

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**FACTORES DE RIESGOS
SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS Y LA
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO HOSPITAL
JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS-CHOTA,
2018.**

TESIS

Para obtener el título profesional de

OBSTETRA

Presentado por la Bachiller:

Susana Guevara Fustamante

ASESORA

Obst. Elena soledad Ugaz Burga

Cajamarca, Perú

-2018-

COPYRIGHT © 2018 by

Susana Guevara Fustamante

Todos los derechos reservados

SE DEDICA A:

Mis hijos Anderson Jair y Sneider Fabián, que son mi motor para seguir luchando para alcanzar mis sueños y metas trazadas.

Mis padres Armando y Brisaida, por ser un ejemplo de vida y mi apoyo incondicional.

Susana

SE AGRADECE A:

Dios por la oportunidad que me ha dado de poder llegar a cumplir esta meta en mi vida, por ser mi fortaleza y mi escudo en tiempos de dificultad, y sobre todo, por permitirme ver mis grandes promesas cumplidas.

Mi Alma Mater, la Universidad nacional de Cajamarca que me albergó durante toda mi formación profesional

La Obstetriz Elena Soledad Ugaz Burga, por haberse tomado el tiempo de asesorarme en mi trabajo de investigación y brindarme aportes para el mismo.

Susana

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.1.1. Antecedentes internacionales	8
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	9
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Amenaza de parto pretérmino	12
2.2.2. Factores de riesgo	15
2.3. Hipótesis	22
2.4. Variables	22
2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables.....	24
CAPITULO III	25
DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1. Diseño y tipo de estudio	25
3.2. Área de estudio y población	25
3.3. Muestra y tamaño de la muestra	26
3.4 Unidad de análisis	27
3.5. Criterios de inclusión.....	27
3.6. Consideraciones éticas.....	27
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.8. Procesamiento y análisis de datos	28
3.9. Control de calidad de datos.....	29
CAPITULO IV	30
RESULTADOS, INTERPRETACION Y ANALISIS	30

CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXO 1	54
CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
ANEXO 02	57
CONSENTIMIENTO INFORMADO	57

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota. Corresponde a un tipo de estudio descriptivo correlacional con diseño no experimental de corte transversal, se realizó en un total de 89 gestantes que acudieron a emergencias del mencionado Hospital y se obtuvo los siguientes resultados: el mayor porcentaje de mujeres perteneció al grupo etario de 20-24 años (33,7%); la mayoría tuvo como grado de instrucción secundaria completa (30,3%), el 71,9% eran amas de casa, el 83,1% fueron convivientes, el 58,4% procedentes de la zona rural, el 66,3% no presentó antecedente de aborto, 65,2% presentaron entre 4-6 atenciones prenatales, el 56,2% tuvo preeclampsia tanto leve como severa, el 74,2% no presentó rotura prematura de membranas, el 37,1% fueron multíparas, el 88,8% no tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, el 86,5% no tuvo placenta previa, el 71,9% no presentaron antecedente de parto pretérmino y la mayor parte de gestantes tenían entre 32 a < 37 semanas de gestación (85,4%). Se encontró asociación entre las variables amenaza de parto pretérmino y el antecedente de aborto ($p= 0,022$); amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia ($p= 0,050$); amenaza de parto pretérmino y placenta previa ($p= 0,004$).

Palabras claves: factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos, amenaza de parto pretérmino.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between sociodemographic and obstetric risk factors and the threat of preterm delivery in pregnant women attended at the José Hernán Soto Cadenillas-Chota Hospital. Corresponds to a type of correlational descriptive study with a non-experimental cross-sectional design, was carried out in a total of 89 pregnant women who came to the emergency room of the aforementioned Hospital and the following results were obtained: the highest percentage of women belonged to the age group of 20- 24 years (33.7%); the majority had complete secondary education (30.3%), 71.9% were housewives, 83.1% were cohabitants, 58.4% came from rural areas, 66.3% they did not have antecedents of abortion, 65.2% had between 4-6 prenatal care, 56.2% had both mild and severe preeclampsia, 74.2% had no premature rupture of membranes, 37.1% were multiparous, 88.8% did not present placental abruption, 86.5% did not have placenta previa, 71.9% did not have antepartum of preterm birth and the majority of pregnant women had between 32 to <37 weeks of gestation (85,4%). An association was found between the threatening variables of preterm delivery and the antecedent of abortion ($p = 0.022$); threat of preterm delivery and preeclampsia ($p = 0.050$); threat of preterm delivery and placenta previa ($p = 0.004$).

Keywords: relationship, risk factors, sociodemographic, obstetric, threat of preterm delivery.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino representa uno de los grandes problemas de salud perinatal a nivel mundial, suele presentar muchas veces un sintomatología imprecisa y al no ser detecta a tiempo puede llegar a desarrollarse y terminar en un parto pretérmino, los que sobreviven desarrollan un alto porcentaje de secuelas con diferentes grados de discapacidad, con un alto riesgo de daño neurológico, desordenes metabólicos enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales (1,2).

La amenaza de parto pretérmino es una complicación del embarazo muy frecuente, proceso fisiológico que está vinculado a factores sociodemográficos como; edades extremas de la vida, niveles básicos de instrucción, procedencia rural, ocupación ama casa, estado civil conviviente y a factores obstétricos como; antecedentes de aborto, atención prenatal inadecuada, preeclampsia, rotura prematura de membranas, multiparidad, antecedentes de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.

Lo anterior mencionado destaca la importancia que tiene el estudio de amenaza de parto pretérmino y sus factores de riesgo responsables del aumento de la morbimortalidad tanto materna como perinatal, por ello surgió la inquietud de realizar un estudio de investigación descriptiva con la finalidad de determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota, 2018.

Llegando a la conclusión que los factores de riesgo estadísticamente significativos asociados a la amenaza de parto pretérmino fueron el antecedente de aborto, preeclampsia y placenta previa.

La presente tesis estuvo estructurada de la siguiente manera:

CAPITULO I - conformado por el problema que comprende planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación de la investigación.

CAPÍTULO II- conformado por el marco teórico que comprende antecedentes y bases teóricas, hipótesis, variables y operacionalización de variables.

CAPITULO III- está conformado por el diseño metodológico que está constituido por diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión, consideraciones éticas, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, control de calidad de datos.

CAPITULO IV- conformado por resultados, interpretación y análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La amenaza de parto pretérmino es un problema de salud a nivel mundial, presenta una sintomatología muchas veces imprecisa y al no ser detecta a tiempo puede llegar a desarrollarse y terminar en un parto pretérmino, el mismo que es una de las principales causas de morbilidad neonatal, cuanto más corto es el tiempo de gestación más probabilidades existen de que el neonato no sobreviva o tenga alteraciones neurológicas a corto, medio y largo plazo; a corto plazo, depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas. A medio y largo plazo; parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición. Por consiguiente la sobrevivencia neonatal es dependiente de la madurez del neonato y aumenta progresivamente con la edad gestacional, por lo que cada día impacta críticamente, por ende a mayor edad gestacional disminuye el riesgo de mortalidad y complicaciones neonatales y maternas (1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que Los nacimientos prematuros suponen el 11,1% de todo en cuanto acontecen en el mundo, más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, donde el porcentaje en África del Norte y Occidental es el (9,8%), Latinoamérica y el Caribe (8,6%), países desarrollados (8,6%), Asia Central y Oriental (7,4%), Asia Sud Occidental y Oceanía (13,5%), África subsahariana (12,3%), Asia del Sur (13,3%). Los 10 países con los mayores números incluyen a Brasil, Estados Unidos, India y Nigeria, demostrando que el nacimiento prematuro es un verdadero problema global. En los países más pobres, en promedio, el 12% de los bebés nacen demasiado pronto en comparación con el 9% en los países de ingresos más altos (3).

En España según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014), hubo un 6,4% de partos pretérmino lo que supone que en los últimos 18 años han tenido un incremento del 7,4% (2).

La mayoría de los países latinoamericanos se sitúan por debajo del 10%, con excepción de Costa Rica (13,6%), El Salvador (12,8%), Honduras (12,2%), República Dominicana (10,8%) y Uruguay (10,1%). Nicaragua tiene un índice del 9,3% y con menor porcentaje está Brasil (9,2%), Bolivia (9%), Colombia (8,8%), Panamá y Venezuela (8,1%), Argentina (8%), Paraguay (7,8%), Guatemala (7,7%), Perú y México (7,3%), Chile (7,1%), Cuba (6,4%) y Ecuador (5,1%) (4).

En el Perú, según la Oficina General de Estadística e Informática, del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) durante el 2015 se produjeron 6,5% nacimientos pretérminos. De los 27.001 nacidos vivos durante el 2015, con una edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación). El mayor porcentaje de recién nacidos pretérmino se encuentra dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8%), es decir que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación. Al analizar la prematuridad en las regiones, se observa que, el mayor porcentaje de prematuros se encuentran entre aquellos que nacen entre las 32 y 36 semanas de gestación, es decir que son viables. Más del 83% de los prematuros, en todas las regiones, nacen con 32 a más semanas de gestación. Por otro lado, las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos (5).

Además, el periodo más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata es el perinatal, más importante aún en los prematuros quienes por presentar los índices más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo. La inmadurez del aparato respiratorio y del sistema nervioso central domina la morbimortalidad y el pronóstico del prematuro; sin embargo, todos los aparatos son vulnerables siendo el mayor riesgo a menor edad gestacional. El nacimiento prematuro, está asociado a un riesgo considerable de enfermedad e incluso muerte del recién nacido (6).

A pesar de los notables avances realizados en el campo de la obstetricia y en materia de cuidados neonatales, que han contribuido a aumentar el índice de supervivencia de los recién nacidos prematuros, el riesgo de experimentar problemas de salud

todavía es muy superior al de los recién nacidos a término y los índices de mortalidad perinatal de numerosos países se han mantenido relativamente constantes durante décadas. La probabilidad de morir durante la primera semana de vida de los bebés nacidos tan sólo unas semanas antes es seis veces superior a la de los bebés nacidos a término, y la probabilidad de que mueran antes de cumplir el año es tres veces superior. Estos riesgos aumentan a medida que desciende la edad gestacional. El impacto emocional que experimentan las familias que se enfrentan a este problema es enorme, en muchos casos el recién nacido es ingresado en un hospital alejado del domicilio familiar y padres hermanos manifiestan una ansiedad enorme, provocada por la incertidumbre sobre la supervivencia y la total recuperación del bebé. Las complicaciones médicas asociadas a la prematuridad también presagian discapacidades educacionales y ocupacionales futuras, incluso más allá de la infancia tardía (7).

En Chota, la situación no es diferente sino que por el contrario en la práctica cotidiana a menudo llegan gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, algunas de ellas terminan en parto pretérmino, trayendo como consecuencia morbimortalidad neonatal y materna, donde muchos de los neonatos sobrevivientes enfrentarán una vida de discapacidad, además de generar problemas psicológicos en las madres y altos gastos económicos para sus familias afectando su calidad de vida tanto del niño como de la madre y de la sociedad. Desde esta perspectiva y ante la ausencia de trabajos de investigación de esta naturaleza, en la provincia, es que se pretendió la realización del presente estudio, con el objetivo de determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino, en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenilla, 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo sociodemográficos de la amenaza de parto pretérmino en gestantes del estudio.
- Identificar los factores de riesgo obstétricos de la amenaza de parto pretérmino en gestantes del estudio.
- Establecer la relación entre factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes del estudio.

1.4. Justificación de la investigación

Ningún problema de salud afecta con mayor gravedad que el nacimiento prematuro, ya que amenaza a todas las razas y grupos étnicos, particularmente a la mayoría de la gente pobre en los países no desarrollados, manteniéndose a su vez como problemática para los profesionales de la salud, por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y atención a los recién nacidos pretérmino, al igual que el pronóstico de la muestra. La medicina ha tenido significativos avances con un gran impacto en la práctica diaria, sin embargo a pesar de las grandes contribuciones a la obstetricia, neonatología y pediatría y al conocimiento de los procesos reproductivos, la amenaza de parto pretérmino continua siendo uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes de la obstetricia moderna por lo que esta patología se asocia directamente con mortalidad perinatal morbilidad neonatal severa y con discapacidad infantil moderada a severa (8).

De otra parte la amenaza de parto pretérmino puede ser una condición para que el parto no sea un acontecimiento alegre sino que constituya el inicio de un camino de

incertidumbre, donde las limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales o de otro tipo pueden estar presentes en los recién nacidos prematuros condicionándolos a enfrentar un vida de discapacidad, por lo que se considera una circunstancia que quita la oportunidad de desarrollo, de crecimiento, de completar la educación, de tener mejores oportunidades para el trabajo y mejores condiciones de vida, y determina un riesgo importante para su descendencia, no escapa a este conflicto la comunidad que de alguna manera resulta comprometida en el desenlace de este dramático acontecer, de allí la importancia de realizar el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas; cuyos resultados permitirán de una parte, brindar un aporte teórico al tema de la amenaza de parto pretérmino, y de otro, considerar el involucramiento del personal de salud quien está a cargo, como una unidad clave de bienestar del binomio madre e hijo y por consiguiente de toda su familia, ello será posible a través de acciones por parte de estos profesionales de la salud como, brindando una atención prenatal reenfocada a cada una de las gestantes que tengan a cargo, esto implica que tanto obstetras, ginecólogos y todo el personal de salud tiene la responsabilidad de que cada gestante cumpla con todos los paquetes de atención prenatal, y de esta manera poder identificar aquellos factores de riesgo antes de que puedan llegar a causar morbimortalidad tanto para la madre como para el niño. Los beneficiados serán, la madre quien podrá gozar de un embarazo con menos probabilidades de presentar complicaciones y una maternidad saludable y el niño que probablemente nacerá con menos problemas de salud; pero además también la familia y la sociedad podrá contar con madres y recién nacidos más sanos tanto biológica y psicológicamente, y de esta manera se constituirán en mejores indicadores de salud para el país.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Genes, V. (Paraguay, 2012) en su estudio planteó como objetivo, identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tanto espontáneo como inducido, encontrando los siguientes resultados, el 54,9% del grupo de gestantes no contaba con controles prenatales satisfactorios (es decir más de cinco atenciones prenatales), en cuanto a la escolaridad solo una del mismo grupo no tenía estudios mientras que el 61,2% refería estudios secundarios, el 10,4% de las gestantes con parto pretérmino presentó longitud cervical acortada (OR: 9,93 IC: 95% 2,17-62,98), tanto el antecedente de parto pretérmino como el embarazo múltiple se asociaron al parto pretérmino con un 7,5% y 8% respectivamente, el 16,7% tuvo preeclampsia (9).

Olaya, R. (Ecuador, 2013) realizó un estudio donde formuló dentro de sus objetivos, determinar los factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en embarazadas adolescentes primigestas, reportando los siguientes resultados, el 6% tenía entre 14 y 15 años, el 21% oscilaba entre 16-17 años, el 73% entre 18-19 años, el 6% no presentaba ninguna atención prenatal durante su embarazo, el 12% refería 3 atenciones prenatales, el 17% tenía entre 4 y 5 atenciones prenatales y el 65% presentó más de 6 atenciones prenatales, el 10% tenía procedencia rural, el 73% provenía de la zona urbana y el 17% de los casos eran de las zonas urbano-marginales, el 2% presentó instrucción primaria, el 93% contó con instrucción secundaria, instrucción superior con un 5%, anemia un 23%, infecciones de las vías urinarias con un 61%, preeclampsia el 42%, diabetes gestacional el 13%, placenta previa el 5%, trastornos de líquido amniótico el 38% y malformaciones fetales el 1%, en relación a la edad gestacional de las pacientes el 13% cursaban entre las 28-32 semanas, el 62% presentaron entre las 33-34 semanas, el 26% tuvo entre las 35-36 semanas de gestación (10).

Rodríguez, S. y cols. (México, 2013) en su estudio formularon como objetivo principal conocer los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos y cómo influyen en la prematurez de los recién nacidos, encontrando como resultados que, las madres fueron mayores de 35 años con un (14,6%), placenta previa el (9,3%) e infección de vías urinarias con un (46%) (11).

Guevara, W. (Ecuador, 2015) el objetivo principal de su estudio fue determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino, determinando que el 52,60% presentaba menos de tres controles prenatales, el 41,68% presentó más de tres controles prenatales y el 5,72% no tenía ningún control prenatal, el 40,62% presentó nivel de educación secundario, el 23,95% acabó la primaria, el 23,43% contaba con estudios superiores y tan solo el 11,97 % eran analfabetas, el 62,5% del total de gestantes fueron nulíparas y el 37,50% eran multíparas, el 27,60% mostró antecedente de parto pretérmino y el 72,40% no lo presentó, el 32,81% procedían de las zonas urbanas y el 69,87% tenía residencia en la zona rural, además también encontró en su estudio que el 66,54% no presentaban antecedente de aborto, el 28,12% presentó un aborto previo, el 8,34% tuvo dos a tres abortos, el 60% tenía infección de las vías urinarias, el 20 % presentaron diabetes, el 44,79% tuvo preeclampsia, el 10,41 % mostró Diabetes Gestacional, el 4,68% presentó placenta previa, el 36,48 % poseía trastornos del Líquido Amniótico, el 2,08 % presentaban malformaciones fetales, el 48,96% cursaban entre las 32-34 semanas, el 32,29% tuvo entre las 35-36 semanas y el 18,75% presentaron entre 28-32 semanas de gestación (12).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Taboada, R. (Iquitos-Perú, 2013) en su estudio formuló como objetivo, identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de Enero a diciembre 2013. Llegando a identificar los siguientes factores de riesgo, el 49,3% de ellas tenía edades entre 19 a 35 años, el 45,3% procedían de las zonas urbanas marginales, el 72,0% eran convivientes, el 49,3% contó con grado de instrucción secundaria, el 81,3% consumía café, el 57,3% no presentó enfermedades previas, el 58,7% tuvo gestaciones previas (multigesta), con respecto a los antecedentes de aborto el 60,0% del grupo de gestantes no mostró antecedentes de aborto, el 65,3% presentó obesidad tipo I, el 53,3% contó con atención prenatal controlada, el 40,0% de las gestantes ostentó anemia y el 46,7% refirió infección del tracto urinario, y con menor porcentaje estuvo

la preeclampsia en el 9,3%, el 97,3% no presentaron desprendimiento prematuro de placenta, el 2,7% si presento esta patología, así mismo el 80,0% de la gestantes presentó hemorragia del 2° trimestre y el 36% tenía rotura prematura de membranas, y el 81,3% ostentaba embarazo único (6).

Cruz, M. (Perú, 2014) realizó un estudio en el Hospital Santa Rosa en el 2014 planteándose como objetivo principal estudiar los factores de riesgo maternos preconcepcionales y gestacionales. Reportando lo siguiente: con respecto a factores preconcepcionales, la edad materna oscilaba entre el rango de 20 a 35 años en el 72,5%, el 65% de los casos presentaba nivel socio económico bajo, el 15% era de raza negra, el 10% de los casos tenía antecedente de amenaza de parto pretérmino, el 65% tuvo antecedente de parto pretérmino, el 30% presentó antecedente de aborto y el 50% presentaba infección del tracto urinario, y el 20% mostró antecedente de alcoholismo, con respecto a los factores gestacionales reportó que el 50% contaba con atenciones prenatales, el 45% tuvo infección de las vías urinarias, el 15% presentó bacteriuria asintomática, el 50% exhibía vaginosis bacteriana, el 10% tenía anemia (13).

Sánchez, K. (Trujillo-Perú, 2014) realizó un estudio en el Hospital Belén Trujillo durante el 2012 al 2014 donde su objetivo principal fue determinar si el control prenatal inadecuado, antecedente de parto pretérmino, periodo intergenésico corto, infecciones del tracto urinario durante el embarazo, rotura prematura de membranas y preeclampsia son factores de riesgo asociados a parto pretérmino, identificando que el 41,4% de las gestantes no tuvo atención prenatal adecuada, el 7,4% tenía antecedente de parto pretérmino, el 9,8% presentó periodo intergenésico corto, el 9,0% presentaba infección del tracto urinario, mientras el 34,4% tuvo rotura prematura de membranas y el 27% mostró preeclampsia (14).

Saavedra, H. (Iquitos-Perú, 2014) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a prematuridad en el Hospital II-1 Yurimaguas-Loreto, entre julio a diciembre 2014, determinando que la edad de las madres estuvo entre 20 a 34 años de edad con el 74,5%, procedían de la zona Urbano Marginal el 43,6% y de la zona Urbana con el 40,0%, el estado civil de estas madres fue convivientes en el 76,4% y presentaban nivel de instrucción secundaria el 78,2%, con respecto a los factores obstétricos el 7,3% tenía antecedente de prematuridad, el 49,1% eran primíparas y el 61,8% contó con menos de 6 controles prenatales, también reporta que el 61,8% de las madres con recién nacidos prematuros presentó morbilidad durante el embarazo, las principales morbilidades fueron anemia con el 38,2%, infección de la vías urinarias

en el 21,8%, hipertensión inducida del embarazo con el 14,5%; de las cuales el 66,7% de las madres tuvo recién nacidos prematuros, y preeclampsia en el 9,1%; el 71,4% de las madres con preeclampsia presentó recién nacidos prematuros, mientras que las madres con anemia, infección urinaria y malaria estadísticamente no se relacionaron con la presencia de prematuridad (15).

García, B. (Perú, 2015) el objetivo de su estudio fue determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del 2015, reportando como resultados lo siguiente, la edad de las madres osciló entre los 20 a 35 años de edad en el 50%, el 73,3% no presentó ningún antecedente de aborto, mientras que el 23,3% reportó antecedente de un aborto y el 3,3% tuvo dos abortos; del 23,3% de casos que presentaba un antecedente de aborto el 62,50% tuvo aborto espontáneo y el 75% había tenido aborto precoz (16).

Orbegoso, Z. (Perú, 2015) el objetivo principal de su estudio fue determinar la asociación entre infección del tracto urinario y el desarrollo de la amenaza de parto pretérmino; encontró que el 39% de las gestantes estuvo expuesta a infección del tracto urinario, interpretando que las pacientes que tienen infección del tracto urinario tiene 6,303 veces más riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino, en comparación con las pacientes que no han presentado infección del tracto urinario, las gestantes con edad adecuada presentaron infección del tracto urinario con el 59%, seguida de las adolescentes con el 29%, y las añosas con el 12%, el grupo etario en el que más se presentó amenaza de parto pretérmino fue en la edad adecuada 26%, seguida de las adolescentes 16% y añosas el 8%, el 78% presentó sobrepeso, seguido de las eutróficas en el 22%, dentro de las cuales encontró que el IMC en el que más se presentó amenaza de parto pretérmino eran las gestantes con sobre peso en un 37%, seguida de gestantes eutróficas con 13% (17).

Carnero, Y. (Perú, 2016) en su estudio realizado tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en el periodo enero – junio del 2015, encontró que el 56,7% del grupo de gestantes presentaron antecedente de un parto pretérmino, a diferencia del grupo control que solo el 13,3% presentó un parto pretérmino previo. El 58% tuvo infecciones de las vías urinarias altamente significativo. Mientras que el 62,7% de las gestantes reportaron anemia previa al parto. La edad materna no tuvo significancia estadística, tanto en el grupo de casos como en el de control el mayor

porcentaje estuvo dentro del rango de 15 a 35 años con un 89,3% y 87% respectivamente (18).

Valencia, J. (Perú, 2016) el objetivo principal de su estudio fue determinar los factores relacionados al parto pretérmino en pacientes adolescentes gestantes del Hospital materno infantil el Carmen de Huancayo; reportando lo siguiente: el grupo etario más representativo estaba comprendido entre los 15 a 19 años con un 97,78%, el 62,2% presentó estado civil conviviente, seguido de soltera con el 24,44%, y solo el 13,33% fueron casadas, el 66,6% cursaron la secundaria, el 26,67% la primaria, el 4,44% tenían estudios superiores, y el 2,22% no contaron con estudios, el 71,1% fueron amas de casa, el 20% eran estudiantes y un 8,9% se dedicaban al comercio, el 97,78% no presentaron desprendimiento prematuro de placenta (19).

Alarcón, J. (Perú, 2017) en su investigación realizada planteó como principal objetivo determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé; quien reportó que el grado de instrucción más frecuente fue secundaria con el 83,3%, el 53,7% tuvo estado civil conviviente, el 77,8% tenían como ocupación ama de casa, el 31,5% de las gestantes presentaron rotura prematura de membranas (20).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Amenaza de parto pretérmino

2.2.1.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud define a la amenaza de parto pretérmino como la presencia de contracciones uterinas de suficiente frecuencia e intensidad acompañado de un incremento de dilatación cervical antes del término del embarazo (17).

La amenaza de parto pretérmino se caracteriza por la presencia de dinámica uterina regular con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos de 30 segundos de duración asociada a modificaciones cervicales, borramiento del cérvix de 50 % o menos y una dilatación igual o menor a 2 cm desde las 22 semanas hasta las 36 semanas y 6 días de gestación, no obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de los

casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo (20 – 30%) (21).

Debemos diferenciar la amenaza de parto pretérmino con el trabajo de parto pretérmino, en el cual existe una dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto pretérmino, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50 % y una dilatación de 2 cm a más (17).

2.2.1.2. Etiología de la amenaza de parto pretérmino

Son muchos los estudios que han intentado establecer las causas de la amenaza de parto pretérmino. La hiperdistensión uterina, el aumento de receptores de oxitocina hacia el final de la gestación, el metabolismo del calcio y la presencia de mediadores celulares como las prostaglandinas y las citosinas, son algunos de los mecanismos fisiológicos que se han relacionado con el inicio del parto prematuro. En general, se acepta la multicausalidad como origen del proceso (22).

Se conoce que la amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. Sin embargo, tradicionalmente sus posibles causas se han seleccionado en tres grandes grupos:

- Iatrogénico: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.
- Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)
- Idiopático: sin causa aparente o conocida.

Recientemente, según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pretérminos secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal materno o fetal.
- b) Inflamación decidua y amniocoriónica.
- c) Hemorragia decidua.
- d) Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.

Los procesos mencionados generalmente ocurren simultáneamente, sin embargo, cada uno tiene una característica única bioquímica. Estos procesos convergen en una vía final común en donde se produce liberación de mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua. Por consiguiente, se produce el inicio de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin RPM, y finalmente se desencadena el parto prematuro (1).

2.2.1.3. Fisiopatología del trabajo de parto pretérmino

Se trata de una enfermedad multifactorial con diferentes mecanismos fisiopatológicos. La heterogeneidad de las vías fisiopatológicas comprende diversas interacciones bioquímicas. La activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal materno, la inflamación, la hemorragia decidual y la distensión patológica del miometrio tienen como final común el inicio del parto. Aún no está claro cómo se inician y cómo interactúan estos mecanismos, pero es posible que uno solo de ellos no sea suficiente para desencadenar un parto pretérmino (PP) al parecer una respuesta genética individual del paciente explicaría la variación de resultados obstétricos entre grupos raciales.

La fisiopatología del trabajo de parto pretérmino comparte una vía común caracterizada por la activación de mediadores de inflamación. Las citoquinas son conocidas como potentes mediadores de la inflamación. Los estudios han demostrado su producción en la placenta, amnios, corion y decidua, donde predominan la IL-1, FNT-a, IL-6, IL-8, MIP-1a. Se conoce que la IL-1B es un potente activador del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) causando liberación de hormona liberadora de corticotropina (CRH) a nivel hipotalámico el cual desencadena la producción de hormona adrenocorticotropa (ACTH) hipofisario y finalmente producción de cortisol suprarrenal como mecanismo normal en respuesta a un estímulo inflamatorio o infeccioso. La activación de HHA por stress materno o fetal lleva al incremento de la expresión de CRH y estrógenos placentarios. La CRH aumenta la producción de prostaglandinas en la placenta, las membranas fetales los tejidos gestacionales, mientras los estrógenos activan el miometrio al unirse a receptores, causando que el AMPc y el calcio libre intracelular se incrementen y produzcan contracciones uterinas. Las infecciones ascendentes del tracto genital llevan a la activación de citoquinas, principalmente IL-1 y FNT-1 los cuales aumentan la producción de uterotoninas (prostaglandinas, endotelinas y leucotrienos) y proteasas (metaloproteinasas, colagenasas y plasmina) en miometrio, decidua, amnios, corion y cérvix. Los efectos

que llevan al desarrollo de trabajo de parto son amplificados por IL-6 que aumenta la producción de PG y por IL-8, un factor quimiotáctico y activador de granulocitos el cual causa la liberación de elastasas y colagenasas.

La IL-1B, FNT-a y IL-6 estimulan la producción de PG E2 en el amnios, corion y decidua estimulando la actividad uterina. Otro mecanismo es la hemorragia decidual la cual lleva a la generación de trombina a nivel local, uniéndose a los receptores celulares en la decidua para aumentar las proteasas locales y PG. Las situaciones que causan distensión patológica del útero (gestación múltiple, hidramnios y anomalías uterinas) producen distensión de las membranas, el miometrio o ambos, llevando a activación miometrial y producción de citoquinas en las membranas. La vía final común de estos mecanismos es el aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua que llevan a la rotura de las primeras, cambios cervicales y contracciones uterinas progresivas (23).

2.2.2. Factores de riesgo

2.2.2.1. Definición

Es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Queda implícita la idea de que la posibilidad de consecuencias adversas aumenta con la presencia de más características o factores determinantes de esas consecuencias. Se habla del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte que pueden ser evitados o reducidos si se emprende acciones antes que ocurra. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permiten acciones preventivas, eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia (6).

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y la posibilidad de prevenirlos. El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que no presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo

individual. El conocimiento de riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en Cuenta no solo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. Independientemente de la importancia porcentual que pueda corresponder a cada uno de los factores que intervienen en el parto pretérmino, la idea que parece gozar de mayor solidez es la de que no existe una sino varias entidades clínicas que se engloban en el concepto genérico que denominamos parto pretérmino (6).

Lograr la identificación de factores de riesgo para nacimientos pretérmino, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, conduciría a realizar intervenciones que podrían ayudar a prevenir un parto pretérmino. No obstante, realizar esta identificación temprana es difícil debido a que un número importante de nacimientos pretérminos ocurre en mujeres que no tienen factores de riesgo (1).

2.2.2.2 Factores de Riesgo de la Amenaza de Parto Pretérmino.

A. Factores de riesgo predisponentes

Aquellos que pueden explicarnos la aparición del parto pretérmino, y si bien no siempre se observan durante el embarazo, son causas de éste (24).

A.1. Factores de riesgo sociodemográficos

Características sociales de la población, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud (6).

a. Edad Materna.

Es el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento al día de realizado el estudio (24).

Es uno de los factores asociados a la prematuridad con mayor incidencia entre las menores de 20 años y mayores de 34 años. La edad materna es una variable preponderante en el análisis epidemiológico del nacimiento prematuro. Los estudios muestran que en las edades extremas de la vida materna hay riesgo de un nacimiento prematuro que genera una elevada tasa de morbilidad neonatal (25).

b. Procedencia:

Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, el concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

En algunos estudios el lugar de procedencia, insinuó como factor predictivo para la ocurrencia de parto pretérmino (17).

c. Estado Civil:

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado al parto pretérmino (6).

d. Grado de Instrucción:

Escolaridad que haya logrado obtener una determinada persona con una ubicación geográfica establecida. El bajo nivel cultural, así como también el bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo, aunque éstos son dependientes el uno del otro (6).

e. Ocupación:

Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en esta) de una persona, independientemente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas. (6)

A.2. Factores de riesgo obstétricos

Son aquellos en que la madre, el feto o el recién nacido están o estarán expuestos a mayores peligros para la vida que en un embarazo normal (7).

A.2.1. Factores de riesgo gestacionales

a. Paridad:

Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 22 o con un producto de peso mayor de 500g (7).

b. Antecedente de parto pretérmino:

Es definido medicamente como el parto ocurrido antes de las 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas de gestación, contadas desde el primer día de la última menstruación independientemente del peso al nacer (7).

c. Antecedente de aborto:

La OMS define al aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Con una edad gestacional menor de 22 semanas o con un peso de 500g (26).

d. Control Prenatal:

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la gestante con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza (26).

A.2.2. Factores Hipertensivos de la gestación

a. Preeclampsia:

Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de la semana 20 de gestación (27).

a.1. Preeclampsia leve:

Presencia de presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg, proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de ácido sulfosalicílico) (27).

a.2. Preeclampsia severa:

Presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

Cefalea, escotomas, reflejos aumentados, presión arterial mayor o igual a 160/110mmHg, proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico), compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastornos de la coagulación, ascitis (27).

b. Eclampsia:

Crisis de convulsiones generalizadas que sobrevienen bruscamente a un estado de preeclampsia (27).

A.2.3. Factores Útero placentarios:

a. Hemorragia del 2ºy 3º trimestre (Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa)

Sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto.

a.1. Placenta previa:

Implantación anormal de la placenta por carencia de superficie inadecuada en el fondo uterino (27).

a.2. Desprendimiento prematuro de la placenta:

Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio inter veloso, rotura, hematoma y desprendimiento placentario (27).

La metrorragia de la segunda y tercera mitad del embarazo, sea por desprendimiento de placenta prematura o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo o tercer trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino. El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es una patología obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo (6).

b. Rotura prematura de membrana:

La rotura prematura de las membranas corioamnióticas se da después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.

Es una causa importante de prematuridad el 25-30% de estas terminan en parto pretérmino. La ruptura prematura de membranas es la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. Cuando esto se produce por debajo de las 37 semanas de gestación hablamos de rotura prematura de membranas pretérmino (12).

Algunos estudios sugieren que la patogenia de la rotura antes del término se relaciona con aumento de la apoptosis de los componentes celulares con las membranas, y con concentraciones altas de proteasas específicas en las membranas y el líquido amniótico. Los cultivos bacterianos de líquido amniótico respaldan la participación de la infección en un porcentaje significativo, confirmando la incidencia de rotura prematura de membranas inducida por infecciones (17).

2.2.3. Diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino

La amenaza de parto pretérmino es una de las principales causas de hospitalización prenatal, aunque sólo un porcentaje pequeño de las mujeres con una amenaza de parto pretérmino tienen un parto pretérmino. Por ello es necesario distinguir entre aquellas gestantes que presentan dinámica uterina asociada a modificaciones cervicales y que tienen, por tanto, un alto riesgo de terminar en un parto pretérmino, de las que presentan un falso trabajo de parto prematuro (28).

Para realizar el diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino es preciso constatar la aparición de los siguientes parámetros entre la semana 22 hasta las 36 semanas y 6 días de edad gestacional e independientemente de la integridad o no de las membranas ovulares (1).

a. Contracciones uterinas:

Debe tenerse en cuenta la posibilidad de parto pretérmino en todas las mujeres que presenten síntomas de hiperactividad uterina, al menos 4 contracciones en 20 minutos, u 8 contracciones en 60 minutos, antes de la semana 37 de gestación, las cuales se pueden manifestar como contracciones dolorosas o indoloras, presión pélvica, dolor lumbar, sangrado vaginal, entre otras. Sin embargo, los signos y

síntomas son poco específicos, ya que es normal que las gestantes presenten contracciones durante su embarazo, y estas al ser indoloras, pueden confundirse con las de Braxton Hicks, diferenciándose únicamente por su persistencia (1).

b. Pruebas diagnosticas

➤ Ecografía transvaginal y longitud cervical

Se realizará entre la semana 20 y 34 de gestación, si es posible como complemento del examen cervical, si la contractibilidad no es franca o las modificaciones cervicales son dudosas. Una longitud cervical < de 25mm se asocia con un riesgo relativo de parto prematuro de 4,8. El mayor valor predictivo positivo se obtiene con una longitud cervical inferior a 18 mm y el mejor valor predictivo negativo con una longitud superior a 30 mm. Por lo tanto, una longitud cervical de 25mm en presencia de contracciones con las características mencionadas anteriormente es diagnóstico de amenaza de parto pretérmino. Si la longitud cervical es mayor, la probabilidad de presentarse esta patología es muy baja independientemente de la frecuencia de contracciones (1).

➤ Test de fibronectina

Se realizará entre las semanas 24-34 de edad gestacional en pacientes con riesgo de parto pretérmino. La fibronectina es una proteína extracelular que se encuentra en las membranas, decidua y líquido amniótico, con una función adhesiva entre el feto en desarrollo y la superficie interna del útero (interface coriodecidual). Tras la implantación del saco gestacional aparece fibronectina en las secreciones cervicovaginales. Puede encontrarse normalmente en ellas antes de la semana 20-22 de edad gestacional y al final del embarazo. Su presencia entre las semanas 24 y 34 es poco frecuente, y puede indicar separación de las membranas fetales de la decidua. Un valor mayor a 50 ng/ml representa un riesgo incrementado de amenaza de parto pretérmino (1).

Ambas pruebas tienen un alto valor predictivo negativo, de ahí su importancia, por lo tanto, el uso único o de ambas permite determinar cuáles pacientes necesitarán ser hospitalizadas y recibir tratamiento tocolítico (1).

2.2.4. Diagnóstico diferencial

- Falso trabajo de parto.
- Embarazo a término con error en la edad gestacional.
- Retardo en el crecimiento intrauterino (12).

2.2.5. Exámenes auxiliares

- Hemograma completo, GS Y F Rh
- Sedimento urinario – urocultivo
- PCR
- VDRL
- Glicemia
- Fibronectina fetal en secreción vaginal
- Gram vaginal para descartar vaginosis y gérmenes anormales en vagina
- Registro cardiotocográfico
- Ecografía obstétrica: determinar edad gestacional por PBF. I.L.A.
- Ecografía transvaginal con fines pronósticos
- Ecografía Doppler para la valoración del flujo útero-placentario y fetal (29,30).

2.3. Hipótesis

Existe relación significativa entre factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino, en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2018.

2.4. Variables

2.4.1. Variables independientes

a. Factores de riesgo sociodemográficos:

- Edad.
- Lugar de procedencia
- Grado de instrucción
- Ocupación

- Estado civil
- Religión

b. Factores de riesgo obstétricos

- Antecedente de parto pretérmino
- Paridad
- Antecedente de aborto
- Preeclampsia leve y severa
- Eclampsia
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Rotura prematura de membranas

2.4.2. Variable dependiente

Amenaza de parto pretérmino

2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	ESCALA
Variable independiente: ➤ Factores de riesgo sociodemográficos	Factores sociodemográficos: Son todas las características sociales que presenta la población asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud (6).	Edad	14-19 años 20-24 años 25- 29 años 30-34 años 35-39 años +de 40 años	Intervalo
		Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Nominal
		Grado de instrucción:	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior universitaria	Ordinal
		Procedencia:	Urbano Rural	Nominal
		Ocupación:	Estudiante Ama de casa Empleada del hogar Empleada del sector público y/o privado	Nominal
		Factores de riesgo obstétricos: ➤	Factores obstétricos: Se conoce como riesgo obstétrico a la probabilidad que tiene una mujer gestante de sufrir daño durante el periodo de gestación (7).	Antecedente de parto pretérmino:
Paridad:	Primípara Segundípara Multípara			Nominal
Antecedente de aborto:	Si No			Nominal
Preeclampsia:	Preeclampsia leve Preeclampsia severa No presenta			Nominal
Eclampsia	Si no			Nominal
Desprendimiento prematuro de placenta:	Si No			Nominal
Placenta previa:	Si No			Nominal
Control prenatal:	Ninguno 1-3 controles 4-6 controles Más de 6 controles			Numérico
Rotura prematura de membranas:	Si No			Nominal
Variable dependiente: Amenaza de parto pretérmino: La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones uterinas con un ritmo de 4 contracciones cada 20 minutos o de 8 contracciones cada 60 minutos entre la 22 y 36 semanas y 6 días de gestación (21).	< de 28 semanas de gestación De 28 a < 32 semanas de gestación. De 32 a < 37 semanas de gestación.	De razón		

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio correspondió a una investigación no experimental de corte transversal. El tipo de estudio fue descriptivo y correlacional.

- **Es no experimental:** porque no se manipuló ninguna variable
- **De corte transversal:** porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo (enero 2018 – marzo 2018).
- **Descriptivo:** porque permitió conocer, describir y analizar el comportamiento de los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos en la amenaza de parto pretérmino.
- **Correlacional:** porque permitió establecer la relación entre factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y la amenaza de parto pretérmino.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, el cual se encuentra ubicado en la provincia de Chota, en la parte norte central del Perú, en la región andina norte del Perú. Está situada a 2.388 msnm en la vertiente oriental de la cordillera de los andes, en la meseta de Acunta circundada por los ríos Chotano, San Mateo y Colpamayo; a 150 Km al norte de Cajamarca y a 219 Km al este de Chiclayo.

El espacio descrito está enmarcado por las siguientes coordenadas geográficas:

- 5° 57' 00" - Latitud Sur, en la parte septentrional.
- 6° 41' 00" - Latitud Sur, en la parte meridional

y los meridianos

- 78° 14' 00" - Longitud Oeste, en su parte más oriental
- 79° 27' 06" - Longitud Oeste, en su parte más occidental

La población estuvo constituida por todas las gestantes con amenaza de parto pretérmino que fueron atendidas en el año 2016 y que según el informe estadístico del Hospital José Hernán Soto Cadenillas son 120.

3.3. Muestra y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculada utilizando el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad de 95% (Z= 1.96) y admitiendo un error máximo tolerable del 5% (E= 0,05). La determinación del tamaño de la muestra obedece a la siguiente formula:

$$N = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = 120 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, chota 2016.

Z = 1.96 (Valor probabilístico de confiabilidad al 95%)

P = 0.80 (Amenaza de parto pretérmino asociado a factores de riesgo)

Q = 0.20 (Amenaza de parto pretérmino no asociado a parto pretérmino)

E = 0.05 (máximo de error estimado)

Aplicando la formula se tiene:

$$n = \frac{120 \cdot (1.96)^2 (0.80) (0.20)}{(0.05)^2 (120 - 1) + (1.96)^2 (0.80) (0.20)}$$

$$n = \geq 80$$

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2018.

3.5. Criterios de inclusión

Las gestantes participantes del estudio cumplieron con los siguientes criterios:

- Gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Gestantes que aceptaron voluntariamente ser parte de la presente investigación.
- Gestantes que estuvieron en pleno uso de sus facultades mentales.

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se desarrolló conforme a los principios de la bioética médica, los datos obtenidos fueron totalmente reales y confidenciales.

Los derechos humanos de las gestantes que conformaron la muestra del presente estudio de investigación fueron respetados y se aplicaron los instrumentos sólo a documentos fuentes. Los instrumentos fueron manipulados y procesados sólo por el equipo investigador, y luego del análisis correspondiente de los datos los instrumentos fueron desechados.

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación con el compromiso de:

- Respetar la privacidad de las gestantes, en la información que suministre de acuerdo con las reglas claras de confidencialidad en el manejo de datos.
- Proporcionar los resultados de la investigación realizada, al Hospital José Hernán Soto Cadenillas chota.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, en una primera fase se volvió a conversar con el Director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas y el personal responsable del servicio de Gineco-Obstetricia y se informó del inicio de la investigación en el presente año (2018).

Posteriormente, se entrevistó a cada gestante con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que cumpla con los criterios de inclusión, a la que se les informo de la naturaleza del estudio, se solicitó que firme el consentimiento informado y de respuesta fidedigna a las preguntas del instrumento, indicándole que la información es anónima.

3.7.1. Técnica:

La técnica utilizada en el presente trabajo de investigación fue la encuesta realizada a las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que cumplan con los criterios de inclusión, como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos.

3.7.2. Instrumento:

Se utilizó ficha de recolección de datos (anexo 1), elaborado por la responsable del trabajo de investigación, que contenía: datos sociodemográficos como: edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión. Datos obstétricos como: paridad, antecedente de parto pretérmino, antecedente de aborto, control prenatal, preeclampsia leve y severa, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura prematura de membranas.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del programa IBM SPSS versión 21 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad fue generar una base de datos. El proceso estuvo orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos.

3.8.2. Análisis de datos

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

- Fase descriptiva: consistió en describir los resultados referentes a los factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino
- Fase inferencial: realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en la población correspondiente.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, y la fiabilidad de su consistencia interna del instrumento.

CAPITULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Tabla 01. Factores sociodemográficos de las gestantes con amenaza de parto pre término atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota, 2018.

Edad	n°	%
15-19 años	14	15,7
20-24 años	30	33,7
25-29 años	18	20,2
30-34 años	18	20,2
35-39 años	9	10,1
Grado de instrucción	n°	%
Primaria incompleta	8	9,0
Primaria completa	7	7,9
Secundaria incompleta	24	27,0
Secundaria completa	27	30,3
Superior técnica	15	16,9
Superior universitaria	8	9,0
Procedencia	n°	%
Urbana	37	41,6
Rural	52	58,4
Ocupación	n°	%
Estudiante	9	10,1
Ama de casa	64	71,9
Empleada del hogar	3	3,4
Empleada del sector público y/o privado	13	14,6
Estado civil	n°	%
Soltera	4	4,5
Casada	11	12,4
Conviviente	74	83,1
Total	89	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de gestantes con amenaza de parto pretérmino pertenece al grupo etario de 20-24 años con un 33,7%; un importante 15,7% corresponde al grupo de adolescentes y el 10,1% al grupo de gestantes entre 35-39 años. Estos resultados difieren con los encontrados en la investigación realizada por Olaya (2013) quien reportó que el 6% tenían entre 14 y 15 años, mientras que el 21% oscilaba entre 16 y 17 años y el 73% entre los 18 y 19 años (9); Taboada (2013) informó que el 49,3% de las gestantes tenían edades entre 19 a 35 años (6); Cruz (2014) reportó que la edad materna oscilaba entre el rango de 20 a 35 años con el 72,5% (13); Saavedra (2014) determinó que la edad materna estuvo entre los 20 a 34 años con el 74,5% (15); García (2015) reportó que la edad materna oscilaba entre los 20 a 35 años en el 50% (16); Rodríguez y Cols. (2013) en su estudio que realizaron afirman que la edad de las madres fue mayores de 35 años con el 14,6% (11).

La edad cobra importancia porque las edades extremas de la vida reproductiva son consideradas como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino, información que concuerda con la investigación realizada por Olaya (2013), Rodríguez y Cols (2013), quienes afirman que tanto las unas como las otras se asocian significativamente a la amenaza de parto pre término; en las adolescentes, el riesgo proviene debido a un estado nutricional preconcepcional deficitario, por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general y en las de edad avanzada la edad influye en las estructuras anatómicas vasculares como mayor riesgo de aterosclerosis un probable inicio de la disminución hormonal y otros factores que son propios de la edad, y que las convierte en grupos susceptibles (33).

En cuanto al grado de instrucción, el mayor porcentaje de gestantes con amenaza de parto pretérmino tienen secundaria completa e incompleta con el 30,3% y 27,0% respectivamente, el porcentaje es el mismo tanto para las gestantes con grado de instrucción primaria incompleta como para aquellas con superior universitaria en el 9,0%. Estos resultados se asemejan al estudio de Genes (2012) quien informó que solo una gestante no contaba con estudios, mientras que el 61,2% referían estudios secundarios (9); Taboada (2013) reportó que el 49,3% contó con grado de instrucción secundaria (6); pero difieren con los resultados mostrados por Olaya (2013) quien informó que el 2% tenía instrucción primaria, el 93% contó con instrucción secundaria, y el 5% presentó instrucción superior (10); Guevara (2015) refirió que el 40,62% del total tuvo un nivel de educación secundario, el 23,95% acabó la primaria, el 23,43% contaba con estudios superiores y tan solo el 11,97 % eran analfabetas (12); Saavedra (2014) publicó que el 78,2% tuvo instrucción secundaria (15).

El nivel educativo es importante porque permite optar por conductas de autocuidado saludables sobre todo en la gestación, adquirir conocimientos y reconocer precozmente signos y síntomas que puedan estar asociados al parto pre término como infección de vías urinarias la cual amerita un tratamiento oportuno eficaz para evitar complicaciones como la amenaza de parto pretérmino; la infección de vías urinarias puede causar irritabilidad uterina debido a que es probable que las bacterias produzcan un estímulo de la síntesis de prostaglandinas ya sea en forma directa o a través de ciertos mediadores inflamatorios como las interleuquinas, el factor de agregación plaquetaria y el factor de necrosis tumoral el aumento de las prostaglandinas circulantes incrementa la actividad uterina y desencadena mayor contractilidad uterina que puede llevar a parto pretérmino, de igual forma una gestante con niveles educativos altos, probablemente tendrán una higiene íntima cuidadosa que evita infecciones tales como la tricomoniasis que pueden disminuir la longitud tensil de las membranas y ocasionar no solamente una amenaza sino un parto pretérmino (33).

Respecto a la procedencia, se puede apreciar que el mayor porcentaje de las gestantes con amenaza de parto pretérmino son de procedencia rural con un 58,4% y el 41,6% son de la zona urbana, resultados que difieren con los encontrados por Olaya (2013) quien en su estudio mostró que el 10% tenía procedencia rural, el 73% provenía de la zona urbana y el 17% de los casos presentaban como procedencia la zona urbano-marginal (10); Guevara (2015) encontró que el 32,81% vivían en la zona urbana y el 69,87% tenían residencia en la zona rural (12); Taboada (2013) informó que el 45,3% referían como procedencia las zonas urbanas marginales (6); Saavedra (2014) reportó que las gestantes de su estudio procedían de la zona Urbano Marginal en el 43,6% y de la zona Urbana con el 40,0% (15).

Estos datos posiblemente se deban al hecho de que el Hospital de Chota es un establecimiento de referencia y acuden a ser atendidas gestantes de los diversos establecimientos de salud de las zonas rurales, dato importante pues, las poblaciones de la zona rural muchas veces tienen limitaciones al acceso de los servicios de salud sobre todo de calidad, oportuna y eficiente hechos que unidos en la mayoría de las veces a un bajo nivel educativo y déficit nutricional, constituirán factores de riesgo para posibles complicaciones obstétricas.

El estado nutricional de la gestante y su evolución durante el embarazo constituye un factor fuertemente asociado a la ocurrencia de complicaciones, la desnutrición materna produce un déficit inmunológico del organismo por las propiedades

antimicrobianas de la ferritina (anemia ferropénica) que favorece la invasión de gérmenes que provocan infecciones a diferentes niveles ocasionando procesos inflamatorios capaces de desencadenar el trabajo de parto pretérmino, la anemia materna también genera estrés tanto en la madre como en el feto esta situación genera mayor producción de prostaglandinas y de oxitocina provocando una amenaza de parto pretérmino que si no es tratada a tiempo conllevaría a producirse un parto pretérmino (34,35).

De otra parte la población de la zona rural tiene una cultura arraigada impregnada de múltiples mitos, creencias y costumbres que de alguna manera aumentan aún más la probabilidad de infecciones.

Al tratar la ocupación de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se observa que el mayor porcentaje son amas de casa con 71,9%, un 14,6% son trabajadoras del sector público y/o privado y un 10,1% son estudiantes, resultados que son similares a los resultados de Valencia (2016) quien reportó que el 71,1% eran amas de casa, el 20% fueron estudiantes y un 8,9% se dedicaban al comercio (19), Alarcón (2017) quien informó que la mayoría tenía como ocupación ama de casa con el 77,8% (20).

Estos resultados se deban posiblemente a que la mayor parte de las gestantes con esta morbilidad provienen de la zona rural, donde su nivel de educación es básico y por lo tanto la ocupación de las mujeres de esta zona es ser ama de casa, lo cual implica estar sometidas a la carga del trabajo doméstico que dependen de las exigencias familiares del hogar y a esto se le suma que también se dedican a la ganadería y agricultura implicando un esfuerzo físico excesivo, por otra parte el trabajo que ellas realizan a lo largo de todo el día requiere de un gran esfuerzo psíquico a cambio tienen escasas recompensas materiales o psicológicas que contribuyen a amortiguar su estrés.

La actividad física excesiva o inadecuada que realizan las amas de casa durante el embarazo aumenta el gasto energético e índice desfavorable en la nutrición fetal, se considera que el exceso de carga física como el levantamiento, descenso, empuje, arrastre y la manipulación de objetos pesados que implica el ser ama de casa puede retardar el crecimiento fetal a través de un efecto sobre el flujo sanguíneo ya que tanto el ejercicio como determinadas posturas de trabajo reducen la perfusión sanguínea uteroplacentaria, aumentan la presión intraabdominal y provocando contracciones uterinas de esta manera estimulando el parto, las condiciones ambientales como el ruido, la temperatura, la humedad y el estrés psicosocial materno al que están expuestas las amas de casa también afecta con un porcentaje considerable a

trabajadoras del sector público y/o privado y estudiantes, relacionándose consistentemente con amenaza de parto pretérmino, puede producir estrés fetal con una reducción uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal parecería que el principal mediador inductor de prematuridad por estrés es el factor liberador de corticotrofina, este factor proviene principalmente del hipotálamo aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina, estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello uterino, a su vez las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de hormona corticotrófica de la placenta, membranas ovulares y decidua iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenarían el parto pretérmino (35,6).

Al tratar el estado civil de las gestantes con amenaza de parto pretérmino se puede apreciar que el 83,1% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino fueron convivientes y un 4,5% tenía estado civil soltera, resultados que difieren con los resultados informados por Taboada (2013) quien reportó que el 72,0% eran convivientes (6), Saavedra (2014) afirma que el 76,4% tenían como estado civil convivientes (15), Valencia (2016) mostró que el 62,2% presentó estado civil conviviente, seguido de soltera con el 24,44%, y solo el 13,33% fueron casadas (18), Alarcón (2017) refiere que el 53,7% fueron convivientes (20).

La estabilidad de la pareja no influye directamente en la presencia de prematuridad, influye en los estados emocionales y socioeconómicos de la madre por eso se considera que las madres solteras son el grupo más vulnerable, y las que presentan una integración familiar y social inadecuada, ello las predispone a tener una reacción negativa frente al embarazo generando un nivel de estrés y depresión más elevado lo cual desencadenaría niveles altos de cortisol el cual está relacionado con parto pretérmino, de otra parte las mujeres solas probablemente tengan menos atenciones prenatales, hecho que puede incrementar los riesgos y complicaciones obstétricas y perinatales, además a esto se suma que parte de estas gestantes solteras son de edades extremas como las adolescentes, y las de edad avanzada y que proceden de las zonas rurales el cual presentan un nivel básico de instrucción, son mujeres que tienen poco acceso a la información sobre los cuidados, riesgos que implica el embarazo y en lo que respecta a la amenaza de parto pretérmino por ende son gestantes con menos protección y con mayor riesgo de padecer esta patología.

Tabla 02. Factores obstétricos de las gestantes con amenaza de parto pre término atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota, 2018.

Antecedente de aborto	n°	%
Sí	30	33.7
No	59	66.3
Controles prenatales	n°	%
1-3 controles	14	15.7
4-6 controles	58	65.2
Más de 6 controles	17	19.1
Preeclampsia	n°	%
Leve	28	31.5
Severa	22	24.7
No presenta	39	43.8
Rotura prematura de membranas	n°	%
Sí	23	25.8
No	66	74.2
Paridad	n°	%
Primípara	24	27
Segundípara	32	36
Múltipara	33	37.1
Antecedente de parto pretérmino	n°	%
Sí	25	28.1
No	64	71.9
Desprendimiento prematuro de placenta	n°	%
Sí	10	11.2
No	79	88.8
Placenta previa	n°	%
Sí	12	13.5
No	77	86.5
Edad gestacional	n°	%
28 a <32 semanas	13	14.6
32 a <37 semanas	76	85.4
Total	89	100

Fuente: datos recolectados por la autora

En esta tabla se puede apreciar que del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino el 66,3% no presenta antecedente de aborto, mientras que el 33,7% si lo tuvo, resultados que se asemejan con el estudio de Guevara (2015) quien reportó que el 66,54% no presentaba antecedente de aborto, el 28,12% presentó un aborto previo, el 8,34% tuvo dos a tres abortos (12); Taboada (2013) afirma que el 60,0% del grupo de gestantes no mostró antecedentes de aborto (6); Cruz (2014) informó que el 30% presentó antecedente de aborto (13); García (2015) reportó que el 73,3% no presentó ningún antecedente de aborto, mientras que el 23,3% refirió antecedente de un aborto y el 3,3% tuvo dos abortos (16).

El aborto es una patología, sería que puede complicarse de diversas maneras pudiendo llegar a comprometer la fertilidad de la mujer pudiéndola llevar incluso a la muerte, dependiendo de si es espontáneo o provocado. El aborto espontáneo suele presentarse con frecuencia en las primeras semanas del embarazo y por lo general se presenta en mujeres muy jóvenes o de edad avanzada; en tanto que el aborto provocado lo realiza la mujer en cualquier edad sobre todo cuando es un embarazo no deseado, producto de tener relaciones sexuales sin protección o por falla del método.

El aborto espontáneo es la interrupción del embarazo espontáneamente con expulsión total o parcial del producto de la concepción, en el aborto provocado se remueve de la cavidad uterina el producto de la concepción; cabe mencionar que es de mucha relevancia el periodo en que este ocurre o edad gestacional en la que se produce el aborto inducido o espontáneo y la técnica empleada (dilatación más curetaje o aspiración), ambos ocasionan daño en el cérvix y en la cavidad uterina pero el riesgo es mayor cuando el aborto es inducido o cuando se realiza a una edad gestacional mayor y el número de abortos ocurridos, de esta manera favoreciendo en el futuro la aparición de parto pretérmino, esta asociación puede deberse a incompetencia cervical producido por legrados uterinos la incompetencia cervical corresponde a la incapacidad del cuello uterino de mantener su rigidez propia necesaria para la mantención del embarazo hasta el final de la gestación, desde el punto de vista práctico la incompetencia cervical se define como la dilatación pasiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas dolorosas, si nada altera el curso de esta condición probablemente termina en un parto pretérmino (9).

En relación al número de atenciones prenatales se evidencia que el 65,2% del total de gestantes presentaron de 4-6 atenciones prenatales y un 15,7% tuvo de 1-3 atenciones prenatales, estos resultados difieren de los resultados encontrados por

Genes (2012) quien en su estudio informó que el 54,9% del grupo de gestantes no contaba con controles prenatales satisfactorios (es decir más de cinco atenciones prenatales) (9); Olaya (2013) reportó que el 6% no presentó ninguna atención prenatal durante su embarazo, el 12% refería 3 atenciones prenatales, el 17% tenían entre 4 y 5 atenciones prenatales y el 65% presentó más de 6 atenciones prenatales (10); Guevara (2015) informó que el 52,60% contó con menos de tres controles prenatales, el 41,68% presentó más de tres controles prenatales y el 5,72% no tenía ningún control prenatal (12); Taboada (2013) encontró que el 53,3% contaban con atención prenatal controlada (6); Sánchez (2014) reportó que el 41,4% de las gestantes no tuvo atención prenatal adecuada (14); Saavedra (2014) afirma que el 61,8% contó con menos de 6 controles prenatales (15).

A menos controles prenatales o el tener un control prenatal inadecuado es decir menos de 5 controles prenatales se considera factor de riesgo para parto pretérmino, información que concuerda con la investigación realizada por Taboada (2013), Sánchez (2014), Saavedra (2014) quienes afirman que a menos atenciones prenatales mayor será el riesgo de presentar esta morbilidad, el embarazo sin control o con una atención prenatal inadecuada constituye motivo de preocupación de salud pública por los efectos adversos que puede tener tanto en la gestante como en el producto de la gestación lo cual se entiende porque la calidad, eficacia y frecuencia del control prenatal permite hacer una evaluación integral de la salud materna y fetal, influyendo para el reconocimiento oportuno de signos y síntomas de alarma de varias morbilidades que se presentan durante el embarazo, la falta de vigilancia del embarazo es un problema de salud que afecta a toda la población, las gestantes de procedencia rural presentan dificultades para acceder a un establecimiento de salud, por la falta de transporte y en ocasiones por la idiosincrasia de la población.

Con respecto a la preeclampsia puede apreciar que del total de casos el 43,8% no presentó esta morbilidad, mientras que el 31,5% presentaron preeclampsia leve y el 24,7% tuvo preeclampsia severa, datos que difieren con los resultados informados por Genes (2012) quien afirma que el 16,7% tuvo preeclampsia (9); Olaya (2013) quien reportó que el 42% presentó preeclampsia (10); Guevara (2015) informó que el 44,79% tuvo preeclampsia (12); Taboada (2013) encontró en sus estudio que el 9,3% tuvo preeclampsia (6); Sánchez (2014) afirma que el 27% presentó preeclampsia (14); Saavedra (2015) quien reportó que el 9,1% tuvo preeclampsia (15).

La preeclampsia es una patología que puede ser causa indirecta de parto pretérmino y por ende es la complicación más frecuente durante el embarazo, la preeclampsia es

una enfermedad específica de la placenta que tiene como único tratamiento definitivo la interrupción del embarazo para salvaguardar la salud tanto de la madre como del niño, implicando gestaciones pretérmino, en la madre puede complicarse evolucionando a eclampsia o puede manifestarse con el grave cuadro de síndrome de HELLP, pero también en forma de hemorragias, edema de pulmón, insuficiencia renal, en el feto suele acompañar de insuficiencia placentaria que puede llegar a causar la muerte fetal.

La preeclampsia se ha asociado a amenaza de parto pretérmino, debido a que es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción del epitelio vascular en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal ello se asocia a isquemia placentaria dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria, causando dificultad a la placenta en el transporte de oxígeno al feto, en esta entidad la disminución aguda y crónica de oxígeno al feto produce consecuentemente la aparición de esta morbilidad (35).

En relación a la rotura prematura de membranas se puede apreciar que el mayor porcentaje de gestantes con amenaza de parto pretérmino no presentaron esta patología con un 74,2%, mientras que el 25,8% si presentó esta morbilidad, resultados que difieren con los resultados reportados por Taboada (2013) quien afirma que el 36% tenía rotura prematura de membranas (6); Sánchez (2014) quien informó que el 34,4% presentaron rotura prematura de membranas (14).

La importancia de la rotura prematura de membranas radica en que es una patología que está asociada a casos de parto pretérmino, información que concuerda con Taboada (2013), Sánchez (2014) quienes afirman que la rotura prematura de membranas es el factor de riesgo más predictivo sobre el parto pretérmino, esta asociación posiblemente se deba a que comparten ciertos eventos fisiopatológicos, como los procesos infecciosos vaginales y urinarios siendo estas infecciones las más frecuentes durante el embarazo, existen modificaciones anatómicas y funcionales que incrementan el riesgo de producirse estas infecciones que a través de diversos agentes produce que estos asciendan durante el embarazo por tanto cuando no hay un tratamiento oportuno estas infecciones alcanzan las membranas amnióticas en consecuencia desencadena el trabajo de parto pretérmino al activar el sistema

inmunitario innato propiciando la liberación de citosinas, induciendo a la producción de prostaglandinas y estas estimulan las contracciones uterinas aumentando la tensión en las membranas ovulares y como consecuencia se produce la rotura prematura de membranas, conduciendo a un parto pretérmino situación que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal constituyendo así un problema de salud pública.

Inicialmente las infecciones se localizan en la unión coriodecidual estos procesos infecciosos incrementan la síntesis de prostaglandinas y enzimas proteolíticas que primeramente inducen a cambios cervicales e inicio de contracciones uterinas que aumentan la tensión en las membranas ovulares que han sufrido cambios en la matriz de colágeno por la acción de elastasas y enzimas proteolíticas producidas por los agentes bacterianos, se ha encontrado que la incidencia es mayor en aquellas mujeres colonizadas con estreptococo del grupo B, clamidia y tricomonas a nivel de la zona cervicovaginal (6).

Referente a la paridad se puede apreciar que el 37,1% de las gestantes con amenaza de parto pretérmino fueron multíparas, y el 27,0% eran primíparas, resultados que difieren con los encontrados por Taboada (2013) quien reportó que el 58,7% tuvo gestaciones previas (multigesta) (6); Saavedra (2014) quien informó que el 49,1% eran primíparas (15); pero si guardan cierta similitud con los resultados mostrados por Guevara (2015) quien encontró en su investigación que el 37,50% eran multíparas y el 62,5% del total de gestantes fueron nulíparas (12).

Estos resultados se deban posiblemente a que la mayor parte de las gestantes proceden de la zona rural donde su nivel de instrucción es básico, por ende es lógico pensar que la multiparidad es una situación que está directamente ligada a la falta de educación sexual y planificación familiar, la multiparidad es considerada una de las principales causas de morbimortalidad tanto de la madre como del niño durante y después del embarazo. El simple hecho de quedar embarazada se toma como factor de riesgo materno para que se presenten un gran número de patologías propias del embarazo como otras agregadas o magnificadas por el mismo, durante el embarazo se producen cambios a nivel del útero que permiten su crecimiento para alojar al producto en desarrollo, esto se debe al estiramiento de las fibras musculares y a la formación de los sacos ovulares como el corion y el amnios; debido a estos grandes cambios que ocurre en la anatomía uterina se puede producir con cada embarazo y con cada parto una disminución en la capacidad de distensión o elasticidad y daño de las fibras musculares de la cavidad cervico-uterino aumentado el riesgo de

incompetencia ístmico cervical donde el cuello uterino se abre antes del término del embarazo originando un parto pretérmino.

De otra parte, la multiparidad es de suma importancia debido a que existe en la actualidad un número elevado de gestantes adolescentes y de edad avanzada que se ven inmersos en esta situación lo cual puede traer consigo serios problemas durante el embarazo o en la etapa post parto como distocias de presentación, atonías uterinas, anemias y desnutrición severa en la madre.

En cuanto al antecedente de parto pretérmino se puede apreciar que 28,1% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron esta morbilidad, mientras que el 71,9% no presentó esta patología, resultados que concuerdan con los resultados reportados por Guevara (2015) quien informó que el 27,60% presentaron antecedente de parto pretérmino (12), pero difieren con los resultados informados por Genes (2012) quien reportó que el 7,5% presentó antecedente de parto pretérmino (9), Cruz (2014) afirma que el 65% tuvo antecedente de parto pretérmino (13), Sánchez (2014) determinó que el 7,4% presentó antecedente de parto pretérmino (14), Saavedra (2014) reportó que el 7,3% tenían antecedente de prematuridad (15), Carnero (2016) informó que el 56,7% tuvo un antecedente de parto pretérmino (18).

El antecedente de parto pretérmino es uno de los factores más asociados a parto pretérmino información que concuerda con Genes (2012), Sánchez (2014), Carnero (2016) quienes afirman que el antecedente de prematuridad es un factor de riesgo significativo para que en una siguiente gestación se vuelva a presentar la misma patología, esto como consecuencia posiblemente a que en la gestación anterior no hubo una identificación oportuna de las causas que provocaron la interrupción temprana del embarazo, por tanto, no han recibido el tratamiento correcto para combatir estas morbilidades causantes de prematurez, por ende, algunas de estas causas seguirán persistiendo en el organismo materno después del embarazo y otras que desaparecerán pero sin ningún tratamiento estas causaran susceptibilidad en el cuerpo de la madre, en consecuencia al presentarse un nuevo embarazo intensificaría a las morbilidades que siguen presentes en el organismo de la gestante, en tanto que las otras se presentaran con mayor agresividad y a una edad gestacional menor, de esta manera aumentaría el riesgo de presentar nuevamente un parto antes del término, a esto sumamos que estas gestante presenta algunos factores de riesgo que no se pueden modificar ni cambiar como; su procedencia en las zonas rurales, nivel instrucción, edades maternas extremas como las adolescentes y las de edad

avanzada y la multiparidad, son factores que contribuirán para que el riesgo sea mayor de presentar un nuevo parto pretérmino.

En relación al desprendimiento prematuro de placenta se puede apreciar que el 11,2% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron esta morbilidad, mientras que el 88,8% no presentó esta patología, estos resultados difieren con los resultados de Taboada (2013) quien afirma que el 97,3% presentaron desprendimiento prematuro de placenta, el 2,7% no presentó (6), Valencia quien reportó que el 97,78% no tuvo desprendimiento prematuro de placenta (19).

Estos resultados posiblemente se le atribuyan a que la mayor parte de gestantes en estudio son multíparas y presentan preeclampsia tanto leve como severa siendo estas situaciones factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta, es una de las principales causas de hemorragia asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, es una patología que tiende a ocurrir con mayor frecuencia en embarazos posteriores, la separación parcial o total de la placenta de su área de inserción constituye una de las situaciones más importantes y críticas en la salud tanto de la madre como el feto por el curso agudo en que se desarrolla esta morbilidad, afectando el desarrollo normal del embarazo, por tanto una vez instalado en el organismo materno obliga a concurrir a la terminación del embarazo causando de esta manera el parto pretérmino.

En lo que respecta a placenta previa se puede observar que el 13,5% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron esta morbilidad, mientras que el 86,5% no presentó esta patología, resultados que difieren con los resultados de Olaya (2013) quien reportó que el 5% presentaron placenta previa (10); Guevara (2015) quien afirma que el 4,68% presentó placenta previa (12); pero si guardan similitud con lo reportado por Rodríguez (2013) quien informó que el 9,3% presentaron placenta previa (11).

Estos resultados se generaron posiblemente a que la paridad con mayor frecuencia es la multiparidad, siendo esta una de las principales causas de placenta previa, esta relación estaría dada debido a que gestaciones previas pueden provocar una lesión permanente del endometrio convirtiéndolas en zonas poco aptas para nuevas placentaciones, de otra parte, esta asociación estaría relacionada con cicatrices secundarias a intervenciones uterinas anteriores o intervenciones por tumoraciones como miomas submucosos o pólipos endometriales y endometritis, si bien es cierto en estos casos la inserción inicial de la placenta estaría en el fondo del útero pero debido a la lesión previa de la cavidad uterina el crecimiento sería unidireccional hacia

la zona del istmo, y como consecuencia de esto se genera una placenta previa, siendo esta morbilidad una de las complicaciones más frecuentes de hemorragia durante el embarazo, que generaría no solo una amenaza de parto pretérmino si no que debido a la mala inserción de la placenta que no permite que la gestación siga su curso obligando a que el embarazo se termine antes del tiempo indicado provocando un parto pretérmino.

En relación a la edad gestacional se puede apreciar que el 85,4% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino tenía entre 32 a < 37 semanas de gestación, mientras que el 14,6% tuvo entre 28 a < 32 semanas de gestación, resultados que concuerdan con los resultados encontrados por Olaya (2013) quien afirma que el 13% cursaban entre las 28-32 semanas, el 62% presentaban entre las 33-34 semanas, el 26% tuvo entre las 35-36 semanas de gestación (10), Guevara (2015) quien reportó que el 48,96% cursaban entre las 32-34 semanas, el 32,29% tuvo entre las 35-36 semanas y el 18,75% presentaron entre 28-32 semanas de gestación (12).

Estos resultados posiblemente se le atribuyan a que la mayor parte de gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino son de la zona rural que cuentan con nivel básico de instrucción, estos determinantes juegan en contra de la salud de la madre sobre todo en el cuidado íntimo de estas gestantes, permitiendo de alguna manera que ciertas morbilidades como son las infecciones urinarias y vaginales que son las que se presentan con mayor frecuencia, y están consistentemente relacionadas a parto pretérmino por lo que generan contracciones uterinas, se instalen con mayor facilidad, al no ser detectadas y tratadas a tiempo van causando mayor morbilidad y dando cabida para que se presenten otras complicaciones, por tanto, habrá mayor posibilidad que se presente amenaza de parto pretérmino a una edad gestacional menor, que puede llegar a terminar en un parto pretérmino, en estos casos mayor será el riesgo para el feto de presentar déficit de desarrollo neurológico, metabólico y capacidad cognitiva requiriendo además de costosos cuidados a lo largo de su desarrollo, a diferencia de los que nacen a una edad gestacional mayor, pues, tienen más posibilidades de sobrevivir y menor será la probabilidad de sufrir daños a corto, medio y largo plazo.

La mayor parte de muertes y los daños neonatales corresponden a los partos que se producen antes de la semana 34 de gestación, de otra parte, en la madre tendrá mayor probabilidad de presentar en su siguiente embarazo un parto pretérmino.

Tabla 03. Amenaza de parto pretérmino según antecedente de aborto en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota, 2018.

Antecedente de aborto	Edad gestacional				Total	
	28 a < 32 semanas		32 a < 37semanas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	8	26,70	22	73,30	30	33,70
No	5	8,50	54	91,50	59	66,30
Total	13	14,60	76	85,40	89	100,00

Fuente: datos recolectados por la autora

$$X^2 = 5,277$$

$$p= 0,022$$

En esta tabla se puede percibir que del 33,7% de gestantes con antecedente de aborto el 26,7% tuvo amenaza de parto pretérmino entre las 28 a < 32 semanas de gestación, mientras que el 73,3% presentaron amenaza de parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas de gestación.

Como puede verse el antecedente de aborto incide mayormente en el parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas, esto probablemente por la presión que ejerce el polo fetal sobre la parte inferior del cuerpo uterino debido al aumento en talla y peso que va ganando el feto, además posiblemente también se deba a los movimientos constantes que realiza el feto a estas edades gestacionales ya que a mayor edad de gestación mayor es el número de la frecuencia diaria de los movimientos, de esta manera ocasionando mayor distensión en un cérvix incompetente, problema que se origina después de abortos y legrados uterinos consecutivos, en cuanto a los partos pretérminos entre las 28 a < 32 semanas es menor su incidencia, esto se estaría presentando debido a que los fetos de esta edad gestacional aún son pequeños y realizan menos movimientos fetales a diario, por tanto la presión que generara el feto será menor sobre el cérvix; sin embargo cabe resaltar que el número de abortos, el periodo en que este ocurre, el tipo y la técnica empleada en caso de abortos inducidos es de mucha importancia en el desencadenamiento de un parto pretérmino (9).

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables antecedente de aborto y amenaza de parto pretérmino según lo determina el p valúe que es de 0,022.

Tabla 04. Amenaza de parto pretérmino según preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota, 2018.

Preeclampsia	Edad gestacional				Total	
	28 a < 32 semanas		32 a < 37 semanas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Leve	4	14,3	24	85,7	28	31,5
Severa	0	0,0	22	100,0	22	24,7
No presenta	9	23,1	30	76,9	39	43,8
Total	13	14,6	76	85,4	89	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$X^2 = 6,009$

$p = 0,050$

En la presente tabla se puede apreciar que del 31,5% de gestantes que presentaron preeclampsia leve el 14,3% presentó amenaza de parto pretérmino entre las 28 a < 32 semanas de gestación, mientras que del 24,7% de gestantes que tuvo preeclampsia severa el 100,0 % tuvo amenaza de parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas de gestación.

En esta tabla se puede apreciar que tanto la preeclampsia leve como la severa repercuten mayormente en el parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas de gestación, esto como consecuencia probablemente a que al presentarse esta patología a estas edades de gestación se tiende por lo general a la interrupción del embarazo sobre todo en el estado severo de la preeclampsia, es una patología de carácter progresivo e irreversible de gravedad considerable cuyo tratamiento único es la culminación de la gestación, lamentablemente el resultado será un parto pretérmino a fin de salvaguardar el bienestar materno así como la del feto, mientras que la preeclampsia leve incide con menor frecuencia en el parto pretérmino entre las 28 a < 32 semanas, esto posiblemente se estaría presentando debido a que al presentarse la preeclampsia en este estado no se tiende por lo general a la terminación inmediata de la gestación, ya que es menor las posibilidades de generar complicaciones que ponen en peligro la salud y la vida tanto de la madre como del feto, si bien es cierto la preeclampsia es una complicación del embarazo de rápida evolución y con graves consecuencias si esta no es identificada y tratada oportunamente, pero al presentarse

de esta manera y al ser identificada en su estado leve aun permite tomar medidas que eviten su desarrollo a un estado más crítico, esto con el fin de evitar que se produzcan partos muy prematuramente.

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables preeclampsia y amenaza de parto pretérmino según lo determina el p valúe que es de 0,050.

Tabla 05. Amenaza de parto pretérmino según placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota, 2018.

Placenta previa	Edad gestacional				Total	
	28 a < 32 semanas		32 a < 37 semanas		N	%
	n°	%	n°	%		
Sí	5	41,70	7	58,30	12	13,50
No	8	10,40	69	89,60	77	86,50
total	13	14,60	76	85,40	89	100,00

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$X^2= 8,142$

$p= 0,004$

En la presente tabla se puede observar que del 13,5% que presentaron placenta previa, el 41,7% presentó amenaza de parto pretérmino entre las 28 a < 32 semanas de edad gestacional y el 58,3% presentaron esta patología entre las 32 a < 37 semanas.

Como se puede apreciar en la presente tabla la placenta previa incide mayormente en el parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas de gestación, esto como consecuencia posiblemente al tipo de placenta previa, las de inserción baja y las marginales son las que menos complicaciones presentan por lo que permite que el embarazo alcance una edad gestacional mayor, mientras que el grupo de los muy prematuros que están comprendidos entre las 28 a < 32 semanas predominaría la placenta previa parcial y la total, el aumento en talla y peso que va ganando el feto provocaría mayor compresión sobre la placenta desencadenando la hemorragia, condición que impedirá que la gestación siga su curso, la hemorragia anteparto es una grave complicación obstétrica que potencialmente amenaza el desarrollo normal de la gestación y la vida del binomio madre-niño, por ende, guarda una estrecha relación con la amenaza de parto pretérmino que puede llegar a complicarse de manera tal que provocaría la interrupción temprana de la gestación, la gravedad de esta patología depende del lugar de ubicación de la placenta mayor será el riesgo si esta cubre total o parcialmente el orificio cervical interno, es en estas formas que causa mayor frecuencia no solo de amenaza de parto pretérmino si no que puede llegar a causar el nacimiento de un feto muy prematuramente.

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables placenta previa y amenaza de parto pretérmino según lo determina el p valúe que es de 0,004

CONCLUSIONES

1. Las gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino en su mayoría tenían entre 20-24 años de edad, secundaria completa, procedían de las zonas rurales, fueron amas de casa y eran convivientes.
2. Un porcentaje significativo de gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino tenían antecedente de aborto, de 4-6 atenciones prenatales, preeclampsia tanto leve como severa, rotura prematura de membranas, eran multíparas, presentaron desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, antecedente de parto pretérmino y la mayoría de gestantes presentó entre las 32 a < 37 semanas de gestación.
3. Los factores de riesgo obstétricos asociados estadísticamente significativos a la amenaza de parto pretérmino fueron: el antecedente de aborto con un ($p = 0,022$), la preeclampsia ($p = 0,050$) y la placenta previa ($p = 0,004$), de esta manera quedando comprobada la hipótesis planteada en la presente investigación.

RECOMENDACIONES

1. A todo el personal de salud que está a cargo de velar por el bienestar del binomio madre-niño fomentar y brindar la suficiente información acerca la amenaza de parto pretérmino en los servicios de atención primaria de salud; así como de los factores asociados a la misma, con el objetivo de que las gestantes sepan identificar los factores asociados y puedan prevenir la aparición de parto pretérmino.
2. A todo el personal de salud implicado, en base al presente estudio realizado también se sugiere reconocer los factores de riesgo en las gestantes que acuden a sus atenciones prenatales para tomar medidas preventivas y evitar el parto pretérmino, dando mayor énfasis a los encontrados en el estudio por la relevancia que presentan.
3. A la escuela académico profesional de obstetricia realizar ferias donde se pueda concientizar a las pacientes a través de charlas, sesiones demostrativas, orientaciones y consejerías y dar a conocer diferentes tipos de anticonceptivos que puedan usar y orientarles hacia una reproducción responsable en donde se pueda llegar al final de la gestación de una forma saludable y sin riesgo tanto para la madre como el neonato.
4. A los futuros profesionales en salud Seguir estudiando el tema ya que sería importante asignar a cada factor un puntaje que lleve a cuantificar el riesgo de prematurez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quiroz, G., Alfaro, R., Bolívar, M., & Solano, N. Tema 2-2016: Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016. I(1), 75-79. Recuperado el 05 de abril de 2017.
2. Consalud.Es. En los últimos 18 años los partos pretérmino en España se han incrementado un 7,4%. España: Grupo Mediforum; 2016. Recuperado el 01 de abril de 2017, de <https://consalud.es/pacientes/en-los-ultimos-18-anos-los-partos-pretermino-en-espana-se-han-incrementado-un-74-25013>.
3. Organización Mundial de la Salud. Nacidos demasiado pronto: Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. Nueva York: Kristof Creative y the Miracle Book. 2012. Recuperado el 01 de abril de 2017, de http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_execsum_es.pdf?ua=1.
4. 20 Minutos Editora. Aumenta el número de nacimientos prematuros, con 15 millones en el mundo. España: 20 Minutos Editora, S.l. 2012. Recuperado el 01 de abril de 2017, de <http://www.20minutos.es/noticia/1416053/0/nacimientos-prematuros/onu/oms/>.
5. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Perú: Ministerio de Salud; 2016. Recuperado el 01 de abril de 2017, de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/cnv/boletin_cnv_16.pdf.
6. Taboada, R. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de enero a diciembre 2013. Tesis para optar el título de médico cirujano; 2015; 49-53. Recuperado el 04 de abril de 2017, de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/unap/3786>.
7. Perkinelmer. Nacimiento Prematuro: Retos y oportunidades de la predicción y la prevención; 2009; 6-49. recuperado el 05 de abril de 2017, de http://www.efcni.org/fileadmin/daten/web/brochures_reports_factsheets_position_papers/prevention_perkin_elmar/1244-9856_perkin_elmer_spanish.pdf.
8. Couto, D., Nápoles, D., & Montes, P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Medisan; 2014; 18(6), 852-857. Recuperado el 06 de abril de 2017, de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san14614.pdf.
9. Genes, V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Revista Nacional; 2012; 4(2), 8-14. Recuperado el 07 de marzo de 2017, de <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>.
10. Olaya, R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el periodo de setiembre del 2012 a febrero del 2013. Tesis presentada como requisito para optar por el título de Obstetra, 2013. 33-44. Recuperado el 07 de marzo de 2017.

11. Rodríguez, S., Ramos, R., & Ricardo, H. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Revista de Ginecología y Obstetricia México, 2013; 81(9), 499-503. Recuperado el 07 de marzo de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>.
12. Guevara, W. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, periodo 2013-2015. Tesis de grado previo a la obtención del título de médico-cirujano, 2105. 45-59. Recuperado el 07 de marzo de 2017.
13. Cruz, M. Factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa 2014. Tesis para optar el título de médico cirujano. 2015. Recuperado el 25 de octubre de 2017.
14. Sánchez, K. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Belen de Trujillo 2012-2014. Tesis para obtener el grado de Bachiller en medicina. 2014. Recuperado el 07 de marzo de 2017.
15. Saavedra, H. "Factores de riesgo asociados a prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, julio a diciembre 2014". Tesis para optar el título de médico cirujano. 2015. 22-26. Recuperado el 04 de abril de 2017.
16. García, B. Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolome" durante enero a febrero del año 2015. Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia. 2016. 24-29. Recuperado el 25 de octubre de 2017.
17. Orbegoso, Z. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unzueta entre julio y setiembre del 2015. Tesis para médico cirujano. 2016. Recuperado el 2017.
18. Carnero, Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo enero-junio del 2015. Tesis para título profesional de licenciada en obstetricia. 2016. Recuperado el 2017, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4712/1/carnero_cy.pdf.
19. Laureano, J. V. "Factores relacionados al parto pretérmino en pacientes adolescentes gestantes del Hospital Materno Infantil el Carmen-Huancayo, 2015". Universidad Nacional del Centro del Perú, Departamento de medicina humana, Huancayo. 2016. Recuperado el 04 de abril de 2018
20. Celedonio, J. C. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolome"-2016. tesis para obtener el título profesional de licenciada en obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Obstetricia, Lima. 2017. Recuperado el 22 de abril de 2018.
21. Cobo, T., Ferrero, S., & Palacio, M. Amenaza de parto pretérmino. Protocolos de medicina fetal y perinatal, 2016; 1-11. Recuperado el 13 de abril de 2017.
22. Picot, M. Amenaza de parto pretérmino. Matronas profesión ; 2004; 5(17), 30-36. Recuperado el 18 de abril de 2017, de <https://studylib.es/doc/5954849/amenaza-de-parto-pret%C3%A9rmino>

23. Puerta, N. Guía de práctica clínica amenaza de parto pretérmino. Clínica de la mujer; 2014; 1, 1-14. Recuperado el 18 de abril de 2017, de https://www.clinicadelamujer.com.co/files/parto_pretermino.pdf
24. Illescas, J. Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino. Revista peruana de ginecología y obstetricia; 2008; 54(1), 11-14. Recuperado el 18 de abril de 2017, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a04v54n1.pdf
25. Cortés, E., Rizo, M., Aguilar, M., Rizo, J., & Gil, v. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. Scielo, nutrición hospitalaria; 2013; 28(5), 1/6. Recuperado el 18 de abril de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-16112013000500025
26. Asprea, I., Oscar, G., Nigri, c., & Lipchak, D. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección nacional de maternidad e infancia. 2013. 28. Recuperado el 30 de octubre de 2017, de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
27. Ministerio de Salud. (2007). Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstetricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: talleres de cinco editores. 2007. Recuperado el 30 de octubre de 2017, de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/guiaginecologia.pdf>
28. ProSego. Amenaza de parto pretérmino. Protocolos asistenciales en obstetricia; 2012; 347-361. Recuperado el 27 de abril de 2017
29. Ministerio de Salud. Guías de practica clinica servicio de medicina materno-fetal. Departamento de gineco-obstetricia. 2010. 53-55. Recuperado el 02 de mayo de 2017.
30. Chumbe, O., Cajas, A. M., Ramirez, I. R., Vega, I., Encinas, E., & Orderique, I. F. Guia de practica clinica para la atencion de emergencias obstetricas. Ministerio de la Salud Hospital Maria Auxiliadora Departamento de ginico obstetricia. 2012. 140-145. Recuperado el 02 de mayo de 2017.
31. Scielo Perú. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital Nacional de Lima . Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011. 57(4). Recuperado el 30 de octubre de 2017.
32. Araujo, C. A. Estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006 - 2010. Tacna: Biblioteca Central. 2012. Recuperado el 30 de octubre de 2017.
33. Huamán, S. M., & Canashiro, S. O. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestates del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora durante el año 2015. (S. Guadalupe, & S. Oshiro, Edits.) Revista Facultad Medicina Humana; 2015; 17(1), 32-42. Recuperado el 28 de marzo de 2018.

34. Millán, S. E., Alvarez, I. M., & Millán, M. E. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Medisur*; 2015; 13(4), 517-523. Recuperado el 04 de abril de 2018.
35. Baeza, F. J. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. Tesis Doctoral, Universidad de Alicante, Depto. de Farmacología, Pediatría y Química Orgánica, España. 2102. Recuperado el 03 de abril de 2018.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad

De 15-19 años () 20 – 24 años () 25 – 29 años ()

30-34 años () 35-39 años () más de 40 años ()

Estado civil

Soltera () casada () conviviente ()

Grado de instrucción

Sin instrucción () primaria incompleta () primaria completa ()
)

Secundaria incompleta () secundaria completa ()

Superior técnica () superior universitaria ()

Procedencia

Zona urbana () zona rural ()

Ocupación

Estudiante () ama de casa () empleada del hogar ()
)

Empleada del sector público y/o privado ()

II. DATOS OBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES

Paridad:

Primípara () segundípara () múltipara ()

Antecedente de aborto:

Si () no ()

Si la respuesta es sí especifique el número de abortos.....

Antecedentes de parto pretérmino:

Si () no ()

Si la respuesta es sí especifique el número de partos pretérmino.....

Controles prenatales:

Ningún control () 1-3 controles () 4-6 controles ()

Más de 6 controles prenatales ()

Preeclampsia:

Preeclampsia leve () preeclampsia severa () no presenta ()

Eclampsia:

Si () no ()

Desprendimiento prematuro de placenta:

Si () no ()

Placenta previa:

Si () no ()

Rotura prematura de membranas:

Si () no ()

III. EDAD GESTACIONAL DE LA PACIENTE

22 a < De 28 semanas () 28 a < 32 semanas ()

32 a < 37 semanas ()

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,de.....años, identificada con DNI:....., por medio del presente acepto participar en la investigación denominada “factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino. Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota – 2018”.

Habiendo sido informada sobre el propósito de la presente investigación, deposito mi plena confianza de que la información que se vierta en el instrumento será solo exclusivamente para fines de investigación.

.....

Firma

Chota,.....de.....del..2018

FACTOR DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS-CHOTA, 2018.

Autor:

Bachiller en obstetricia. Susana Guevara Fustamante. Egresada de la Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca Perú.

Palabras claves: factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos, amenaza de parto pretérmino.

Resumen: objetivo: Determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas –Chota.

Metodología: Corresponde a un tipo de estudio descriptivo correlacional con diseño no experimental de corte transversal, se realizó en un total de 89 gestantes que acudieron a emergencias del mencionado Hospital. **Resultados:** el mayor porcentaje de mujeres perteneció al grupo etario de 20-24 años (33,7%); la mayoría tuvo como grado de instrucción secundaria completa (30,3%), el 71,9% eran amas de casa, el 83,1% fueron convivientes, el 58,4% procedentes de la zona rural, el 66,3% no presentó antecedente de aborto, 65,2% presentaron entre 4-6 atenciones prenatales, el 56,2% tuvo preeclampsia tanto leve como severa, el 74,2% no presentó rotura prematura de membranas, el 37,1% fueron multiparas, el 88,8% no tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, el 86,5% no tuvo placenta previa, el 71,9% no presentaron antecedente de parto pretérmino y la mayor parte de gestantes tenían entre 32 a < 37 semanas de gestación (85,4%). Se encontró asociación entre las variables amenaza de parto pretérmino y el antecedente de aborto ($p= 0,022$); amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia ($p= 0,050$); amenaza de parto pretérmino y placenta previa ($p= 0,004$).

ABSTRAC: objective of the present investigation was to determine the relationship between sociodemographic and obstetric risk factors and the threat of preterm delivery in pregnant women attended at the José Hernán Soto Cadenillas-Chota Hospital. Corresponds to a type of correlational descriptive study with a non-experimental cross-sectional design, was carried out in a total of 89 pregnant women who came to the emergency room of the aforementioned Hospital and the following. **Results:** the highest percentage of women belonged to the age group of 20- 24 years (33.7%); the majority had complete secondary education (30.3%), 71.9% were housewives, 83.1% were cohabitants, 58.4% came from rural areas, 66.3% they did not have antecedents of abortion, 65.2% had between 4-6 prenatal care, 56.2% had both mild and severe preeclampsia, 74.2% had no premature rupture of membranes, 37.1% were multiparous, 88.8% did not present placental abruption, 86.5% did not have placenta previa, 71.9% did not have antepartum of preterm birth and the majority of pregnant women had between 32 to <37 weeks of gestation (85 ,4%). An association was found between the threatening variables of preterm delivery and the antecedent of abortion ($p = 0.022$); threat of preterm delivery and preeclampsia ($p = 0.050$); threat of preterm delivery and placenta previa ($p = 0.004$).

Introducción: La amenaza de parto pretérmino representa uno de los grandes problemas de salud perinatal a nivel mundial, suele presentar muchas veces un sintomatología imprecisa y al no ser detectada a tiempo puede llegar a desarrollarse y terminar en un parto pretérmino, los que sobreviven desarrollan un alto porcentaje de secuelas con diferentes grados de discapacidad, con un alto riesgo de daño neurológico, desordenes metabólicos enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales (1,2).

La amenaza de parto pretérmino es una complicación del embarazo muy frecuente, proceso fisiológico que está vinculado a factores sociodemográficos como; edades extremas de la vida, niveles básicos de instrucción, procedencia rural, ocupación ama casa, estado civil conviviente y a factores obstétricos como; antecedentes de aborto, atención prenatal inadecuada, preeclampsia, rotura prematura de membranas, multiparidad, antecedentes de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.

Lo anterior mencionado destaca la importancia que tiene el estudio de amenaza de parto pretérmino y sus factores de riesgo responsables del aumento de la morbimortalidad tanto materna como perinatal,

por ello surgió la inquietud de realizar un estudio de investigación descriptiva con la finalidad de determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota, 2018.

Llegando a la conclusión que los factores de riesgo estadísticamente significativos asociados a la amenaza de parto pretérmino fueron el antecedente de aborto, preeclampsia y placenta previa. Resultados importantes para el aporte científico.

Materiales y métodos: la unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que acudieron atenderse en el Hospital José Soto Cadenillas- chota, durante los meses de enero a marzo del 2018. El diseño de la presente investigación es de tipo no experimental y de corte transversal; el tipo de estudio es descriptivo, prospectivo, cuyo diseño estuvo orientado a identificar los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino. La técnica utilizada fue la encuesta realizada a cada una de las gestantes con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y la revisión de dichas historias clínica, consignando: características sociodemográficas y obstétricas, posteriormente se procedió a la tabulación y análisis de datos que fueron diseñados en tablas estadísticas.

Tabla 01. Factores sociodemográficos de las gestantes con amenaza de parto pre término atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota, 2018.

Edad	n°	%
15-19 años	14	15,7
20-24 años	30	33,7
25-29 años	18	20,2
30-34 años	18	20,2
35-39 años	9	10,1
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	8	9,0
Primaria completa	7	7,9
Secundaria incompleta	24	27,0
Secundaria completa	27	30,3
Superior técnica	15	16,9
Superior universitaria	8	9,0
Procedencia		
Urbana	37	41,6
Rural	52	58,4
Ocupación		
Estudiante	9	10,1
Ama de casa	64	71,9
Empleada del hogar	3	3,4
Empleada del sector público y/o privado	13	14,6
Estado civil		
Soltera	4	4,5
Casada	11	12,4
Conviviente	74	83,1
Total	89	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de gestantes con amenaza de parto pretérmino pertenece al grupo etario de 20-24 años con un 33,7%; un importante 15,7% corresponde al grupo de adolescentes y el 10,1% al grupo de gestantes entre 35-39 años. Estos resultados difieren con los encontrados en la investigación realizada por Olaya (2013) quien reportó que el 6% tenían entre 14 y 15 años, mientras que el 21% oscilaba entre 16 y 17 años y el 73% entre los 18 y 19 años (9); Taboada (2013) informó que el 49,3% de las gestantes tenían edades entre 19 a 35 años (6); Cruz (2014) reportó que la edad materna oscilaba entre el rango de 20 a 35 años con el 72,5% (13); Saavedra (2014) determinó que la edad materna estuvo entre los 20 a 34 años con el 74,5% (15); García (2015) reportó

que la edad materna oscilaba entre los 20 a 35 años en el 50% (16); Rodríguez y Cols. (2013) en su estudio que realizaron afirman que la edad de las madres fue mayores de 35 años con el 14,6% (11).

La edad cobra importancia porque las edades extremas de la vida reproductiva son consideradas como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino, información que concuerda con la investigación realizada por Olaya (2013), Rodríguez y Cols (2013), quienes afirman que tanto las unas como las otras se asocian significativamente a la amenaza de parto pre término; en las adolescentes, el riesgo proviene debido a un estado nutricional preconcepcional deficitario, por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general y en las de edad avanzada la edad influye en las estructuras anatómicas vasculares como mayor riesgo de aterosclerosis un probable inicio de la disminución hormonal y otros factores que son propios de la edad, y que las convierte en grupos susceptibles (33).

En cuanto al grado de instrucción, el mayor porcentaje de gestantes con amenaza de parto pretérmino tienen secundaria completa e incompleta con el 30,3% y 27,0% respectivamente, el porcentaje es el mismo tanto para las gestantes con grado de instrucción primaria incompleta como para aquellas con superior universitaria en el 9,0%. Estos resultados se asemejan al estudio de Genes (2012) quien informó que solo una gestante no contaba con estudios, mientras que el 61,2% referían estudios secundarios (9); Taboada (2013) reportó que el 49,3% contó con grado de instrucción secundaria (6); pero difieren con los resultados mostrados por Olaya (2013) quien informó que el 2% tenía instrucción primaria, el 93% contó con instrucción secundaria, y el 5% presentó instrucción superior (10); Guevara (2015) refirió que el 40,62% del total tuvo un nivel de educación secundario, el 23,95% acabó la primaria, el 23,43% contaba con estudios superiores y tan solo el 11,97 % eran analfabetas (12); Saavedra (2014) publicó que el 78,2% tuvo instrucción secundaria (15).

El nivel educativo es importante porque permite optar por conductas de autocuidado saludables sobre todo en la gestación, adquirir conocimientos y reconocer precozmente signos y síntomas que puedan estar asociados al parto pre término como infección de vías urinarias la cual amerita un tratamiento oportuno eficaz para evitar complicaciones como la amenaza de parto pretérmino; la infección de vías urinarias puede causar irritabilidad uterina debido a que es probable que las bacterias produzcan un estímulo de la síntesis de prostaglandinas ya sea en forma directa o a través de ciertos mediadores inflamatorios como las interleuquinas, el factor de agregación plaquetaria y el factor de necrosis tumoral el aumento de las prostaglandinas circulantes incrementa la actividad uterina y desencadena mayor contractilidad uterina que puede llevar a parto pretérmino, de igual forma una gestante con niveles educativos altos, probablemente tendrán una higiene íntima cuidadosa que evita infecciones tales como la tricomoniasis que pueden disminuir la longitud tensil de las membranas y ocasionar no solamente una amenaza sino un parto pretérmino (33).

Respecto a la procedencia, se puede apreciar que el mayor porcentaje de las gestantes con amenaza de parto pretérmino son de procedencia rural con un 58,4% y el 41,6% son de la zona urbana, resultados

que difieren con los encontrados por Olaya (2013) quien en su estudio mostró que el 10% tenía procedencia rural, el 73% provenía de la zona urbana y el 17% de los casos presentaban como procedencia la zona urbano-marginal (10); Guevara (2015) encontró que el 32,81% vivían en la zona urbana y el 69,87% tenían residencia en la zona rural (12); Taboada (2013) informó que el 45,3% referían como procedencia las zonas urbanas marginales (6); Saavedra (2014) reportó que las gestantes de su estudio procedían de la zona Urbano Marginal en el 43,6% y de la zona Urbana con el 40,0% (15).

Estos datos posiblemente se deban al hecho de que el Hospital de Chota es un establecimiento de referencia y acuden a ser atendidas gestantes de los diversos establecimientos de salud de las zonas rurales, dato importante pues, las poblaciones de la zona rural muchas veces tienen limitaciones al acceso de los servicios de salud sobre todo de calidad, oportuna y eficiente hechos que unidos en la mayoría de las veces a un bajo nivel educativo y déficit nutricional, constituirán factores de riesgo para posibles complicaciones obstétricas.

El estado nutricional de la gestante y su evolución durante el embarazo constituye un factor fuertemente asociado a la ocurrencia de complicaciones, la desnutrición materna produce un déficit inmunológico del organismo por las propiedades antimicrobianas de la ferritina (anemia ferropénica) que favorece la invasión de gérmenes que provocan infecciones a diferentes niveles ocasionando procesos inflamatorios capaces de desencadenar el trabajo de parto pretérmino, la anemia materna también genera estrés tanto en la madre como en el feto esta situación genera mayor producción de prostaglandinas y de oxitocina provocando una amenaza de parto pretérmino que si no es tratada a tiempo conllevaría a producirse un parto pretérmino (34,35).

De otra parte la población de la zona rural tiene una cultura arraigada impregnada de múltiples mitos, creencias y costumbres que de alguna manera aumentan aún más la probabilidad de infecciones.

Al tratar la ocupación de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se observa que el mayor porcentaje son amas de casa con 71,9%, un 14,6% son trabajadoras del sector público y/o privado y un 10,1% son estudiantes, resultados que son similares a los resultados de Valencia (2016) quien reportó que el 71,1% eran amas de casa, el 20% fueron estudiantes y un 8,9% se dedicaban al comercio (19), Alarcón (2017) quien informó que la mayoría tenía como ocupación ama de casa con el 77,8% (20).

Estos resultados se deban posiblemente a que la mayor parte de las gestantes con esta morbilidad provienen de la zona rural, donde su nivel de educación es básico y por lo tanto la ocupación de las mujeres de esta zona es ser ama de casa, lo cual implica estar sometidas a la carga del trabajo doméstico que dependen de las exigencias familiares del hogar y a esto se le suma que también se dedican a la ganadería y agricultura implicando un esfuerzo físico excesivo, por otra parte el trabajo que ellas realizan a lo largo de todo el día requiere de un gran esfuerzo psíquico a cambio tienen escasas recompensas materiales o psicológicas que contribuyen a amortiguar su estrés.

La actividad física excesiva o inadecuada que realizan las amas de casa durante el embarazo aumenta el gasto energético e índice desfavorable en la nutrición fetal, se considera que el exceso de carga física como el levantamiento, descenso, empuje, arrastre y la manipulación de objetos pesados que implica el ser ama de casa puede retardar el crecimiento fetal a través de un efecto sobre el flujo sanguíneo ya que tanto el ejercicio como determinadas posturas de trabajo reducen la perfusión sanguínea uteroplacentaria, aumentan la presión intraabdominal y provocando contracciones uterinas de esta manera estimulando el parto, las condiciones ambientales como el ruido, la temperatura, la humedad y el estrés psicosocial materno al que están expuestas las amas de casa también afecta con un porcentaje considerable a trabajadoras del sector público y/o privado y estudiantes, relacionándose consistentemente con amenaza de parto pretérmino, puede producir estrés fetal con una reducción uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal parecería que el principal mediador inductor de prematuridad por estrés es el factor liberador de corticotrofina, este factor proviene principalmente del hipotálamo aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina, estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello uterino, a su vez las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de hormona corticotrófica de la placenta, membranas ovulares y decidua iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenarían el parto pretérmino (35,6).

Al tratar el estado civil de las gestantes con amenaza de parto pretérmino se puede apreciar que el 83,1% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino fueron convivientes y un 4,5% tenía estado civil soltera, resultados que difieren con los resultados informados por Taboada (2013) quien reportó que el 72,0% eran convivientes (6), Saavedra (2014) afirma que el 76,4% tenían como estado civil convivientes (15), Valencia (2016) mostró que el 62,2% presentó estado civil conviviente, seguido de soltera con el 24,44%, y solo el 13,33% fueron casadas (18), Alarcón (2017) refiere que el 53,7% fueron convivientes (20).

La estabilidad de la pareja no influye directamente en la presencia de prematuridad, influye en los estados emocionales y socioeconómicos de la madre por eso se considera que las madres solteras son el grupo más vulnerable, y las que presentan una integración familiar y social inadecuada, ello las predispone a tener una reacción negativa frente al embarazo generando un nivel de estrés y depresión más elevado lo cual desencadenaría niveles altos de cortisol el cual está relacionado con parto pretérmino, de otra parte las mujeres solas probablemente tengan menos atenciones prenatales, hecho que puede incrementar los riesgos y complicaciones obstétricas y perinatales, además a esto se suma que parte de estas gestantes solteras son de edades extremas como las adolescentes, y las de edad avanzada y que proceden de las zonas rurales el cual presentan un nivel básico de instrucción, son mujeres que tienen poco acceso a la información sobre los cuidados, riesgos que implica el embarazo y en lo que respecta

a la amenaza de parto pretérmino por ende son gestantes con menos protección y con mayor riesgo de padecer esta patología.

Tabla 02. Factores obstétricos de las gestantes con amenaza de parto pre término atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota, 2018.

Antecedente de aborto	n°	%
Sí	30	33.7
No	59	66.3
Controles prenatales		
1-3 controles	14	15.7
4-6 controles	58	65.2
Más de 6 controles	17	19.1
Preeclampsia		
Leve	28	31.5
Severa	22	24.7
No presenta	39	43.8
Rotura prematura de membranas		
Sí	23	25.8
No	66	74.2
Paridad		
Primípara	24	27
Segundípara	32	36
Múltipara	33	37.1
Antecedente de parto pretérmino		
Sí	25	28.1
No	64	71.9
Desprendimiento prematuro de placenta		
Sí	10	11.2
No	79	88.8
Placenta previa		
Sí	12	13.5
No	77	86.5
Edad gestacional		
28 a <32 semanas	13	14.6
32 a <37 semanas	76	85.4
Total	89	100

Fuente: datos recolectados por la autora

En esta tabla se puede apreciar que del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino el 66,3% no presenta antecedente de aborto, mientras que el 33,7% si lo tuvo, resultados que se asemejan con el estudio de Guevara (2015) quien reportó que el 66,54% no presentaba antecedente de aborto, el 28,12% presentó un aborto previo, el 8,34% tuvo dos a tres abortos (12); Taboada (2013) afirma que el 60,0% del grupo de gestantes no mostró antecedentes de aborto (6); Cruz (2014) informó que el 30% presentó antecedente de aborto (13); García (2015) reportó que el 73,3% no presentó ningún antecedente de aborto, mientras que el 23,3% refirió antecedente de un aborto y el 3,3% tuvo dos abortos (16).

El aborto es una patología, sería que puede complicarse de diversas maneras pudiendo llegar a comprometer la fertilidad de la mujer pudiéndola llevar incluso a la muerte, dependiendo de si es espontáneo o provocado. El aborto espontáneo suele presentarse con frecuencia en las primeras semanas del embarazo y por lo general se presenta en mujeres muy jóvenes o de edad avanzada; en tanto que el aborto provocado lo realiza la mujer en cualquier edad sobre todo cuando es un embarazo no deseado, producto de tener relaciones sexuales sin protección o por falla del método.

El aborto espontáneo es la interrupción del embarazo espontáneamente con expulsión total o parcial del producto de la concepción, en el aborto provocado se remueve de la cavidad uterina el producto de la concepción; cabe mencionar que es de mucha relevancia el periodo en que este ocurre o edad gestacional en la que se produce el aborto inducido o espontáneo y la técnica empleada (dilatación más curetaje o aspiración), ambos ocasionan daño en el cérvix y en la cavidad uterina pero el riesgo es mayor cuando el aborto es inducido o cuando se realiza a una edad gestacional mayor y el número de abortos ocurridos, de esta manera favoreciendo en el futuro la aparición de parto pretérmino, esta asociación puede deberse a incompetencia cervical producido por legrados uterinos la incompetencia cervical corresponde a la incapacidad del cuello uterino de mantener su rigidez propia necesaria para la mantención del embarazo hasta el final de la gestación, desde el punto de vista práctico la incompetencia cervical se define como la dilatación pasiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas dolorosas, si nada altera el curso de esta condición probablemente termina en un parto pretérmino (9).

En relación al número de atenciones prenatales se evidencia que el 65,2% del total de gestantes presentaron de 4-6 atenciones prenatales y un 15,7% tuvo de 1-3 atenciones prenatales, estos resultados difieren de los resultados encontrados por Genes (2012) quien en su estudio informó que el 54,9% del grupo de gestantes no contaba con controles prenatales satisfactorios (es decir más de cinco atenciones prenatales) (9); Olaya (2013) reportó que el 6% no presentó ninguna atención prenatal durante su embarazo, el 12% refería 3 atenciones prenatales, el 17% tenían entre 4 y 5 atenciones prenatales y el 65% presentó más de 6 atenciones prenatales (10); Guevara (2015) informó que el 52,60% contó con menos de tres controles prenatales, el 41,68% presentó más de tres controles prenatales y el 5,72% no tenía ningún control prenatal (12); Taboada (2013) encontró que el 53,3% contaban con atención prenatal controlada (6); Sánchez (2014) reportó que el 41,4% de las gestantes

no tuvo atención prenatal adecuada (14); Saavedra (2014) afirma que el 61,8% contó con menos de 6 controles prenatales (15).

A menos controles prenatales o el tener un control prenatal inadecuado es decir menos de 5 controles prenatales se considera factor de riesgo para parto pretérmino, información que concuerda con la investigación realizada por Taboada (2013), Sánchez (2014), Saavedra (2014) quienes afirman que a menos atenciones prenatales mayor será el riesgo de presentar esta morbilidad, el embarazo sin control o con una atención prenatal inadecuada constituye motivo de preocupación de salud pública por los efectos adversos que puede tener tanto en la gestante como en el producto de la gestación lo cual se entiende porque la calidad, eficacia y frecuencia del control prenatal permite hacer una evaluación integral de la salud materna y fetal, influyendo para el reconocimiento oportuno de signos y síntomas de alarma de varias morbilidades que se presentan durante el embarazo, la falta de vigilancia del embarazo es un problema de salud que afecta a toda la población, las gestantes de procedencia rural presentan dificultades para acceder a un establecimiento de salud, por la falta de transporte y en ocasiones por la idiosincrasia de la población.

Con respecto a la preeclampsia puede apreciar que del total de casos el 43,8% no presentó esta morbilidad, mientras que el 31,5% presentaron preeclampsia leve y el 24,7% tuvo preeclampsia severa, datos que difieren con los resultados informados por Genes (2012) quien afirma que el 16,7% tuvo preeclampsia (9); Olaya (2013) quien reportó que el 42% presentó preeclampsia (10); Guevara (2015) informó que el 44,79% tuvo preeclampsia (12); Taboada (2013) encontró en sus estudio que el 9,3% tuvo preeclampsia (6); Sánchez (2014) afirma que el 27% presentó preeclampsia (14); Saavedra (2015) quien reportó que el 9,1% tuvo preeclampsia (15).

La preeclampsia es una patología que puede ser causa indirecta de parto pretérmino y por ende es la complicación más frecuente durante el embarazo, la preeclampsia es una enfermedad específica de la placenta que tiene como único tratamiento definitivo la interrupción del embarazo para salvaguardar la salud tanto de la madre como del niño, implicando gestaciones pretérmino, en la madre puede complicarse evolucionando a eclampsia o puede manifestarse con el grave cuadro de síndrome de HELLP, pero también en forma de hemorragias, edema de pulmón, insuficiencia renal, en el feto suele acompañar de insuficiencia placentaria que puede llegar a causar la muerte fetal.

La preeclampsia se ha asociado a amenaza de parto pretérmino, debido a que es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción del epitelio vascular en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal ello se asocia a isquemia placentaria dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria, causando dificultad a la placenta en el transporte de

oxígeno al feto, en esta entidad la disminución aguda y crónica de oxígeno al feto produce consecuentemente la aparición de esta morbilidad (35).

En relación a la rotura prematura de membranas se puede apreciar que el mayor porcentaje de gestantes con amenaza de parto pretérmino no presentaron esta patología con un 74,2%, mientras que el 25,8% si presentó esta morbilidad, resultados que difieren con los resultados reportados por Taboada (2013) quien afirma que el 36% tenía rotura prematura de membranas (6); Sánchez (2014) quien informó que el 34,4% presentaron rotura prematura de membranas (14).

La importancia de la rotura prematura de membranas radica en que es una patología que está asociada a casos de parto pretérmino, información que concuerda con Taboada (2013), Sánchez (2014) quienes afirman que la rotura prematura de membranas es el factor de riesgo más predictivo sobre el parto pretérmino, esta asociación posiblemente se deba a que comparten ciertos eventos fisiopatológicos, como los procesos infecciosos vaginales y urinarios siendo estas infecciones las más frecuentes durante el embarazo, existen modificaciones anatómicas y funcionales que incrementan el riesgo de producirse estas infecciones que a través de diversos agentes produce que estos asciendan durante el embarazo por tanto cuando no hay un tratamiento oportuno estas infecciones alcanzan las membranas amnióticas en consecuencia desencadena el trabajo de parto pretérmino al activar el sistema inmunitario innato propiciando la liberación de citosinas, induciendo a la producción de prostaglandinas y estas estimulan las contracciones uterinas aumentando la tensión en las membranas ovulares y como consecuencia se produce la rotura prematura de membranas, conduciendo a un parto pretérmino situación que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal constituyendo así un problema de salud pública.

Inicialmente las infecciones se localizan en la unión coriodecidual estos procesos infecciosos incrementan la síntesis de prostaglandinas y enzimas proteolíticas que primeramente inducen a cambios cervicales e inicio de contracciones uterinas que aumentan la tensión en las membranas ovulares que han sufrido cambios en la matriz de colágeno por la acción de elastasas y enzimas proteolíticas producidas por los agentes bacterianos, se ha encontrado que la incidencia es mayor en aquellas mujeres colonizadas con estreptococo del grupo B, clamidia y tricomonas a nivel de la zona cervicovaginal (6).

Referente a la paridad se puede apreciar que el 37,1% de las gestantes con amenaza de parto pretérmino fueron multíparas, y el 27,0% eran primíparas, resultados que difieren con los encontrados por Taboada (2013) quien reportó que el 58,7% tuvo gestaciones previas (multigesta) (6); Saavedra (2014) quien informó que el 49,1% eran primíparas (15); pero si guardan cierta similitud con los resultados mostrados por Guevara (2015) quien encontró en su investigación que el 37,50% eran multíparas y el 62,5% del total de gestantes fueron nulíparas (12).

Estos resultados se deban posiblemente a que la mayor parte de las gestantes proceden de la zona rural donde su nivel de instrucción es básico, por ende es lógico pensar que la multiparidad es una situación

que está directamente ligada a la falta de educación sexual y planificación familiar, la multiparidad es considerada una de las principales causas de morbilidad tanto de la madre como del niño durante y después del embarazo. El simple hecho de quedar embarazada se toma como factor de riesgo materno para que se presenten un gran número de patologías propias del embarazo como otras agregadas o magnificadas por el mismo, durante el embarazo se producen cambios a nivel del útero que permiten su crecimiento para alojar al producto en desarrollo, esto se debe al estiramiento de las fibras musculares y a la formación de los sacos ovulares como el corion y el amnios; debido a estos grandes cambios que ocurre en la anatomía uterina se puede producir con cada embarazo y con cada parto una disminución en la capacidad de distensión o elasticidad y daño de las fibras musculares de la cavidad cervico-uterino aumentado el riesgo de incompetencia ístmico cervical donde el cuello uterino se abre antes del término del embarazo originando un parto pretérmino.

De otra parte, la multiparidad es de suma importancia debido a que existe en la actualidad un número elevado de gestantes adolescentes y de edad avanzada que se ven inmersos en esta situación lo cual puede traer consigo serios problemas durante el embarazo o en la etapa post parto como distocias de presentación, atonías uterinas, anemias y desnutrición severa en la madre.

En cuanto al antecedente de parto pretérmino se puede apreciar que 28,1% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron esta morbilidad, mientras que el 71,9% no presentó esta patología, resultados que concuerdan con los resultados reportados por Guevara (2015) quien informó que el 27,60% presentaron antecedente de parto pretérmino (12), pero difieren con los resultados informados por Genes (2012) quien reportó que el 7,5% presentó antecedente de parto pretérmino (9), Cruz (2014) afirma que el 65% tuvo antecedente de parto pretérmino (13), Sánchez (2014) determinó que el 7,4% presentó antecedente de parto pretérmino (14), Saavedra (2014) reportó que el 7,3% tenían antecedente de prematuridad (15), Carnero (2016) informó que el 56,7% tuvo un antecedente de parto pretérmino (18).

El antecedente de parto pretérmino es uno de los factores más asociados a parto pretérmino información que concuerda con Genes (2012), Sánchez (2014), Carnero (2016) quienes afirman que el antecedente de prematuridad es un factor de riesgo significativo para que en una siguiente gestación se vuelva a presentar la misma patología, esto como consecuencia posiblemente a que en la gestación anterior no hubo una identificación oportuna de las causas que provocaron la interrupción temprana del embarazo, por tanto, no han recibido el tratamiento correcto para combatir estas morbilidades causantes de prematurez, por ende, algunas de estas causas seguirán persistiendo en el organismo materno después del embarazo y otras que desaparecerán pero sin ningún tratamiento estas causaran susceptibilidad en el cuerpo de la madre, en consecuencia al presentarse un nuevo embarazo intensificaría a las morbilidades que siguen presentes en el organismo de la gestante, en tanto que las otras se presentarían con mayor agresividad y a una edad gestacional menor, de esta manera aumentaría el riesgo de presentar nuevamente un parto antes del término, a esto sumamos que estas gestante presenta algunos

factores de riesgo que no se pueden modificar ni cambiar como; su procedencia en las zonas rurales, nivel instrucción, edades maternas extremas como las adolescentes y las de edad avanzada y la multiparidad, son factores que contribuirán para que el riesgo sea mayor de presentar un nuevo parto pretérmino.

En relación al desprendimiento prematuro de placenta se puede apreciar que el 11,2% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron esta morbilidad, mientras que el 88,8% no presentó esta patología, estos resultados difieren con los resultados de Taboada (2013) quien afirma que el 97,3% presentaron desprendimiento prematuro de placenta, el 2,7% no presentó (6), Valencia quien reportó que el 97,78% no tuvo desprendimiento prematuro de placenta (19).

Estos resultados posiblemente se le atribuyan a que la mayor parte de gestantes en estudio son multíparas y presentan preeclampsia tanto leve como severa siendo estas situaciones factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta, es una de las principales causas de hemorragia asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, es una patología que tiende a ocurrir con mayor frecuencia en embarazos posteriores, la separación parcial o total de la placenta de su área de inserción constituye una de las situaciones más importantes y críticas en la salud tanto de la madre como el feto por el curso agudo en que se desarrolla esta morbilidad, afectando el desarrollo normal del embrión, por tanto una vez instalado en el organismo materno obliga a concurrir a la terminación del embarazo causando de esta manera el parto pretérmino.

En lo que respecta a placenta previa se puede observar que el 13,5% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino presentaron esta morbilidad, mientras que el 86,5% no presentó esta patología, resultados que difieren con los resultados de Olaya (2013) quien reportó que el 5% presentaron placenta previa (10); Guevara (2015) quien afirma que el 4,68% presentó placenta previa (12); pero si guardan similitud con lo reportado por Rodríguez (2013) quien informó que el 9,3% presentaron placenta previa (11).

Estos resultados se generaron posiblemente a que la paridad con mayor frecuencia es la multiparidad, siendo esta una de las principales causas de placenta previa, esta relación estaría dada debido a que gestaciones previas pueden provocar una lesión permanente del endometrio convirtiéndolas en zonas poco aptas para nuevas placentaciones, de otra parte, esta asociación estaría relacionada con cicatrices secundarias a intervenciones uterinas anteriores o intervenciones por tumoraciones como miomas submucosos o pólipos endometriales y endometritis, si bien es cierto en estos casos la inserción inicial de la placenta estaría en el fondo del útero pero debido a la lesión previa de la cavidad uterina el crecimiento sería unidireccional hacia la zona del istmo, y como consecuencia de esto se genera una placenta previa, siendo esta morbilidad una de las complicaciones más frecuentes de hemorragia durante el embarazo, que generaría no solo una amenaza de parto pretérmino si no que debido a la mala

inserción de la placenta que no permite que la gestación siga su curso obligando a que el embarazo se termine antes del tiempo indicado provocando un parto pretérmino.

En relación a la edad gestacional se puede apreciar que el 85,4% del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino tenía entre 32 a < 37 semanas de gestación, mientras que el 14,6% tuvo entre 28 a < 32 semanas de gestación, resultados que concuerdan con los resultados encontrados por Olaya (2013) quien afirma que el 13% cursaban entre las 28-32 semanas, el 62% presentaban entre las 33-34 semanas, el 26% tuvo entre las 35-36 semanas de gestación (10), Guevara (2015) quien reportó que el 48,96% cursaban entre las 32-34 semanas, el 32,29% tuvo entre las 35-36 semanas y el 18,75% presentaron entre 28-32 semanas de gestación (12).

Estos resultados posiblemente se le atribuyan a que la mayor parte de gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino son de la zona rural que cuentan con nivel básico de instrucción, estos determinantes juegan en contra de la salud de la madre sobre todo en el cuidado íntimo de estas gestantes, permitiendo de alguna manera que ciertas morbilidades como son las infecciones urinarias y vaginales que son las que se presentan con mayor frecuencia, y están consistentemente relacionadas a parto pretérmino por lo que generan contracciones uterinas, se instalen con mayor facilidad, al no ser detectadas y tratadas a tiempo van causando mayor morbilidad y dando cabida para que se presenten otras complicaciones, por tanto, habrá mayor posibilidad que se presente amenaza de parto pretérmino a una edad gestacional menor, que puede llegar a terminar en un parto pretérmino, en estos casos mayor será el riesgo para el feto de presentar déficit de desarrollo neurológico, metabólico y capacidad cognitiva requiriendo además de costosos cuidados a lo largo de su desarrollo, a diferencia de los que nacen a una edad gestacional mayor, pues, tienen más posibilidades de sobrevivir y menor será la probabilidad de sufrir daños a corto, medio y largo plazo.

La mayor parte de muertes y los daños neonatales corresponden a los partos que se producen antes de la semana 34 de gestación, de otra parte, en la madre tendrá mayor probabilidad de presentar en su siguiente embarazo un parto pretérmino.

Tabla 03. Amenaza de parto pretérmino según antecedente de aborto en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota, 2018.

Antecedente de aborto	Edad gestacional				Total	
	28 a < 32 semanas		32 a < 37semanas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sí	8	26,70	22	73,30	30	33,70
No	5	8,50	54	91,50	59	66,30
Total	13	14,60	76	85,40	89	100,00

Fuente: datos recolectados por la autora

$$X^2 = 5,277$$

$$p = 0,022$$

En esta tabla se puede percibir que del 33,7% de gestantes con antecedente de aborto el 26,7% tuvo amenaza de parto pretérmino entre las 28 a < 32 semanas de gestación, mientras que el 73,3% presentaron amenaza de parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas de gestación.

Como puede verse el antecedente de aborto incide mayormente en el parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas, esto probablemente por la presión que ejerce el polo fetal sobre la parte inferior del cuerpo uterino debido al aumento en talla y peso que va ganando el feto, además posiblemente también se deba a los movimientos constantes que realiza el feto a estas edades gestacionales ya que a mayor edad de gestación mayor es el número de la frecuencia diaria de los movimientos, de esta manera ocasionando mayor distensión en un cérvix incompetente, problema que se origina después de abortos y legrados uterinos consecutivos, en cuanto a los partos pretérminos entre las 28 a < 32 semanas es menor su incidencia, esto se estaría presentando debido a que los fetos de esta edad gestacional aún son pequeños y realizan menos movimientos fetales a diario, por tanto la presión que generara el feto será menor sobre el cérvix; sin embargo cabe resaltar que el número de abortos, el periodo en que este ocurre, el tipo y la técnica empleada en caso de abortos inducidos es de mucha importancia en el desencadenamiento de un parto pretérmino (9).

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables antecedente de aborto y amenaza de parto pretérmino según lo determina el p valúe que es de 0,022.

Tabla 04. Amenaza de parto pretérmino según preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota, 2018.

Preeclampsia	Edad gestacional				Total	
	28 a < 32 semanas		32 a < 37 semanas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Leve	4	14,3	24	85,7	28	31,5
Severa	0	0,0	22	100,0	22	24,7
No presenta	9	23,1	30	76,9	39	43,8
Total	13	14,6	76	85,4	89	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 6,009$$

$$p = 0,050$$

En la presente tabla se puede apreciar que del 31,5% de gestantes que presentaron preeclampsia leve el 14,3% presentó amenaza de parto pretérmino entre las 28 a < 32 semanas de gestación, mientras que del 24,7% de gestantes que tuvo preeclampsia severa el 100,0 % tuvo amenaza de parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas de gestación.

En esta tabla se puede apreciar que tanto la preeclampsia leve como la severa repercuten mayormente en el parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas de gestación, esto como consecuencia probablemente a que al presentarse esta patología a estas edades de gestación se tiende por lo general a la interrupción del embarazo sobre todo en el estado severo de la preeclampsia, es una patología de carácter progresivo e irreversible de gravedad considerable cuyo tratamiento único es la culminación de la gestación, lamentablemente el resultado será un parto pretérmino a fin de salvaguardar el bienestar materno así como la del feto, mientras que la preeclampsia leve incide con menor frecuencia en el parto pretérmino entre las 28 a < 32 semanas, esto posiblemente se estaría presentando debido a que al presentarse la preeclampsia en este estado no se tiende por lo general a la terminación inmediata de la gestación, ya que es menor las posibilidades de generar complicaciones que ponen en peligro la salud y la vida tanto de la madre como del feto, si bien es cierto la preeclampsia es una complicación del embarazo de rápida evolución y con graves consecuencias si esta no es identificada y tratada oportunamente, pero al presentarse de esta manera y al ser identificada en su estado leve aun permite tomar medidas que eviten su desarrollo a un estado más crítico, esto con el fin de evitar que se produzcan partos muy prematuramente.

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables preeclampsia y amenaza de parto pretérmino según lo determina el p valúe que es de 0,050.

Tabla 05. Amenaza de parto pretérmino según placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota, 2018.

Placenta previa	Edad gestacional				Total	
	28 a < 32 semanas		32 a < 37 semanas		N	%
	n°	%	n°	%		
Sí	5	41,70	7	58,30	12	13,50
No	8	10,40	69	89,60	77	86,50
total	13	14,60	76	85,40	89	100,00

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$X^2= 8,142$

$p= 0,004$

En la presente tabla se puede observar que del 13,5% que presentaron placenta previa, el 41,7% presentó amenaza de parto pretérmino entre las 28 a < 32 semanas de edad gestacional y el 58,3% presentaron esta patología entre las 32 a < 37 semanas.

Como se puede apreciar en la presente tabla la placenta previa incide mayormente en el parto pretérmino entre las 32 a < 37 semanas de gestación, esto como consecuencia posiblemente al tipo de placenta previa, las de inserción baja y las marginales son las que menos complicaciones presentan por lo que permite que el embarazo alcance una edad gestacional mayor, mientras que el grupo de los muy prematuros que están comprendidos entre las 28 a < 32 semanas predominaría la placenta previa parcial y la total, el aumento en talla y peso que va ganando el feto provocaría mayor compresión sobre la placenta desencadenando la hemorragia, condición que impedirá que la gestación siga su curso, la hemorragia anteparto es una grave complicación obstétrica que potencialmente amenaza el desarrollo normal de la gestación y la vida del binomio madre-niño, por ende, guarda una estrecha relación con la amenaza de parto pretérmino que puede llegar a complicarse de manera tal que provocaría la interrupción temprana de la gestación, la gravedad de esta patología depende del lugar de ubicación de la placenta mayor será el riesgo si esta cubre total o parcialmente el orificio cervical interno, es en estas formas que causa mayor frecuencia no solo de amenaza de parto pretérmino si no que puede llegar a causar el nacimiento de un feto muy prematuramente.

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre las variables placenta previa y amenaza de parto pretérmino según lo determina el p valúe que es de 0,004

CONCLUSIONES

4. Las gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino en su mayoría tenían entre 20-24 años de edad, secundaria completa, procedían de las zonas rurales, fueron amas de casa y eran convivientes.
5. Un porcentaje significativo de gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino tenían antecedente de aborto, de 4-6 atenciones prenatales, preeclampsia tanto leve como severa, rotura prematura de membranas, eran multíparas, presentaron desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, antecedente de parto pretérmino y la mayoría de gestantes presentó entre las 32 a < 37 semanas de gestación.
6. Los factores de riesgo obstétricos asociados estadísticamente significativos a la amenaza de parto pretérmino fueron: el antecedente de aborto con un ($p = 0,022$), la preeclampsia ($p = 0,050$) y la placenta previa ($p = 0,004$), de esta manera quedando comprobada la hipótesis planteada en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

36. Quiroz, G., Alfaro, R., Bolívar, M., & Solano, N. Tema 2-2016: Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016. I(1), 75-79. Recuperado el 05 de abril de 2017.
37. Consalud.Es. En los últimos 18 años los partos pretérmino en España se han incrementado un 7,4%. España: Grupo Mediforum; 2016. Recuperado el 01 de abril de 2017, de <https://consalud.es/pacientes/en-los-ultimos-18-anos-los-partos-pretermino-en-espana-se-han-incrementado-un-74-25013>.
38. Organización Mundial de la Salud. Nacidos demasiado pronto: Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. Nueva York: Kristof Creative y the Miracle Book. 2012. Recuperado el 01 de abril de 2017, de http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_execsum_es.pdf?ua=1.
39. 20 Minutos Editora. Aumenta el número de nacimientos prematuros, con 15 millones en el mundo. España: 20 Minutos Editora, S.l. 2012. Recuperado el 01 de abril de 2017, de <http://www.20minutos.es/noticia/1416053/0/nacimientos-prematuros/onu/oms/>.
40. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Perú: Ministerio de Salud; 2016. Recuperado el 01 de abril de 2017, de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/cnv/boletin_cnv_16.pdf.
41. Taboada, R. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de enero a diciembre 2013. Tesis para optar el título de médico cirujano; 2015; 49-53. Recuperado el 04 de abril de 2017, de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/unap/3786>.
42. Perkinelmer. Nacimiento Prematuro: Retos y oportunidades de la predicción y la prevención; 2009; 6-49. recuperado el 05 de abril de 2017, de http://www.efcni.org/fileadmin/daten/web/brochures_reports_factsheets_position_papers/prevention_perkin_elmar/1244-9856_perkin_elmer_spanish.pdf.
43. Couto, D., Nápoles, D., & Montes, P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Medisan; 2014; 18(6), 852-857. Recuperado el 06 de abril de 2017, de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san14614.pdf.
44. Genes, V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Revista Nacional; 2012; 4(2), 8-14. Recuperado el 07 de marzo de 2017, de <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>.
45. Olaya, R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el periodo de setiembre del 2012 a febrero del 2013. Tesis presentada como requisito para optar por el título de Obstetra, 2013. 33-44. Recuperado el 07 de marzo de 2017.
46. Rodríguez, S., Ramos, R., & Ricardo, H. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Revista de Ginecología y Obstetricia México, 2013; 81(9), 499-503. Recuperado el 07 de marzo de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2013/gom139b.pdf>.
47. Guevara, W. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, periodo 2013-2015. Tesis de grado previo a la obtención del título de médico-cirujano, 2015. 45-59. Recuperado el 07 de marzo de 2017.

48. Cruz, M. Factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa 2014. Tesis para optar el título de médico cirujano. 2015. Recuperado el 25 de octubre de 2017.
49. Sánchez, K. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Belen de Trujillo 2012-2014. Tesis para obtener el grado de Bachiller en medicina. 2014. Recuperado el 07 de marzo de 2017.
50. Saavedra, H. "Factores de riesgo asociados a prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, julio a diciembre 2014". Tesis para optar el título de médico cirujano. 2015. 22-26. Recuperado el 04 de abril de 2017.
51. García, B. Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolome" durante enero a febrero del año 2015. Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia. 2016. 24-29. Recuperado el 25 de octubre de 2017.
52. Orbegoso, Z. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue entre julio y setiembre del 2015. Tesis para médico cirujano. 2016. Recuperado el 2017.
53. Carnero, Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo enero-junio del 2015. Tesis para título profesional de licenciada en obstetricia. 2016. Recuperado el 2017, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4712/1/carnero_cy.pdf.
54. Laureano, J. V. "Factores relacionados al parto pretérmino en pacientes adolescentes gestantes del Hospital Materno Infantil el Carmen-Huancayo, 2015". Universidad Nacional del Centro del Perú, Departamento de medicina humana, Huancayo. 2016. Recuperado el 04 de abril de 2018
55. Celedonio, J. C. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolome"-2016. tesis para obtener el título profesional de licenciada en obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Obstetricia, Lima. 2017. Recuperado el 22 de abril de 2018.
56. Cobo, T., Ferrero, S., & Palacio, M. Amenaza de parto pretérmino. *Protocolos de medicina fetal y perinatal*, 2016; 1-11. Recuperado el 13 de abril de 2017.
57. Picot, M. Amenaza de parto pretérmino. *Matronas profesión*; 2004; 5(17), 30-36. Recuperado el 18 de abril de 2017, de <https://studylib.es/doc/5954849/amenaza-de-parto-pret%c3%a9rmino>
58. Puerta, N. Guía de práctica clínica amenaza de parto pretérmino. *Clinica de la mujer*; 2014; 1, 1-14. Recuperado el 18 de abril de 2017, de https://www.clinicadelamujer.com.co/files/parto_pretermino.pdf
59. Illescas, J. Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*; 2008; 54(1), 11-14. Recuperado el 18 de abril de 2017, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a04v54n1.pdf
60. Cortés, E., Rizo, M., Aguilar, M., Rizo, J., & Gil, v. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. *SciELO, nutrición hospitalaria*; 2013; 28(5), 1/6. Recuperado el 18 de abril de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-16112013000500025
61. Asprea, I., Oscar, G., Nigri, c., & Lipchak, D. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección nacional de maternidad e infancia. 2013. 28.

Recuperado el 30 de octubre de 2017, de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>

62. Ministerio de Salud. (2007). Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: talleres de cinco editores. 2007. Recuperado el 30 de octubre de 2017, de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/guiaginecologia.pdf>
 63. ProSego. Amenaza de parto pretérmino. Protocolos asistenciales en obstetricia; 2012; 347-361. Recuperado el 27 de abril de 2017
 64. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica servicio de medicina materno-fetal. Departamento de gineco-obstetricia. 2010. 53-55. Recuperado el 02 de mayo de 2017.
 65. Chumbe, O., Cajaz, A. M., Ramirez, I. R., Vega, I., Encinas, E., & Orderique, I. F. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas. Ministerio de la Salud Hospital María Auxiliadora Departamento de gineco-obstetricia. 2012. 140-145. Recuperado el 02 de mayo de 2017.
 66. Scielo Perú. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital Nacional de Lima . Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011. 57(4). Recuperado el 30 de octubre de 2017.
 67. Araujo, C. A. Estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006 - 2010. Tacna: Biblioteca Central. 2012. Recuperado el 30 de octubre de 2017.
 68. Huamán, S. M., & Canashiro, S. O. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. (S. Guadalupe, & S. Oshiro, Edits.) Revista Facultad Medicina Humana; 2015; 17(1), 32-42. Recuperado el 28 de marzo de 2018.
 69. Millán, S. E., Alvarez, I. M., & Millán, M. E. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur; 2015; 13(4), 517-523. Recuperado el 04 de abril de 2018.
- Baeza, F. J. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. Tesis Doctoral, Univesidad de Alicante, Depto. de Farmacología, Pediatría y Química Orgánica, España. 2102. Recuperado el 03 de abril de 2018.