptura de membranas (17)

La ruptura prematura de membranas es quizá la patología más asociada al parto pretérmino y a complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan corioamnionitis y septicemia neonatal. La ruptura prematura de membranas desencadena trabajo de parto espontáneo en más de 90 % de los casos dentro de las primeras 24 horas.

Las principales complicaciones neonatales son el síndrome de membrana hialina, la hemorragia intraventricular y la retinopatía, entre otras.

El parto pretérmino y la rotura prematura de membranas comparten ciertos eventos fisiopatológicos, como estar relacionado con procesos infecciosos (vaginales y urinarios) que aumentan la síntesis de prostaglandinas y enzimas proteolíticas las cuales inducen cambios cervicales e inicio de contracciones uterinas que incrementan la tensión en las membranas ovulares que han sufrido cambios en la matriz de colágeno por la acción de elastinas y enzimas proteolíticas producidas por los agentes bacterianos.

Modificaciones cervicales: Tacto vaginal Se hace de forma previa para descartar anomalías de inserción placentaria y explorar vagina mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la bolsa amniótica protruyendo a través de cérvix. 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.

Se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación. La realización del tacto vaginal es subjetiva y se puede perder mucha información. Hay una tasa de falsos positivos del 40%

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:** Se trató de un estudio observacional analítico de casos y controles, retrospectivo, longitudinal de corte transversal, en el que se estudió un total de 111 expedientes de pacientes, de los cuales 37 fueron casos y 74 controles.
- **Área de estudio:** Se realizó en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, ubicado en el Distrito II del municipio de Managua, capital de la república de Nicaragua.
- **Universo o población de estudio:** El universo estuvo constituido por 150 pacientes que tuvieron un parto pretérmino.
- **Muestra y tipo de muestra:** Fueron 50 expedientes los que cumplían con los criterios de inclusión. Así mismo se seleccionaron 2 controles por cada caso, con un total de 100 controles.
- **Técnica de obtención de la muestra:** No se utilizó ninguna fórmula estadística, porque la muestra fue por conveniencia mediante la revisión de expedientes
- **Unidad de análisis:** La unidad de análisis estuvo constituida por los expedientes de las mujeres que fueron atendidas en el servicio de ginecología del 1 de julio 2018 a 31 diciembre 2018.
- **Criterios de selección:** Se revisó el registro de estadística del Hospital y los expedientes debían cumplir con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión de casos:

- I. Todo expediente de pacientes que fueron diagnosticada con parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión de casos:

- I. Expedientes de pacientes que se encuentran fuera del periodo de estudio.
- II. Expedientes de pacientes que no tuvieron parto pretérmino.
- III. Expedientes de pacientes que no fueron encontrados en archivo.
- IV. Todo expediente de pacientes atendidas extra hospitalariamente y diagnosticada con parto pretérmino fuera de la unidad de salud.

Criterios de inclusión de controles:

Todo expediente de pacientes que no tiene diagnóstico de parto pretérmino en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión de controles:

- I. Expedientes de pacientes que se encuentran fuera del periodo de estudio.
- II. Expedientes de pacientes que no fueron encontrados en archivo.
- III. Expedientes incompletos.

Variables del estudio: Fueron un total de 30 variables divididas de la siguiente manera:

Objetivo 1: Enumerar las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas

- | | | |
|----------------|---------------|---------------------------|
| ➤ Edad | ➤ Ocupación | ➤ Índice de masa corporal |
| ➤ Estado civil | ➤ Religión | |
| ➤ Escolaridad | ➤ Procedencia | |

Objetivo 2: Establecer los antecedentes patológicos personales de las incluidas en el estudio

- Miomatosis uterina
- Coagulopatía
- Anemia

Objetivo 3: Identificar los antecedentes personales no patológicos de la población estudiada

- Tabaquismo
- Uso de drogas
- Alcoholismo

Objetivo 4: Detallar los antecedentes ginecobiobstetricia de las gestantes participantes

- Gestas
- Controles prenatales
- Infecciones vaginales
- Embarazo múltiple
- Macrosomía fetal
- Polihidramnios
- Cirugía uterina previa
- Placenta previa
- Acretismo placentario
- Desprendimiento de placenta normo inserta
- Parto precipitado
- Corioamnionitis
- Diabetes gestacional
- Síndrome hipertensivo

Objetivo 5: Determinar las manifestaciones clínicas que presentaron los casos estudiados

- Contracciones uterinas utiles
- Modificaciones cervicales
- Ruptura prematura de membrana

(33)

Cruce de variables: Se obtuvo como variable dependiente al tipo de paciente y se cruzó a criterio de las investigadoras:

- Tipo de paciente/Anemia
- Tipo de paciente /Coagulopatía
- Tipo de paciente /Miomatosis terina
- Tipo de paciente /Embarazo gemelar
- Tipo de paciente /Macrosomía
- Tipo de paciente /Polihidramnios
- Tipo de paciente /Acretismo placentario
- Tipo de paciente /contracciones uterinas
- Tipo de paciente /modificaciones cervicales
- Tipo de paciente /ruptura prematura de membrana

- **Operacionalización de las variables:** Este procedimiento se hizo de acuerdo al propuesto en el libro del Dr. Julio Piura López “Metodología de la Investigación Científica, en el cual propone una matriz en donde se procesa cada variable con su definición operacional, su valor, su indicador y su escala si el caso lo amerita. (ver anexo 1)
- **Fuente de obtención de la información.** De tipo secundaria la cual correspondió a los 150 expedientes de las mujeres participantes de acuerdo a los criterios de inclusión.
- **Trabajo de campo:** Desde el año 2017 los investigadores presentaron este documento como una propuesta de protocolo y durante todo el año 2018 hicieron todos los ajustes necesarios para culminar la redacción del mismo al finalizar el año del internado rotatorio

- **Plan de recolección de los datos:** Los investigadores al recibir la autoridad de la institución en los meses de julio y agosto hicieron la recolección y depuración del universo del expediente para quedar con los XX expediente recuerdo al universo establecido
- **Ánalisis de los datos y herramientas estadísticas utilizadas:** Se formuló una base de datos en el paquete estadístico del centro de control de las enfermedades de los estados unidos (CDC) 7.2.1 en español, para posteriormente al ingresar 150 fichas en donde se obtuvieron tablas que demuestran la frecuencia absoluta, así como los porcentajes generales y acumulados.
- **Instrumento de recolección de datos:** Los investigadores diseñaron junto con sus tutores un cuestionario prediseñado en el cual estaba contemplada las 30 variables distribuidas en los correspondientes objetivos específicos.
- **Proceso de validación del instrumento:** Lamentablemente no se pudo realizar este proceso por falta de coordinación entre las instituciones involucradas, en su momento se había hecho una gestión para hacer este procedimiento, sin embargo, por los eventos sociales ocurridos no se llevó acabo.
- **Consideraciones éticas:** Los resultados de la presente investigación son con fines meramente académicos, lo que hace un control de la ética profesional y daños a terceros, la publicación dependerá de las autoridades del comité de investigación del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Facultad de Ciencias Médicas UNIDES y los investigadores.

IX. RESULTADOS

De acuerdo a las características sociodemográficas de las personas investigadas, se encontró lo siguiente:

El Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes brinda la atención en las modalidades de asegurados y beneficiarias, en el presente estudio, las personas participantes se agruparon de la siguiente manera; **Asegurada 90 (60%)**; Beneficiaria 60 (40%). (Ver ANEXO 3. Tabla 1; Gráfico 1)

En los grupos de edad estuvieron comprendidos de la siguiente forma, de acuerdo a los casos: entre 15-19, 3 (2%), **entre 20-24, 45 (30%)**, entre 25-29, 36 (24%), entre 30-34, 33 (22%), entre 35-39, 30(20%), entre 40-44, 3 (2%) y mayor o igual de 45, 0 (0%). (ver ANEXO 3. Tabla 1; Gráfico 2)

El estado civil de las estudiadas se categorizo en tres grandes grupos que dando de la siguiente forma: casada 52 (34.7%), **estable 90 (60%)**, soltera 8 (5.3%). (Ver ANEXO 3. Tabla 1; Gráfico 3)

De acuerdo al credo religioso consignado en el expediente de las implicadas se evidencio los siguientes resultados; 49 eran católicas (32.7%), **58 Evangélicas (38.7%)**, y 43 eran otro tipo (28.7%). (Ver ANEXO 3. Tabla 2; Gráfico 6)

Otro dato importante fue investigar el grado de escolaridad; dicha variable se agrupo en 3 categorías quedando del siguiente modo: Illetrada 0 (0%), Primaria 5 (3.3%), **Secundaria 76 (50.7%)**, Superior 47(31.3%) y Técnica 22 (14.7%). (Ver ANEXO 3. Tabla 1; Gráfico 4)

Con respecto al índice de masa corporal, se encontraban 1 en Bajo peso (0.7%), 27 estaban en rango Normal (18%), **50 en sobrepeso (33.3%)**, 46 en Obesidad I (30.7%), 23 en Obesidad II (15.3%), 3 en obesidad III (2%) y en obesidad IV y mórbida 0 (0%). (Ver ANEXO 3. Tabla 2; Gráfico 7)

En relación a los Antecedentes patológicos personales de las personas investigadas, se encontró lo siguiente:

Del total se encontró que 43 presentaron Anemia (28.7%), 107 no presentaron anemia (71.3%), 13 presentaron miomatosis uterina (8.7%), 137 no presentaron miomatosis uterina (90.7%), 9 presentaron Coagulopatía (6%), 141 no presentaron coagulopatías (94%), 21 presentaron otra patología (14%) y 129 no presentaron otra patología (86%).

(Ver ANEXO 3. Tabla 3; Gráfico 9)

En relación a los Antecedentes personales no patológicos de las personas investigadas, se encontró lo siguiente:

Se evidencia que 32 (21.3%) consumen alcohol y **118 (78.7%) no lo consumen**, 10 (6.7%) fuman y **140 (93.3%) no fuman**, 150 (100%) no consumen sustancia prohibidas. (Ver ANEXO 3. Tabla 3; Gráfico 10)

Se encontró en los hallazgos sobre Antecedentes Ginecobstétricos lo siguiente:

Según el número de embarazos de las 150 pacientes se fraccionó de la siguiente manera: Primigesta 40 (26.7%), **Bigesta 61 (40.7%)**, Trigesta 33 (22%), Cuadrigesta 10 (6.7%), Multigesta 2 (1.3%) y Granmultigesta 4 (2.7%). (Ver ANEXO 3. Tabla 4; Gráfico 11)

Con respecto a los controles prenatales de cada gestante, **105 se realizaron de 1-4 controles (70%) y 45 más de 5 controles (40%)**. (Ver ANEXO 3. Tabla 5; Gráfico 12)

En torno a los factores de riesgo con respecto a la sobre distensión uterina se evidenció: 5 (3.3%) de Embarazo gemelar, **6 (4%) Macrosomía** y 1 (0.7%) Polihidramnios.

En relación a la placenta previa se dividió de la siguiente manera: **147 pacientes no presentaron (98%)**, 1 paciente con Oclusión Parcial (0.7 %) y 0 con Oclusión Total (0 %), 1 con marginal (0.7%) y 1 con inserción baja (0.7%).

En cuanto al Acretismo placentario 1 (0.7%) pacientes presentaron esta patología. En desprendimiento de placenta 1 (0.7%) pacientes presentaron. En diabetes gestaciones 14 (9.3%) presentaron y 136 (90.7%) no presentaron.

Con respecto a Síndrome hipertensivo gestacional, no hubo madres con hipertensión arterial crónica ni con Hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada, 6 con Hipertensión gestacional (4%), **133 pacientes no presentaron dicha patología (88.7%)** y 11 con Preeclampsia-eclampsia (7.3%).

Se investigaron los Factores durante la atención del parto y se encontró lo siguiente:

En relación a la Ruptura Prematura de Membrana **138 (92%) pacientes no presentaron** y 12 (8%) pacientes presentaron, **9 (75%) fueron <12hrs** y 3 (25%) fueron >12hrs, actividades que realizaba cuando ocurrió la ruptura 3 (25%) descansando, 3 (25%) espontaneo, 2 (16.67%) oficios domésticos y **4 (33.33%) trabajando.** (Ver ANEXO 3. Tabla 5;

Gráfico 13)

En las contracciones uterinas **131 (87.33%) no presentaron** y 19 (12.67%) presentaron. Con respecto a las modificaciones cervicales 22 (44%) no presentaron y **28 (56%) presentaron modificaciones**, el borramiento se dividió de la siguiente manera 0-30% 17 (34%), 40-60% 15 (30%), 60-70% 13 (26%) y >70% 5 (10%), la dilatación presente se divide en 4 grupos: 8 (16%) pacientes presentaron 0cm, 15 (30%) pacientes presentaron 1-2cm, **17 (34%) pacientes presentaron 3-4cm** y 10 (20%) presentaron de 5-6cm.

En la consistencia del cuello uterino se encuentran 15 (30%) de manera firme, **19 (38%) de manera mediana** y 16 (32%) de manera blando. La posición de cuello uterino se encontró 12 (24%) anterior, 17 (34%) central y **21 (42%) posterior.**

X. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Entre los meses de julio a diciembre del 2018 se registraron 773 partos y cesáreas entre los cuales 63 fueron parto pretérmino, sin embargo, solo se tuvo acceso a 50 expedientes que corresponden a los casos y seleccionando 100 controles a razón de 2 controles por cada caso.

Al realizar el análisis en las características sociodemográficas se observó que 60% son pacientes aseguradas y que la edad promedio de los casos es de 20-24 años representando un porcentaje de 30%, En un estudio similar en Managua se observó que la edad más frecuente fue entre 20 a 29 años siendo este el 34.8%

Correspondiente al estado civil de las participantes se encontró que el estado civil que predominó fue el de unión estable con un 60%, los cuales no coinciden con ninguno de los estudios investigados

Conforme a la escolaridad se determinó que 50,7% de las participantes su nivel de educación era secundaria, sin embargo en el estudio Vargas-Tijerino se argumentó que en pacientes con escolaridad baja es más frecuente el parto pretérmino debido la falta de conocimiento con los cuidos que debe tener en el embarazo y entendimiento de la información brindada.

El índice de masa corporal 33.3% correspondieron a pacientes con sobrepeso, mas Parra Velarde en su estudio determinó que la ganancia inadecuada de peso materno durante la gestación menor a 8 Kg demuestra tener asociación significativa con parto pretérmino y que incidencia de complicaciones durante el embarazo es mayor en ambos extremos de ganancia de peso.

Esto produce un incremento en el número de recién nacidos prematuros o pequeños para la edad gestacional entre mujeres con una ganancia de peso inferior a la recomendada

Conforme a las pacientes que presentaron comorbilidades se manifestó que solo el 28.7% presentó anemia, por otra parte un estudio realizado en Costa Rica confirma la relación positiva entre la presencia de anemia y el nacimiento de un producto pretérmino.

Según la investigación de Chira Sosa no representa un valor significativo la miomatosis uterina para parto pretérmino y esta coincide con el presente estudio ya que el solo 8.7% presentaron Miomatosis uterina.

Solo el 14% simboliza otras patologías tales como asma, infección del tracto urinario y vaginosis bacterianas el cual en este estudio muestra una minoría pero Rosemary Patilla García en su estudio demuestran considerable valor en el suceso del parto pretérmino y el mayor porcentaje corresponde a la Infección del Tracto Urinario (32.9%), seguida de vaginosis bacteriana (16.1%)

En relación a los hábitos tóxicos de las gestantes el 21.3% presentaron hábitos tóxicos como alcoholismo, y el 6.7% tabaquismo, el 100% no consumió sustancias prohibidas, las cuales según la literatura esta presentar mayor riesgo de parto prematuro.

Dentro de los antecedentes ginecobióticos se verificó que de las implicadas 40.7% eran bigestas, no se encontraron otros estudios los cuales correlacionen estas variables

En relación con los controles prenatales de cada gestante en el presente estudio se demostró que el 70% se realizó de 1-4 controles, pero según Valenti en el 2016 plantea que el parto pretérmino merece una reflexión que a mayor número de consultas hay menor incidencia de PP y que el parto pretérmino disminuye con el control prenatal temprano.

Sin embargo, a más deducciones son parcialmente falsas debido a que las mujeres de bajo riesgo consultan más que las de alto riesgo en todas las ramas de la medicina y esto se relaciona con el nivel socio-económico-educacional.

Las mujeres con parto pretérmino tienen menor número de consultas prenatales por haber transcurrido menor número de semanas de su embarazo y porque la periodicidad de las consultas es distinta en edades tempranas de la gestación.

En torno a los factores con respecto de la distensión uterina la Macrosomía es la de mayor valor con un 4%

Con respecto al Síndrome hipertensivo gestacional el 7.3% de las involucradas presentaron Preeclampsia-Eclampsia sin embargo Vargas-Tijerino plantean que La pre eclampsia/ eclampsia constituye uno de los principales factores asociados a parto pre termino y una de las principales indicaciones obstétricas de nacimientos, hemos encontrado que un 24.2% de las pacientes padecieron dicha patología.

La literatura la relaciona como una de las causantes de parto pre término entre un 2% al 25%, en los estudios se observó que en el Hospital Dr. Luis Nachón, Olvera obtuvo un 4% de presencia de esta patología mientras que Núñez Alonso en el Policlínico Máximo Gómez encontró que un 36.4% de estas cursaron con pre eclampsia, relacionando con estudios realizados en Nicaragua Martínez Fernández en su estudio realizado en el Hospital Alejandro Dávila Bolaños reportó que el 13.7% presentó pre eclampsia.

Al igual que Gadea en su estudio en el Hospital Victoria Mota en la Ciudad de Jinotega y Obregón en el Hospital García Laviana en la ciudad de Rivas lo reportan como uno de los principales factores asociados al parto pre término. Asimismo otro estudio determina que la Preeclampsia en la gestante tiene 2.625 veces más de presentar parto pretérmino.

Dentro de los factores durante la atención del parto los investigadores encontraron que en relación con la Ruptura prematura de membranas que solo el 8% la presentó de las cuales el 75% fue menor de 12 horas y el 33% ocurrió mientras laboraban, en un estudio presentado por Huaman-Miluzka del total de gestantes con parto pretérmino del 100% (200) se observa que solo el 29.5% (59) presentan la patología y que de todas las gestantes con parto a término solo el 13.5% (27) presenta la patología.

Otro estudio indica que la presencia de Ruptura prematura de membranas incremento 17.3 veces la probabilidad de padecer APP. Este hallazgo refleja una mayor incidencia de RPM en APP que lo reportado en la literatura internacional, lo que puede relacionarse con una mayor frecuencia de factores desencadenantes no detectados oportunamente y está estrechamente vinculado con las características fisiopatologías de esta entidad clínica.

El 87.3% no presentó contracciones uterinas lo que concuerda con múltiples estudios ya que no es una condición obligatoria para presentar parto prematuro lo que no estadísticamente significante.

Con respecto a las modificaciones cervicales el 56% las presentó, lo que se ratifica en un estudio que la dilatación del cuello uterino después de la mitad del embarazo ha ganado atención como un factor de riesgo para parto pretérmino, aunque algunos médicos la consideran una variedad anatómica normal, sobre todo en mujeres que ya han tenido partos.

Sin embargo, estudios recientes han sugerido que la paridad sola no basta para explicar la dilatación del cuello uterino que se descubre en etapas tempranas del tercer trimestre.

Aunque las mujeres con borramiento y dilatación durante el tercer trimestre tienen aumento del riesgo de parto pretérmino, no se ha establecido que la detección mejore el resultado del embarazo. Parece ser que el uso de mediciones ultrasonográficas del cuello uterino, puede aumentar la capacidad para predecir el parto espontáneo antes de las 35 semanas en mujeres de riesgo alto.

XI. CONCLUSIONES

El 60% de las participantes eran aseguradas, el 30% oscilaban entre los 20-24 años, con un nivel de educación de secundaria, en unión de hecho estable, de credo religioso evangélica, el principal factor de riesgo del parto pretérmino fue síndrome hipertensivo con 11.3% y ruptura prematura de membranas con 8%.

XII. RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes:

- Promover el desarrollo y fortalecimiento de estrategias dirigidas a la detección temprana de los factores de riesgo de parto pretermo y atención adecuada del embarazo
- Monitorear, supervisar y auditar los expedientes clínicos de embarazadas para evaluar el buen llenado de este, incluyendo los CPN.

A los profesionales de la salud que laboran en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes:

- Insistir en el cumplimiento de la normativa a la atención de parto de bajo riesgo (011) y también en la atención parto con complicaciones obstétricas (109)
- Escribir con letra clara y legible en expediente clínico.
- A los médicos generales que laboran en área de emergencia, consulta externa y médicos ginecobstetras, realizar un diagnóstico y tratamiento temprano y oportuno de las infecciones vaginales e infección de vías urinarias.

A las autoridades de la Universidad Internacional del Desarrollo Sostenible:

- Implementar desde el principio de la carrera lo que es la investigación.
- Dar apoyo en los trabajos de investigación realizados por los estudiantes.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Torrez AGV. Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso control con mujeres embarazadas atendidas en el hospital Alemán Nicaraguense entre julio 2014 y junio 2015. Tesis. Managua: Hospital Alemán Nicaraguense, Managua; 2016.
2. Marshall Hoffman NHK. OMS. [Online]; 2012 [cited 2017 12 6]. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html.
3. Gámez JMG. Factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en adolescentes ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque Junio 2014 a enero 2015. tesis. Managua : Hospital Bertha Calderón Roque , Managua; 2015.
4. Milán SER, Álvarez LMR. Factores de riesgo d parto prematuro en gestantes del municipio Ciego de Ávila. Medisur. 2015 Septiembre; 13(4).
5. Guzmán VMR. Factores Causales que inciden en la amenaza de parto pre-término relacionados con criterios diagnósticos. Tesis. Machala - Ecuador ; 2017.
6. MINSA, UNFPA, UNICEF. Banco Mundial. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA). Encuesta. Nicaragua: INIDE; 2011-2012.
7. Domínguez DAV, inventor; Villalta D, assignee. Factores de riesgo de parto pretermino en el Hospital Carlos Roberte Huembres. Managua, Nicaragua patent 1. 2017 Diciembre 17.
8. Guevara JJG. Factores maternos asociados al parto pretermino. Tesis. Lima-Perú: HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, Ginecología y obstetricia; 2015.
9. Calvo BCG. Edad materna y el numero de abortos como factores de riesgo para aparto pretermino. tesis. Lima Perú: hospital docente Madre Niño San Bartolomé ; 2015.
10. Luis CSJ, Luis SFJ. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Salud & Vida Sipanense. 2015 Octubre; 2(2).

11. Sifuentes KGP. Amenaza de parto pre-término. Tesis. Perú: Ginecología y Obstetricia; 2015.
12. Jorge Emmanuel Acosta Terriquez MARMMZAML. Prevalencia de Infección de vías urinarias en pacientes con amenaza de parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex. 2014 noviembre; 82(11).
13. Cabrera Daniela EC. Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Médica HJCA. 2014 abril ; 6(2).
14. Barrios VBG. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. EL NACIONAL. 2014 diciembre; 4(2).
15. OVALLE A. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. revista medica de chile. 2015 octubre; 140(19-29).
16. CONSENSO. Parto pretermino. FASGO. 2014 Mayo; 13(1).
17. Ahumada-Barrios ME. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev. Latino-Americana. Enfermagem. 2017; 24(2759).
18. Ramirez FO. PARTO PRETERMINO: DETECCION Y PREVENCION DE FACTORES DE. Trabajo monografico. Bogotá: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A , Ciencias médicas; 2015.
19. Beatriz Escobar-Padilla, Limberg Darinel Gordillo-Lara,Horacio MartínezPuon. Factores de riesgo asociados a un parto pretermino en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Medica Inst Mex Seguro Soc.. 2017 abril; 55(4).
20. MINSA. Normativa 109. Normativa. Managua: Ministerio de Salud; 2013.
21. Kristhyn Nazareth Alemán Aguirre CIDC. Principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino de 28 a 36 6/7 SG. Tesis. Managua, Nicaragua : Hospital Berta Calderón Roque, Ginecología y Obstetricia ; 2015.
22. Rosa Miriam Obando Pichardo JIZC. Factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino en pacientes embarazadas que acuden a las unidades de salud del municipio del Tuma- La Dalia, Matagalpa, durante el 2013. Tesis. Matagalpa: Unidad de salud del Tuma- La Dalia, La Dalia, Matagalpa; 2013.

23. MINSA. Normativa 077 "Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico". Normativa. Managua: Ministerio de Salud , Ginecología y Obstetricia; 2011.
24. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2017 [cited 2017 Diciembre 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>.
25. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2017 [cited 2017 Diciembre 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
26. Núñez DC, Méndez DN, Montes P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014; 18(6).
27. Schwacz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed.: El Ateneo.
28. Rodríguez D M. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011–2013. UCV- scentia. 2014 Marzo; 6(2).
29. Susana Isabel Rodríguez-Coutiño RRGRJHH. Factores de riesgo para la prematuridad. Ginecol Obstet Mex. 2013 agosto; 81(493).
30. Shessira Guadalupe-Huamán SOC. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino, en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Rev. Fac. Med. Hum. 2017; 17(1).
31. Wilfredo Villamonte NLEO. Factores de riesgo del parto Pre-término Instituto Materno Perinatal L. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014 Septiembre; 47(2).
32. Rodriguez RE, Rodríguez EC. Epidemiología y Factores de Riesgo para parto pretérmino en el servicio de maternidad. Tesis. Colombia: Hospital Militar Central, Maternidad; 2013.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo 1: Enumerar las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas

Tabla 1

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Número de expediente	Digitación numérica establecida para la búsqueda de los expedientes clínicos de los pacientes atendidos.	Anotado en el expediente	Nominal	
Tipo de usuario	Categoría que se utiliza para la atención diferenciada de los usuarios del servicio durante la investigación.	Anotado en el expediente	Asegurado Cobertura	
Tipo de paciente	Selección de paciente en función de que presente o no un efecto o enfermedad.	Anotado en el expediente	Caso Control	
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de la paciente hasta el momento de la hemorragia.	Anotado en el expediente	Años	<20 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44
Estado civil	Condición de la paciente según el registro civil en función de si tiene o no pareja su situación legal respecto a esto.	Anotado en el expediente	casada Unión estable Soltera	
Escolaridad	Nivel educacional o de conocimientos, recibido por parte de un centro educativo.	Anotado en el expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	
Religión	Conjunto de creencias, de comportamientos y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que se reconoce una relación con la divinidad.	Anotado en el expediente	Católico Evangélico Testigo de Jehová No profesa	
Ocupación	Empleo u oficio remunerado o no remunerado al cual se dedica una persona.	Anotado en el expediente	Ama de casa Estudiante Profesional Otros	

Objetivo 1: Enumerar las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas

Tabla 2

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Procedencia	Lugar de residencia o permanencia de una persona	Anotado en el expediente	Urbana Rural	
Índice de Masa corporal	Indicador que se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona, y se calcula a partir de la formula peso (kg)/talla (m ²)	Anotado en el expediente	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III	<18.5 18.5-24.9 25-29.9 30-34.9 35-39.9 ≥40

Objetivo 2: Establecer los antecedentes patológicos personales de las incluidas en el estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Miomatosis uterina	Tumores uterinos benignos clónales originados de las células del músculo liso	Anotado en el expediente	Si No	
Coagulopatía	Enfermedad o trastorno que afecta la capacidad de coagulación normal que tiene la sangre	Anotado en el expediente	Si No	
Anemia	Recuento de eritrocitos por debajo de 3,000,000 por milímetro cúbico, con hematocrito inferior a 30% y cuyos niveles de hemoglobina se encuentran disminuidos	Anotado en el expediente	Leve Moderada Severa	10-<11 g/dl 7-<10 g/dl <7 g/dl

Objetivo 3: Identificar los antecedentes personales no patológicos de la población estudiada

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Tabaquismo	Adicción al tabaco provocada principalmente por la nicotina	Anotado en el expediente	Si No	
Uso de drogas	Sustancias psicoactivas que la paciente refiere consumir	Anotado en el expediente	Si No	
Alcoholismo	Ansiedad y dependencia a la ingesta de alcohol.	Anotado en el expediente	Si No	

Objetivo 4: Detallar los antecedentes ginecobiobstetricia de las gestantes participantes

Tabla 1

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Gesta	Número total de embarazos que ha tenido una mujer.	Anotado en el expediente	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta	1 2 3 4 ≥5
Controles prenatales	Visita que realiza la paciente con el proveedor de salud para valorar la evolución del embarazo.	Anotado en el expediente		Ningún control 1-4 >4
Infecciones vaginales	Inflamación que ocurre cuando hay un cambio en el equilibrio de bacterias o levaduras provocando alteración del PH vaginal.	Anotado en el expediente	Si No	
Embarazo múltiple	Embarazo en el cual 2 o más fetos se desarrollan simultáneamente en el útero.	Anotado en el expediente	Presencia	2 >2
Macrosomía fetal	Peso fetal mayor a los 4000 g o por arriba del percentil 90.	Anotado en el expediente	Si No	
Poli hidramnios	Síndrome clínico cuyo exponente es el aumento exagerado de líquido amniótico, excediendo los 2000 ml, o los 1000 ml a las 20 semanas.	Anotado en el expediente	Si No	
Cirugía uterina previa	Procedimiento quirúrgico realizado a nivel uterino	Anotado en el expediente	Si No	

Objetivo 4: Detallar los antecedentes ginecobiobstetricia de las gestantes participantes

Tabla 2

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Placenta previa	Condición en que la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior uterino a una distancia menor a 20 mm del orificio cervical interno o cubriendo el mismo.	Anotado en el expediente	Parcial Total Marginal De inserción baja	
Acretismo placentario	Es el término que se emplea en caso en que la decidua basal penetra dentro y a través del miometrio	Anotado en el expediente	Increta Percreta Acreta	
Desprendimiento de placenta normo inserta	Separación prematura parcial o total de una placenta normo inserta de su inserción decidual después de la semana 20 de gestación y antes del alumbramiento.	Anotado en el expediente	Presencia	0 I II III
Parto precipitado	Nacimiento que se produce a tal velocidad que no se pueden hacer los preparativos adecuados con actividad uterina, dilatación y Borramiento fuera de parámetro normal	Anotado en el expediente	Si No	
Corioamnionitis	Inflamación aguda de las membranas y el corion, por lo general debido a una infección polimicrobiana ascendente	Anotado en el expediente	Si No	
Diabetes gestacional	Intolerancia hidrocarbonada de intensidad variable, con comienzo o primer reconocimiento después de las 24 semanas de gestación.	Anotado en el expediente	Si No	
Síndrome hipertensivos	Es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio y que se vuelven evidente después de las 20 semanas de gestación.	Anotado en el expediente	Preeclampsia -eclampsia Hipertensión arterial crónica Hipertensión arterial crónica con preeclampsia agregada Hipertensión gestacional	

Objetivo 5: Determinar las manifestaciones clínicas que presentaron los casos estudiados

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Contracciones	El músculo del útero tiene como todos los tejidos formados por fibras musculares, una fase de contracción y otra de relajación.	Anotado en el expediente	Si No	
Modificaciones cervicales	Cuando hay dilatación y borramiento del cuello uterino	Anotado en el expediente	Si No	
Ruptura prematura de membranas	es la solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico	Anotado en el expediente	Si No	

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
FACULTAD DE MEDICINA**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL ESCUELA CARLOS ROBERTO HUEMBES DE
ENERO 1 A DICIEMBRE 31, 2018.**

I. Características generales

Ficha: _____

Fecha del llenado: _____ / _____ / _____

Expediente: _____

Tipo de paciente:

Caso _____

Control _____

Tipo de usuaria:

Asegurada _____

Beneficiaria _____

Grupo etario:

15-19 _____

30-34 _____

>45 _____

20-24 _____

35-39 _____

25-29 _____

40-44 _____

Estado civil:

Casada _____

Estable _____

Soltera _____

Escolaridad:

Illetrado _____

Secundaria _____

Superior _____

Primaria _____

Técnica _____

Ocupación:
Ama de casa _____

Obrera _____

Religión
Católica _____
Evangélica _____

Testigo de Jehová _____
Otra _____

No profesa _____
No descrita _____

Procedencia
Urbana _____

Rural _____

Índice de masa corporal

Bajo peso _____
No descrita _____
Normal _____

Sobrepeso _____
Obesidad I _____
Obesidad II _____

Obesidad III _____
Obesidad IV _____
Obesidad Mórbida _____

II. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Miomatosis uterina

Si _____ No _____

Anemia

Si _____ No _____

Coagulopatía

Si _____ No _____

Otra patología:

Si _____ No _____

Especificar

otra

patología

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo

Si _____ No _____

Alcoholismo

Si _____ No _____

Uso de drogas

Si _____ No _____

IV. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Gesta

0 _____
1 _____ 3 _____ ≥5 _____
2 _____ 4 _____

Controles prenatales

Ninguno: _____ 1-4: _____ ≥4: _____

Embarazo gemelar

Si _____ No _____

Polihidramnios

Si _____ No _____

Macrosomía fetal

Si _____ No _____

Placenta previa

Parcial _____

Total _____

Marginal _____

De inserción baja _____

No presentó _____

Desprendimiento de placenta

Si _____ No _____

Acretismo placentario:

Si _____ No _____

Diabetes gestacional

Si _____ No _____

Síndrome hipertensivo

Pre eclampsia-eclampsia _____ Hipertensión gestacional _____

Hipertensión arterial crónica _____ No presentaron _____

HTA crónica+pre eclampsia _____

V. Manifestaciones clínicas

Ruptura prematura de membrana

Si _____ no _____

Tiempo de evolución

<12hrs _____ >12hrs _____

Tomo medicamento

Si _____ no _____

Tuvo fiebre

Si _____

no _____

Actividad realizada al momento de la ruptura

Trabajando _____

Relaciones sexuales _____

Descansando _____

Es spontáneo _____

Haciendo oficios domésticos _____

Contracciones uterinas útiles

Si _____

no _____

Modificaciones cervicales

Si _____

no _____

Borramiento

0-30% _____

60-70% _____

40-50% _____

>70% _____

Dilatación

0 _____

3-4 _____

1-2 _____

5-6 _____

Consistencia del cuello uterino

Firme _____

Mediana _____

Blanda _____

Posición del cuello uterino

Posterior _____

Central _____

Anterior _____

CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS

	TIPO DE PACIENTE				TOTALES	
	CASO		CONTROL		#	%
	#	%	#	%	#	%
Tipo de usuaria						
Asegurada	30	60.0	60	60.0	90	60.0
Beneficiaria	20	40.0	40	40.0	60	40.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Grupos etarios						
15-19	1	2.0	2	2.0	3	2.0
20-24	15	30.0	30	30.0	45	30.0
25-29	12	24.0	24	24.0	36	24.0
30-34	11	22.0	22	22.0	33	22.0
35-39	10	20.0	20	20.0	30	20.0
40-44	1	2.0	2	2.0	3	2.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Estado civil						
Casada	17	34.0	35	35.0	52	34.7
Estable	30	60.0	60	60.0	90	60.0
Soltera	3	6.0	5	5.0	8	5.3
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Escolaridad						
Analfabeta	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Primaria	1	2.0	4	4.0	5	3.3
Secundaria	27	54.0	49	49.0	76	50.7
Superior	15	30.0	32	32.0	47	31.3
Técnica	7	14.0	15	15.0	22	14.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0

Tabla 2: Características generales de las participantes. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	TIPO DE PACIENTE				TOTALES	
	CASO		CONTROL			
	#	%	#	%	#	%
Ocupación						
Ama de casa	17	34.0	39	39.0	56	37.3
Obrera	33	66.0	61	61.0	94	62.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Religión						
Católica	17	34.0	32	32.0	49	32.7
Evangélica	21	42.0	37	37.0	58	38.7
Otra	12	24.0	31	31.0	43	28.7
No profesa	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No consignado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Procedencia						
Urbana	39	78.0	80	80.0	119	79.3
Rural	11	22.0	20	20.0	31	20.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Índice de Masa Corporal						
Desnutrido	0	0.0	1	1.0	1	0.7
Normal	6	12.0	21	21.0	27	18.0
Sobrepeso	18	36.0	32	32.0	50	33.3
Obesidad I	14	28.0	32	32.0	46	30.7
Obesidad II	10	20.0	13	13.0	23	15.3
Obesidad III	2	4.0	1	1.0	3	2.0
Obesidad Mórbida	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No consignado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	50	100.0	100	0.0	150	0.0

Tabla 3: Antecedentes Personales Patológicos de las participantes. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	TIPO DE PACIENTE				TOTALES	
	CASO		CONTROL		#	%
	#	%	#	%		
Tiene APP						
Si	37	74.0	52	52.0	89	59.3
No	13	26.0	48	48.0	61	40.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Miomatosis						
Si	3	6.0	10	10.0	13	8.7
No	47	94.0	90	90.0	137	91.3
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Anemia						
Si	11	22.0	32	32.0	43	28.7
No	39	78.0	68	68.0	107	71.3
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Coagulopatías						
Si	4	8.7	5	5.3	9	6.0
No	46	100.0	95	100.0	141	94.0
Total	46	100.0	95	100.0	150	94.0
Otra Patología						
Si	8	16.0	13	13.0	21	14.0
No	42	84.0	87	87.0	129	86.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 4: Antecedentes Personales No Patológicos de las participantes. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	TIPO DE PACIENTE				TOTALES	
	CASO		CONTROL		#	%
	#	%	#	%		
Tiene APNOP						
Si	8	16.0	32	32.0	40	26.7
No	42	84.0	68	68.0	110	73.3
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Alcoholismo						
Si	8	16.0	24	24.0	32	21.3
No	42	84.0	76	76.0	118	78.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Tabaquismo						
Si	1	2.0	9	9.0	10	6.7
No	49	98.0	91	91.0	140	93.3
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Sustancias prohibidas						
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 5: Antecedentes Ginecobstétricos de las participantes. Factores de riesgo asociado a parto pretermino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS	TIPO DE PACIENTE					
	CASO		CONTROL		TOTALES	
	#	%	#	%	#	%
Gestaciones						
0	9	18.0	31	31.0	40	26.7
1	23	46.0	38	38.0	61	40.7
2	11	22.0	22	22.0	33	22.0
3	6	12.0	4	4.0	10	6.7
4	1	2.0	1	1.0	2	1.3
5	0	0.0	4	4.0	4	2.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
# CPN						
1 A 4	40	80.0	66	66.0	106	70.7
>5	10	20.0	34	34.0	44	29.3
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Embarazo Gemelar						
Si	3	6.0	2	2.0	5	3.3
No	47	94.0	98	98.0	145	96.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Polihidramnios						
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Macrosomía						
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 6: Antecedentes Ginecobstétricos de las participantes. Factores de riesgo asociado a parto pretermino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018

ANTECEDENTES GINECOBSTÉRICOS	TIPO DE PACIENTE				TOTALES	
	CASO		CONTROL		#	%
	#	%	#	%		
Placenta Previa						
Parcial	0	0.0	1	1.0	1	0.7
Total	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Marginal	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Inserción Baja	0	0.0	1	1.0	1	0.7
No presentó	50	100.0	98	98.0	148	98.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Desprendimiento de placenta						
Si	0	0.0	1	1.0	1	0.7
No	50	100.0	99	99.0	149	99.3
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Acretismo Placentario						
Si	0	0.0	0	1.0	0	0.0
No	50	100.0	100	99.0	150	100.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Diábetes Gestacional						
Si	6	12.0	8	8.0	14	9.3
No	44	88.0	92	92.0	136	90.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
SÍNDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL						
Preclampsia-eclampsia	10	20.0	2	2.0	12	8.0
Hipertensión arterial crónica	0	0.0	0	0.0	0	0.0
HTA crónica con preclampsia agregada	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hipertensión gestacional	3	6.0	2	2.0	5	3.3
No presentaron	37	74.0	96	96.0	133	88.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 7: Manifestaciones Clínicas de las participantes. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	TIPO DE PACIENTE				TOTALES	
	CASO		CONTROL			
	#	%	#	%	#	%
Ruptura Prematura de Membrana						
Si	12	24.0	0	0.0	12	8.0
No	38	76.0	100	100.0	138	92.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Tiempo de evolución de RPM						
<12 Horas	9	18.0	0	0.0	9	6.0
>12 Horas	3	6.0	0	0.0	3	2.0
Sin RPM	38	76.0	100	100.0	138	92.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Tomó Medicamentos						
Si	9	18.0	2	2.0	11	7.3
No	6	12.0	0	0.0	6	4.0
Sin RPM	35	70.0	98	98.0	133	88.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Tuvo Fiebre						
Si	16	32.0	0	0.0	16	10.7
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Sin RPM	34	68.0	100	100.0	134	89.3
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Qué hacia al momento del evento						
Trabajando	4	8.0	0	0.0	4	2.7
Descansando	3	6.0	0	0.0	3	2.0
Haciendo oficios domésticos	2	4.0	0	0.0	2	1.3
Relaciones sexuales	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Espontáneo	3	6.0	0	0.0	3	2.0
Sin RPM	38	76.0	100	100.0	138	92.0

Fuente: Base de datos

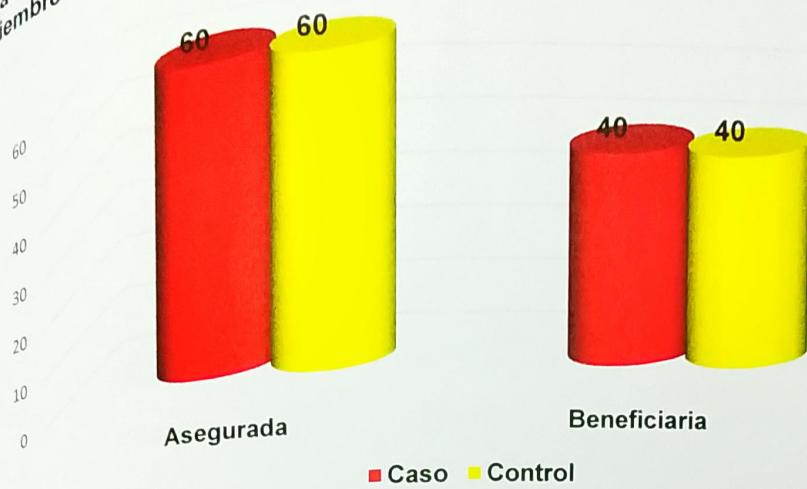
Tabla 7: Manifestaciones Clínicas de las participantes. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de enero 1 a diciembre 31, 2018

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	TIPO DE PACIENTE				TOTALES	
	CASO		CONTROL			
	#	%	#	%	#	%
Contracciones uterinas útiles						
Si	19	38.0	1	1.0	20	13.3
No	31	62.0	99	99.0	130	86.7
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Modificaciones Cervicales						
Si	27	54.0	0	1.0	27	18.0
No	23	46.0	100	99.0	123	82.0
Total	50	100.0	100	100.0	150	100.0
Borramiento del Cérvix						
0-30%	11	29.7	2	50.0	13	31.7
40-50%	11	29.7	0	0.0	11	26.8
60-70%	11	29.7	0	0.0	11	26.8
>70%	4	10.8	2	50.0	6	14.6
Total	37	100.0	4	100.0	41	100.0
Dilatación						
0	3	9.4	2	50.0	5	13.9
Entre 1-2	10	31.3	0	0.0	10	27.8
Entre 3-4	12	37.5	0	0.0	12	33.3
Entre 5-6	7	21.9	2	50.0	9	25.0
Total	32	100.0	4	100.0	36	100.0
Consistencia del cuello						
Firme	12	32.4	2	100.0	14	35.9
Mediana	13	35.1	0	0.0	13	33.3
Blanda	12	32.4	0	0.0	12	30.8
Total	37	100.0	2	100.0	39	100.0
Posición del Cuello						
Posterior	21	56.8	2	100.0	23	59.0
Mediana	14	37.8	0	0.0	14	35.9
Anterior	2	5.4	0	0.0	2	5.1
Total	37	100.0	2	100.0	39	100.0

Fuente: Base de datos

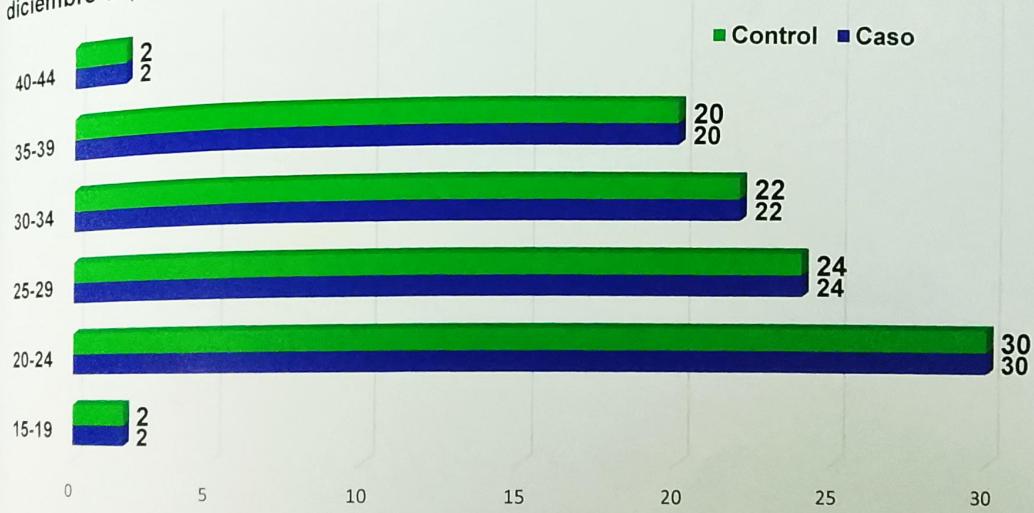
ANEXO 4: GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS

Grafico 1: Tipo de usuaria. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



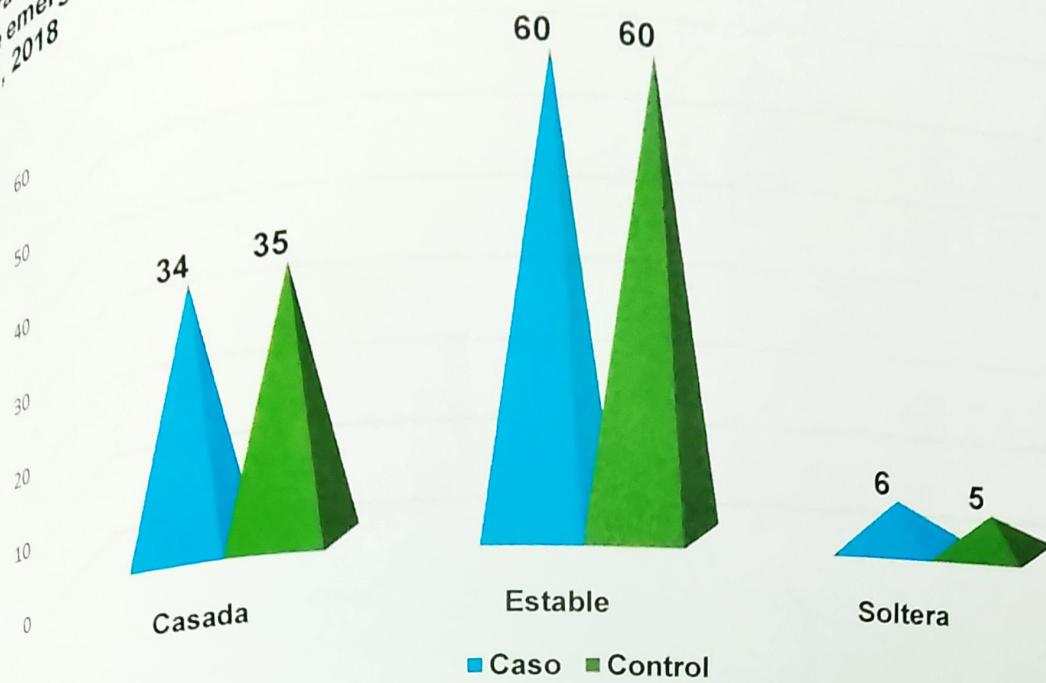
Fuente: Tabla 1

Grafico 2: Grupos etarios. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



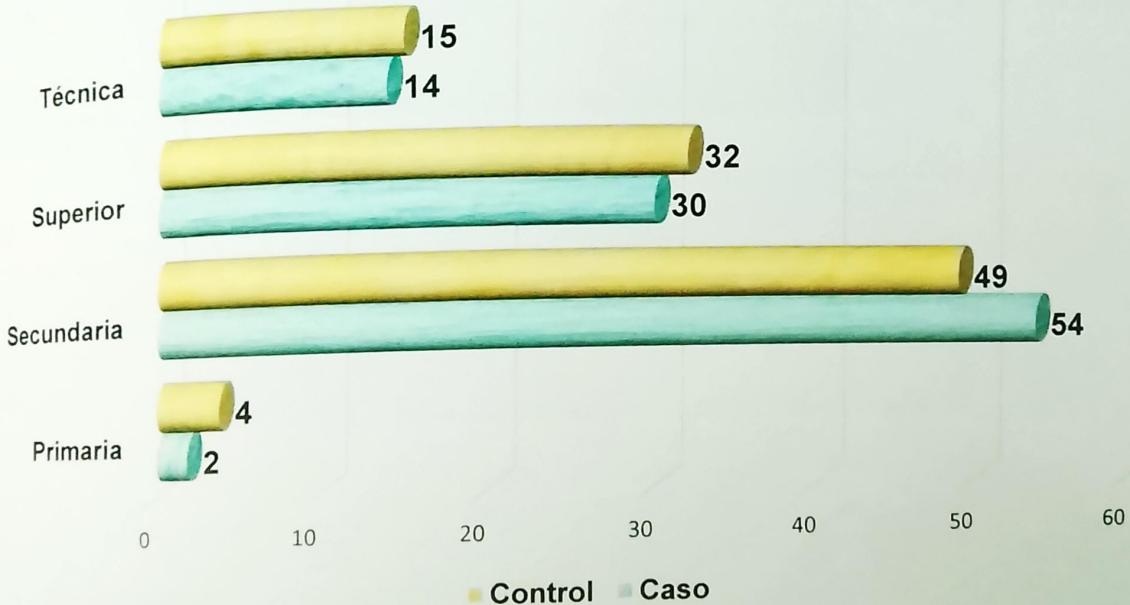
Fuente: Tabla 1

Gráfico 3: Estado Civil. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



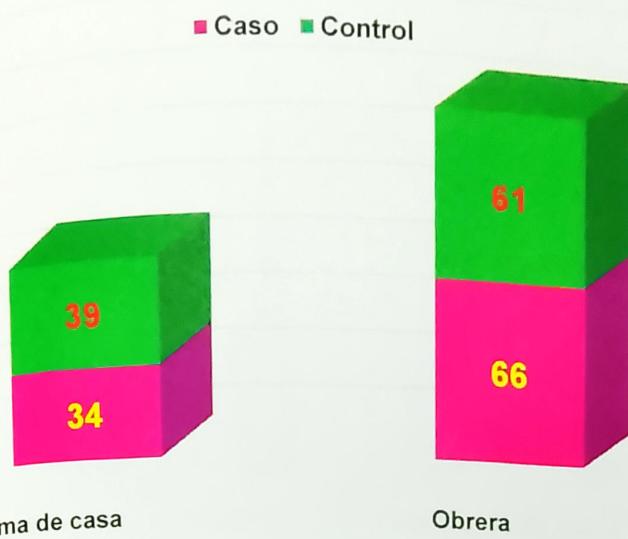
Fuente: Tabla 1

Gráfico 4: Escolaridad. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



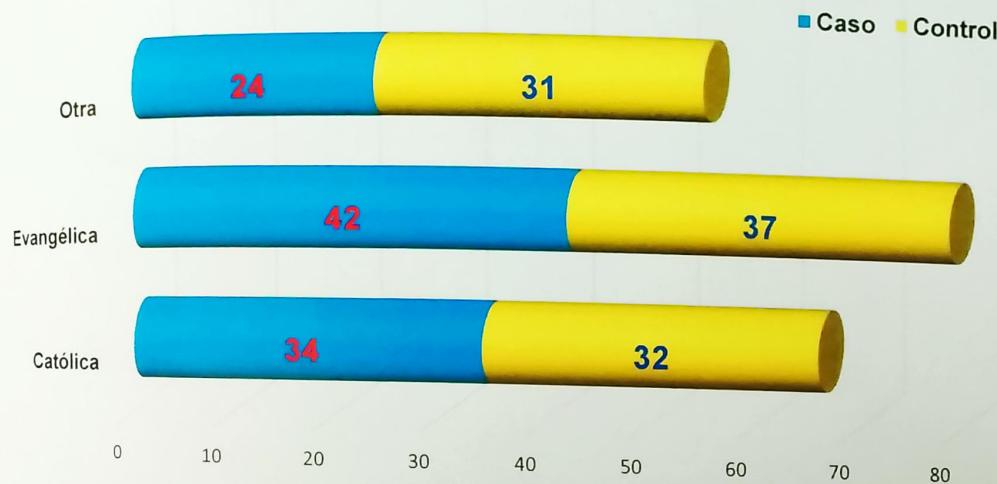
Fuente: Tabla 1

Gráfico 5: Ocupación. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



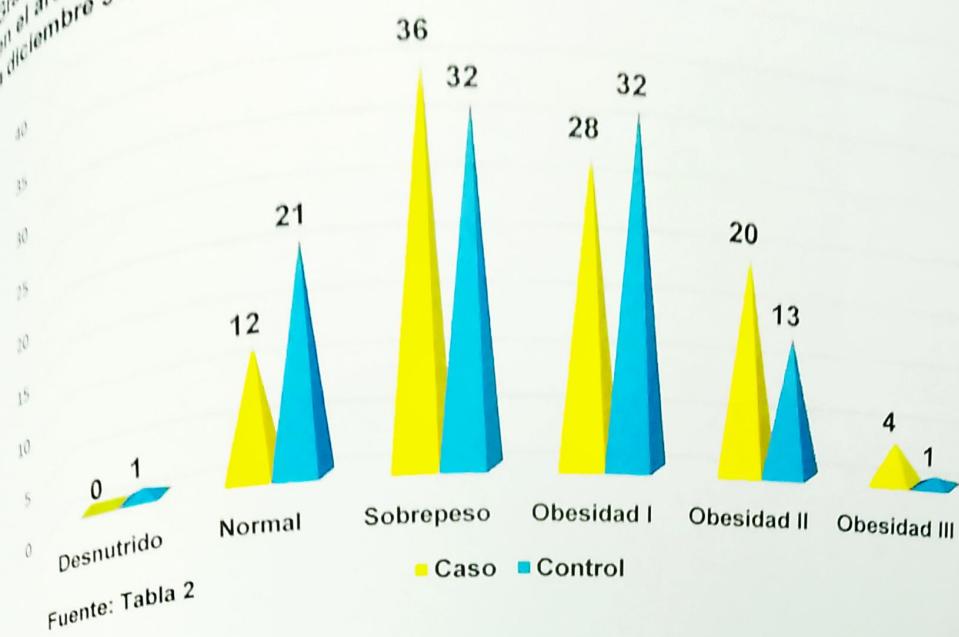
Fuente: Tabla 2

Gráfico 6: Religión. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



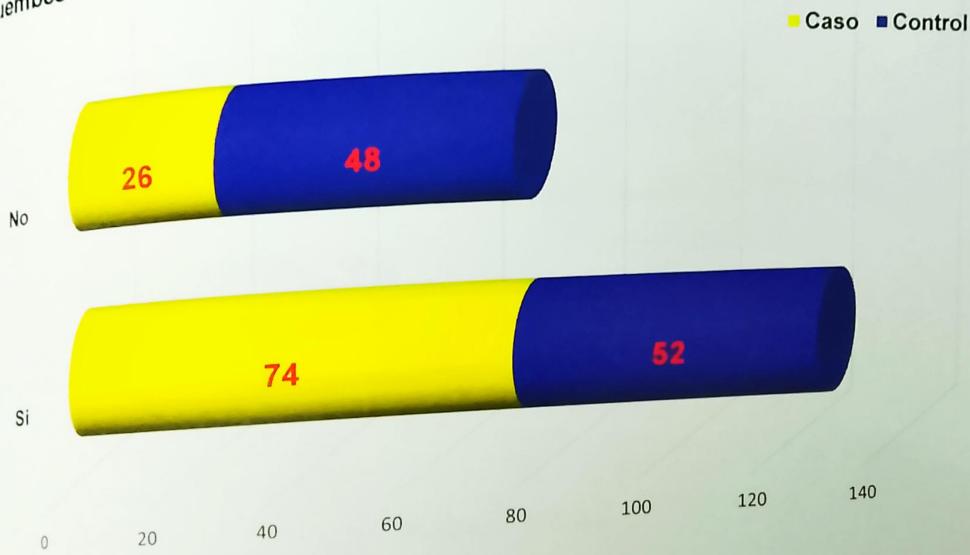
Fuente: Tabla 2

Gráfico 7: Índice de Masa Corporal. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



Fuente: Tabla 2

Gráfico 8: Antecedentes Personales Patológicos. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



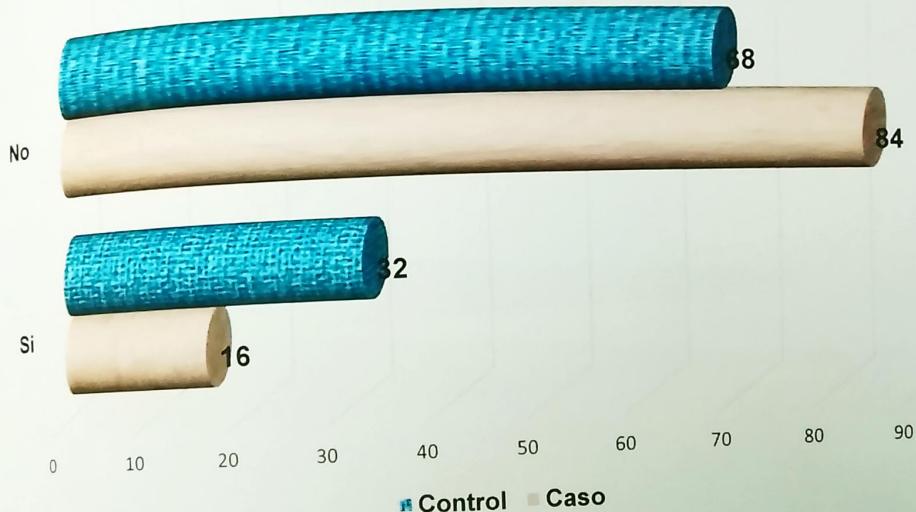
Fuente: Tabla 3

Gráfico 9: Antecedentes de Miomatosis. Factores de riesgo asociado a parto pretermino 1 a diciembre 31, 2018



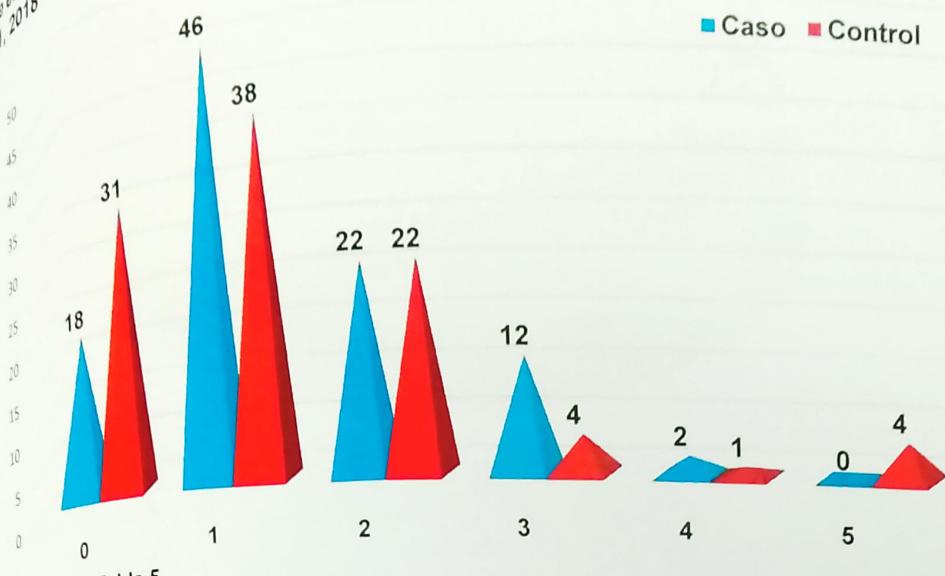
Fuente: Tabla 3

Gráfico 10: Antecedentes Personales No Patológicos. Factores de riesgo asociado a parto pretermino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



Fuente: Tabla 4

Gráfico 11: Gestaciones. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



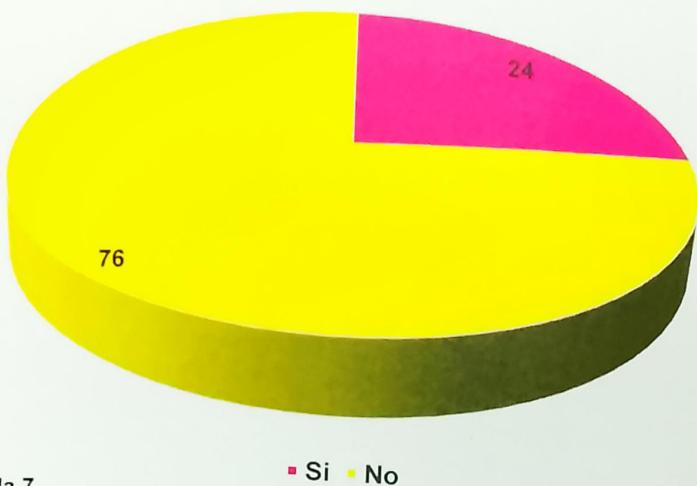
Fuente: Tabla 5

Gráfico 12: Número de CPN. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



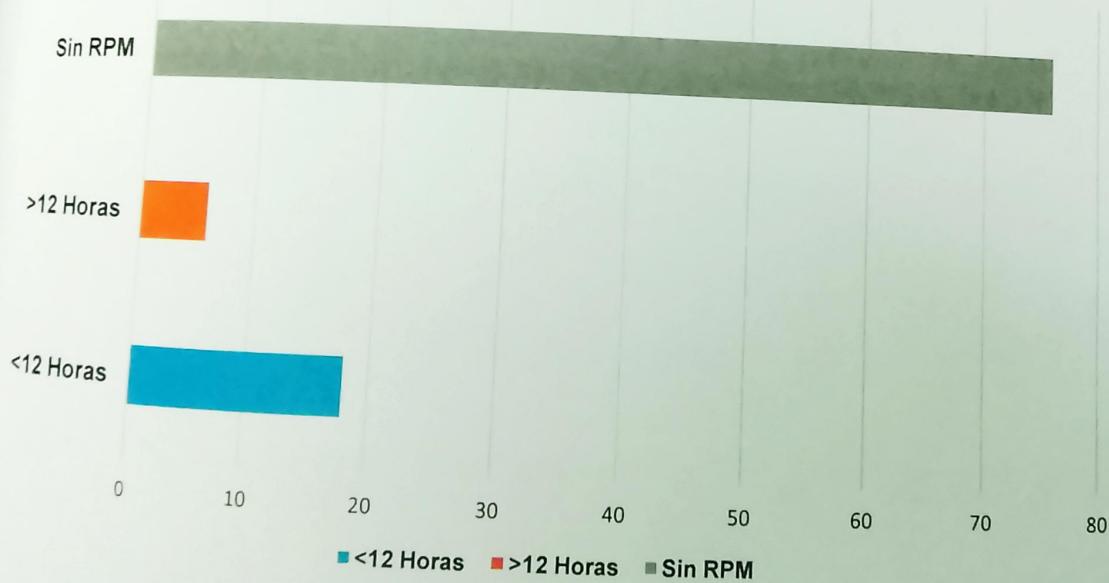
Fuente: Tabla 5

Gráfico 13: Ruptura Prematura de Membranas. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



Fuente: Tabla 7

Gráfico 14: Tiempo de Evolución de Ruptura Prematura de Membranas. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el área de emergencia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes de julio 1 a diciembre 31, 2018



Fuente: Tabla 7