



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**ATENCIÓN A LA GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y SU
INFLUENCIA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO –
FETALES. HOSPITAL MINSA II- 2 TARAPOTO. 2014**

**Para obtener el Título Profesional de:
OBSTETRA**

Autores:

Bachilleres en Obstetricia

LESLY JANINA VILLARREAL FLORES
TATIANA DEL PILAR USHÑAHUA SAAVEDRA

Asesora:

Obsta. CARMEN CECILIA ALHUAY SUAREZ

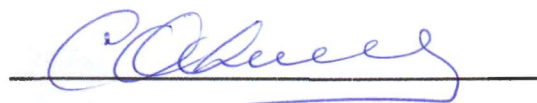
Tarapoto- Perú

2015

Constancia

La que suscribe Obsta. CARMEN CECILIA ALHUAY SUAREZ, adscrita al departamento Académico de Obstetricia y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Hace constar haber revisado el informe final de tesis titulado: **ATENCION A LA GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y SU INFLUENCIA EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES MATERNO FETALES. HOSPITAL MINSA II - 2 TARAPOTO. AÑO 2014.** Presentando por las egresadas LESLY JANINA VILLARREAL FLORES Y TATIANA DEL PILAR USHIÑAHUA SAAVEDRA el mismo que está siendo revisado.

Tarapoto 04, Noviembre del 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'C. Alhuay', is written over a horizontal line.

Obsta. CARMEN CECILIA ALHUAY SUAREZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**ATENCIÓN A LA GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y SU
INFLUENCIA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO –
FETALES. HOSPITAL MINSA II- 2 TARAPOTO. 2014**

JURADO CALIFICADOR:

A blue ink signature of Pedro Vargas Rodríguez, consisting of a large circular flourish and several horizontal strokes.

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

A blue ink signature of José Manuel Delgado Bardales, featuring a large, stylized 'J' and 'D'.

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

A blue ink signature of Gloria Francisca Quijandría Oliva, with a large, circular flourish and several horizontal strokes.

Obsta. M. Sc. Gloria Francisca Quijandría Oliva

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, por darme unos padres maravillosos y bendecirme cada día.

A mis padres **RENE** y **NELLY** por ser las personas que más amo y admiro, ya que me brindan lo necesario para ser una persona de bien y darme valores y fortaleza para afrontar la vida.

A mis Hermanos **Marly, Aracely y Obed** por el apoyo moral que me brindan y me impulsan a seguir en este largo camino del conocimiento.

LESLY

A mis padres **Enrique** y **Genith** y mi hermano **Kelvin** por su gran ejemplo de superación y valioso apoyo en todo momento desde el inicio de mis estudios.

A mi esposo **Eduardo**, por ese optimismo que siempre me impulso a seguir adelante y por los días y horas que hizo el papel de madre y padre.

A mi hija **Mia** por todas las veces que no pudo tener una mamá a tiempo completo.

A mis familiares y amigos que tuvieron una palabra de apoyo para mí durante mis estudios.

TATIANA

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a todas aquellas personas que con sus enseñanzas y sabios consejos nos ayudaron a ser profesionales y ser una mejor persona cada día, pero en especial agradecemos:

A nuestra Asesora Obsta. Carmen Cecilia Alhuay Suarez por el apoyo en la elaboración del presente trabajo de investigación.

A La Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado, por su apoyo incondicional, motivación permanente en ser cada día mejores.

A la Obsta. Dra. Nelly Reátegui Lozano, por su gran trabajo y su contribución con la ejecución del presente estudio.

A los profesionales del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, quienes con su paciencia y apoyo contribuyeron a la conclusión de nuestro trabajo de investigación.

A nuestros amigos que cada día nos animaron a seguir adelante con nuestro estudio.

¡Gracias por darnos la oportunidad de aprender de ustedes;
¡DIOS les Bendiga Siempre!

Las Autoras

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE.....	vi
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Marco conceptual.....	01
1.2. Antecedentes.....	03
1.3. Bases Teóricas.....	09
1.4. Justificación.....	32
1.5. Problema.....	33
II. OBJETIVOS	34
2.1. Objetivo General.....	34
2.2. Objetivos Específicos.....	34
2.3. Operacionalización.....	35
III. MATERIALES Y MÉTODOS	38
IV. RESULTADOS	43
V. DISCUSIÓN	56
VI. CONCLUSIONES	69
VII. RECOMENDACIONES	71
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
IX. ANEXOS	83

INDICE DE TABLAS

N°	TÍTULO	PAG
Tabla 01:	Características Socio demográficas de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.	44
Tabla 02:	Características Obstétricas de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.	45
Tabla 03:	Características perinatales de madre con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.	47
Tabla 04:	Manejo Obstétrico de la población gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, según protocolo de atención de madre con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.	49
Tabla 05:	Diagnóstico del parto de la población gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, según protocolo de atención de madre con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.	50

Tabla 06: Tipo de complicación materna de mayor asociación en la población de estudio.Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014 54

Tabla 07: Tipo de Complicación Perinatal de mayor asociación en la población de estudio.Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014 55

INDICE DE GRÁFICOS

N°	TITULO	PAG
Figura 01:	Características Ovulares de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014	46
Figura 02:	Características perinatales en relación al peso del Recién Nacido de madre con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014	48
Figura 03:	Porcentaje de cumplimiento al tratamiento farmacológico y no farmacológico de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto 2014.	51

RESUMEN

El presente estudio: “Atención a la gestante con Amenaza de Parto Prematuro y su Influencia en la Prevención de Complicaciones Materno – Fetales. Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014”, estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, retrospectivo, corte transversal, diseño correlacional. Cuya población estuvo conformada por 137 gestantes.

Los resultados fueron, la incidencia de amenaza de parto prematuro fue de 96 casos por 1000 gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, la población osciló entre 20 a 39 años de edad 78,8%(108), nivel de instrucción secundaria completa 48,1%(65) y estado civil conviviente 62,8%(86). En predominio con 2 a 3 gestaciones 51,8%(71), antecedentes de infección del tracto urinario 48,2%(66). El 8,9%(12) cursó con Placenta previa. El 94,7%(135) de gestantes con APP, no tuvieron un diagnóstico de prevención oportuno, ya que el diagnóstico fue después de las 8 sem. de gestación, monitoreo materno fetal en 100%. El 34,5% (51) culminaron en parto pretérmino. El 98,2% (135) de las gestantes recibieron tratamiento farmacológico y no farmacológico inadecuado.

Se concluye que las complicaciones maternas de mayor asociación en la población de estudio fueron: hemorragia por atonía uterina ($p < 0,05$) y la complicación perinatal fue: asfixia perinatal, infección neonatal y muerte neonatal ($p < 0,05$), la atención prenatal influye significativamente en la prevención de las complicaciones maternas perinatales.

Palabras claves: atención a la gestante, amenaza de parto prematuro, complicaciones Maternas Fetales y prevención de complicaciones.

ABSTRACT

The present study: "attention to the pregnant woman with threat of preterm birth and its influence on the prevention of maternal complications - Fetales." Hospital MINSA II - 2 Tarapoto. 2014 ", study quantitative, not experimental, descriptive, retrospective, cross-sectional, correlational design. Whose population was formed by 137 pregnant women.

The results were, the incidence of preterm birth threat was 96 cases per 1000 pregnant women treated in Hospital MINSA II-2 Tarapoto, population ranged from 20 to 39 years of age 78.8% (108), level of education secondary comprehensive 48.1% (65) and State civil partner 62.8% (86). In prevalence with 2 to 3 pregnancies 51.8% (71), a history of infection tract urinary 48.2% (66). The 8.9% (12) studied with Placenta previa. The 94.7% (135) of pregnant women with APP, did not have a timely diagnosis of prevention, since the diagnosis was after the 8 week. gestation, monitoring maternal fetal in 100%. 34.5% (51) culminated in preterm birth. The 98.2% (135) of the pregnant women received drug treatment and drug not inappropriate.

It is concluded that maternal complications of largest association in the study population were: hemorrhage by uterine atony ($p < 0,05$) and perinatal complication was: perinatal asphyxia and neonatal infection, neonatal death ($p < 0,05$), antenatal care significantly influence the prevention of perinatal maternal complications.

Key words: attention to the pregnant woman, the threat of premature birth, fetal maternal complications and prevention of complications.

ATENCIÓN A LA GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y SU INFLUENCIA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO – FETALES. HOSPITAL MINSA II- 2 TARAPOTO. 2014

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 15 millones de niños prematuros (antes de las 37 semanas de gestación), cifra que se viene incrementando. La mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y contribuyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). (1)

Asimismo, más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal en el mundo (durante las

primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años, después de la neumonía. (1,2)

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. La morbilidad perinatal grave también se asocia con esos nacimientos. En los nacidos pretérmino son mucho más frecuentes el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular y discapacidades de largo plazo como la parálisis cerebral, la ceguera y la pérdida de la audición. Situación que podría prevenirse si se realiza el control prenatal en forma precoz, completa, periódica y adecuada, por no decir efectiva. (1,2)

La mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia "dura" ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y, por lo tanto, la asignación óptima de recursos. (3) En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares,

con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres. Así como pobre difusión y manejo de los programas para poblaciones específicas. (4)

En la Región San Martín, específicamente en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, la problemática es algo similar, ya que presenta una incidencia de parto pre término que oscila entre el 16 al 20% de nacimientos y las complicaciones secundarias por esta causa muestran un porcentaje alarmante por cuanto supera el porcentaje nacional. No existe evidencia científica que permita sostener dicha problemática, ni resultados para mejorar la calidad en la atención a la gestante con amenaza de parto prematuro, por lo tanto, las acciones desarrolladas durante la atención prenatal para la prevención de las complicaciones materno – perinatales, aún siguen siendo insuficientes. (5)

1.2. Antecedentes.

Olaya R., en un estudio realizado “Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pre término en adolescentes embarazadas primigestas. Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013”, de una muestra de 120 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años; el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen más de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 73

% finalizó el embarazo en Cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional. (6)

Rico R, Ramos V, Martínez P., en su estudio realizado “Control Prenatal vs Resultado Obstétrico Perinatal. Murcia – España. 2012”, al analizar 395 productos mayores de 20 semanas y 35 menores, encontró que, el 89.87% de los productos mayores de 20 semanas tuvieron sus madres control prenatal y el 10.13% no lo tuvieron; las distocias fueron más frecuentes en las madres con control prenatal ($X^2=7.73$ RR=1.45 IC95% 1.11-1.90), las complicaciones maternas tuvieron proporciones similares en madres con y sin control prenatal ($X^2 = 0.0091$ RR=0.96), diferencia de proporciones $p=0.899$. Los resultados obtenidos señalan que en este grupo estudiado, en particular, la presencia del control prenatal no representó un factor que ayude a una resolución obstétrica y perinatal favorable. (7)

Zonana A., en su estudio realizado en la Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología del Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social – Tijuana. 2005 al 2012, en su estudio, solamente el 36% de las mujeres iniciaron su atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, el 64% asistieron periódicamente a sus consultas de atención prenatal. Considera que no hay pruebas suficientes para llegar a una conclusión firme acerca de la efectividad de la atención prenatal en la reducción de la mortalidad materna. Son necesarios ensayos clínicos controlados aleatorizados como los que se han realizado con los suplementos nutricionales durante el embarazo. En nuestro estudio se encontró una mortalidad infantil de 46 %. La mayor parte de la mortalidad materna se

presentó durante el parto y el puerperio inmediato (básicamente 2-3 días en torno al nacimiento). (8)

Althabe F, Carroli G, Belizán J, Althabe O., en su estudio “El parto pre término: detección de riesgos y tratamientos preventivos”. Washington. 2008. Realizó un análisis riguroso de los datos científicamente validados disponibles en la literatura sobre métodos que permitan predecir, prevenir o detectar precozmente la amenaza de parto pre término y los tratamientos que puedan detener esa amenaza o significar un mejor desenlace para las embarazadas que experimentan el parto pre término. De su revisión se desprende que, a pesar de haberse evaluado una larga serie de métodos y tratamientos, son muy pocos los que han mostrado su efectividad y merecen implementarse en la práctica clínica. (9)

Robles N, Gonzales J., en su estudio “Prevalencia y factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el hospital regional “Isidro Ayora” en el periodo 2008 -2009”. Loja – Ecuador; comprobó que los factores de riesgo que con mayor frecuencia se presentan en la APP fueron: Infecciones del Tracto Urinario (61,6%), Infecciones genitales (57,5%), madres con bajo nivel educacional (44%), Primigestas (36,6%), gestantes con anemia (32%). La prevalencia de Amenaza de parto pre término y los factores de riesgo asociados son similares a las cifras revisadas a la fecha en poblaciones con iguales características demográficas y socioeconómicas. (10)

Molina M, Yoled L., en un estudio, Prevalencia de Parto Pre-término en Pacientes con Infección de Vías Urinarias en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el período junio 2011 - junio 2012 – Ecuador, reportó una prevalencia de parto pretérmino del 13% donde el 47% tienen nivel de instrucción secundaria, el 65% de las pacientes son primigestas, provienen de zona urbana el 76%, el 59% de las pacientes se han realizado entre 1 y 5 controles prenatales. La edad gestacional que predomina el parto pretérmino es entre 31 y 36,6 semanas con un 82%. Conclusiones: La infección de vías urinarias es una patología asociada al parto pre término en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Provincial General de Latacunga. El parto pre término se da principalmente en embarazadas primigestas y con edad gestacional entre 35-36,6 semanas, el nivel de instrucción no se relaciona con el número de controles prenatales, la mayoría de las pacientes provienen del sector urbano, el parto pre término se da en pacientes entre 20 a 34 años de edad. (11)

Espinoza J., en su estudio “Enfermedad Hipertensiva del embarazo asociadas al Parto Pre termino en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Vitarte entre enero del 2009 a diciembre del 2012”. Podemos concluir que la hipertensión inducida por el embarazo representó el 88% de la población estudiada. De ellas la pre eclampsia leve ocupó el primer lugar con el 45%. En general prevaleció la interrupción del embarazo entre 38 y 41 semanas (36%), aunque en las pacientes con pre eclampsia leve el 33% tenía menos de 38 semanas. El 36 % de los recién nacidos tuvo un peso superior a los 3 000 g. La morbilidad materna fue escasa. El 23% tuvo relación directa con la hipertensión. La cesárea fue el modo de terminación del embarazo que más se observó, así como también hubo

predominio del bajo peso, y la anemia fue la morbilidad materna más frecuente.

(12)

Romero M., en su estudio “Factores de riesgo asociados al parto pre término. Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. 2007 – 2008”, en la ciudad de Tacna; concluyó que, las causas más frecuentes para presentar parto pre término fueron: la infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas. Asimismo, que, el antecedente de parto pre término, infección de vías urinarias, anemia, hipertensión inducida por el embarazo y ruptura prematura de membranas son factores que condicionan parto pre término. (13)

Huaroto K, Paucá M, Polo M, Meza J., en su estudio “Factores de Riesgo Maternos, Obstétricos y Fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un Hospital Público de Ica – Perú. 2013”; reportó que, el 35.5% de los casos fueron madres adolescentes, frente a un 15.8% de los controles. El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente (OR 2.993 IC [1,123-7,660] X^2 0,024 $p < 0.05$). La edad materna extrema en el estudio < 19 años fue el 76, 7%, lo cual es más frecuente en los casos con el 84, 6% y el 70, 6% para los controles, (OR 2.292; IC 0,367-14,323; X^2 0.368); el estado civil casada tuvo el 20, 5%: 30,8% para los casos y 18, 5% en los controles (OR 1.963; IC 0,517-7, 452; X^2 0.316); 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja: 67, 7% para los casos y 90, 8% para los controles (OR 4,694; IC 1,598-13,855; X^2 0.003); antecedente de parto pretérmino (OR 1.556; IC 0, 548-4,417; X^2 0,40); infecciones urinarias (OR 1.350; IC 2, 077-13, 116); vaginosis bacteriana (OR 1.224; IC 0,273-5,464); anemia (OR

0.771; IC 0,222-2,682); nuliparidad (OR 1.012; IC 0,372-2,751); periodo intergenésico patológico (OR 0.529; IC 0,202-1,388); bajo peso al nacer (OR 66,536; IC 18,015-248,746); generalidad (OR 14.23; IC 1,610-129,245). Por lo que concluye que: Los factores de riesgo maternos son: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y generalidad. No se consideraron factores de riesgo: anemia, controles prenatales inadecuados y antecedentes de parto pretérmino. (14)

Amasifuen LI, Ruíz N., en un estudio, “Diagnostico presuntivo de infecciones del tracto urinario y complicaciones más frecuentes en gestantes de población mestiza y nativa quechua. Junio – Setiembre 2012”; realizado en la población mestiza y nativa quechua de la ciudad de Lamas, departamento de San Martín. 2012 encontraron lo siguiente: incidencia de ITU en la población mestiza fue el 63% y en la población nativa Quechua el 37%. Las complicaciones atribuidas a la ITU se presentaron en un 23.53% en las gestantes mestizas y en las nativas Quechua un 25%. Y entre las complicaciones la más frecuente fue en las gestantes mestizas. La amenaza de parto prematuro (3 casos) y en las nativas Quechua el Aborto (2 casos). (15)

1.3. Bases Teóricas

1.3.1. Amenaza de Parto Prematuro

Definición: El diagnóstico de parto prematuro o pretérmino, se obtiene en pacientes con < 37 semanas y que presentan contracciones dolorosas y regulares que ocurren al menos cada 10 minutos. Esto debe estar asociado con dilatación cervical y/o descenso. El diagnóstico se realiza al demostrar una dilatación progresiva del cérvix debido a la presencia de contracciones entre las semanas 20- 37, lo que incluye hasta la semana 37. (16, 17, 18)

La definición puede dividirse en:

- ❖ Pre término leve: 33-37 semanas.
- ❖ Pre término moderado: 28-32 semanas
- ❖ Pre término extremo: 20-27 semanas

El Ministerio de Salud, en su guía de práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, aprobado con Resolución Ministerial Nro. 487-2010/MINSA de fecha 16 de junio del 2010, la define como: Proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto pretérmino.

Parto pretérmino “Nacimiento que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer. (19)

Etiología:

Cerca de un 30% de los parto pretérmino son idiopáticos y espontáneos. Los dos factores de riesgo para el parto pretérmino idiopáticos son un bajo nivel socioeconómico y un parto pretérmino previo. (16, 17, 18)

El Ministerio de Salud considera la siguiente etiología:

Espontáneo o sin causa conocida aparente (50%). Ruptura prematura de membranas (25%). Infección Urinaria. Vaginosis Bacteriana. Preeclampsia, eclampsia. Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta. Infección del líquido amniótico, membranas o placenta. Inmunológica (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos). Incompetencia cervical. (19)

Causas Uterinas: Malformaciones, fibromas, sobre distensión (polihidramnios, embarazo múltiple).

Causas Maternas: otras patologías de fondo (diabetes), intoxicaciones, etc. Traumatismo o cirugía. Malformaciones fetales

Aspectos epidemiológicos: Se presenta en el 5 - 10% de embarazos. Sólo 20% de las gestantes con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino concluyen en un parto pretérmino. Es causa del 75 - 80% de mortalidad del recién nacido y del 50% de los daños neurológicos. (19)

Cuadro Clínico: Dolor en hipogastrio (bajo vientre) y región lumbar. Contracciones uterinas, regulares que producen cambios y10 dilatación del cuello uterino. (19)

Criterios diagnósticos: Contracciones con una frecuencia de cuatro cada 20 minutos, o de 8 cada 60 minutos junto con cambios progresivos del cuello uterino. Incorporación cervical 2 80%. Dilatación cervical > 1 cm pero menor de 3 cm.

Exámenes Auxiliares

De patología clínica

- Hematológicos: hemograma, hematocrito, hemoglobina.
- Examen de orina - urocultivo.
- Test de Nugent (tinción Gram para descartar Vaginosis Bacteriana).
- Proteína C reactiva (de existir rotura prematura de membranas).
- Completar exámenes prenatales de rutina de ser posible (19).

Imágenes y otros métodos diagnósticos

- Ecografía obstétrica.
- Evaluación de la longitud cervical por ultrasonografía transvaginal (de ser posible).
- Perfil biofísico fetal (de ser posible a partir de las 28 semanas).
- Monitoreo obstétrico fetal clínico y10 electrónico (NST desde las 28 semanas).'
- Considerar evaluar maduración pulmonar, por metodología disponible.
- De ser posible, realizar recuento de cuerpos lamelares.(19)

Manejo Según Nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias - FONP

- Ante la sospecha de parto pretérmino se debe referir a FONB, según los criterios de sospecha de amenaza de parto pretérmino:
 - Presencia de contracciones uterinas frecuentes (1 ó más en 10 minutos) o
 - Contracciones uterinas irregulares asociadas a factores de riesgo (infección de vías urinarias, vulvovaginitis, trauma, etc.).(19)
- Toda paciente que acuda refiriendo la presencia de contracciones uterinas debe ser observada bajo reposo absoluto por 2 horas con controles de dinámica, frecuencia cardíaca fetal, funciones vitales y síntomas en caso de contracciones.
- De no confirmarse la sospecha de amenaza de parto pretérmino informar sobre signos de alarma, orientar sobre parto institucional y programar visita domiciliaria y 10 citas de atención prenatal.
- Referir con vía endovenosa segura.
- Ante la presencia de trabajo de parto pretérmino referir a FONE con vía segura.(19)

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales FON Básicas.

- Ante amenaza de parto pretérmino, hospitalizar, en caso de parto pretérmino definido referir a FONE.
- Realizar exámenes auxiliares de laboratorio y ecografía (determinar longitud de cérvix).
- Terapia tocolítica y del factor causal.

- Terapia de maduración pulmonar.
- Orientación/consejería en Salud Integral.(19)

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE

Medidas Generales y Terapéuticas

Amenaza de Trabajo de parto pretérmino

- Hidratación vía endovenosa rápida con ClNa 0,9% x 1000 ml, iniciar 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto.
- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno y fetal.
- Confirmar edad gestacional.
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible).
- Maduración pulmonar fetal entre las 24 - 34 semanas con corticoides si no los recibió previamente.
- Uso de tocolíticos en amenaza de parto pretérmino (entre las 24 - 34 semanas) y vigilancia de efectos colaterales, considerando las siguientes contraindicaciones: feto muerto, malformación fetal severa, corioamnionitis, hipertensión arterial severa, hemorragia materna severa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. (19)

Trabajo de parto pretérmino

- Hospitalización.
- Continuar o iniciar hidratación vía endovenosa rápida con ClNa 0,9% x 1000 cc, empezar con 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto.

- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno y fetal.
- Confirmación de la edad gestacional.
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible)
- Maduración pulmonar fetal entre las 24 - 34 semanas con corticoides si no los recibió previamente.(19)

Atención del parto pretérmino

- El parto debe ser atendido en FONE.
- La vía del parto podrá ser por cesárea o por vía vaginal independientemente de la edad gestacional.
- Contar con asistencia neonatal al momento del parto y procurar asegurar equipo de soporte para el neonato disponible (incubadora, respirador y surfactante).
- En ausencia de indicaciones absolutas para cesárea, hospitalizar y proceder a la atención del parto, previa administración de corticoides en dosis Única: Betametasona: 12 mg vía IM, o Dexametasona: 4 mg EV.
- La atención del parto vaginal debe realizarse ocasionando el menor trauma posible, evaluando la indicación de episiotomía.
- De presentarse rotura prematura de membranas u otra patología, seguir el protocolo correspondiente.(19)

Tocolíticos: utilizar cualquiera de los medicamentos abajo descritos

- **Nifedipino:** Antagonista de canales de calcio. Administrar 10 - 20 mg VO seguido por 10 - 20 mg VO después de 20 minutos si persisten las contracciones y 10 - 20 mg VO después de 20 minutos si persisten las contracciones, seguido por 10 - 20 mg VO cada 6 - 8 horas por 48 - 72 horas; considerando una dosis máxima diaria de 160 mg. Después de 72 horas si se requiere terapia de mantenimiento, puede rotarse a dosis única 30 - 60 mg VO por día. Contrariamente a los p-miméticos, el nifedipino no induce taquifilaxis por lo que puede prescribirse terapia de mantenimiento. (19)
- **Indometacina:** 50 - 100 mg Vía oral (VO) como dosis de ataque, continuando con dosis de mantenimiento de 25-50 mg VO cada 6 horas.
- **Sulfato de Magnesio:** Iniciar con dosis de ataque de 4 - 6 gramos en infusión EV (durante 20 minutos). Continuar con dosis de mantenimiento de 2-3 gramos por hora. Dosar magnesio sérico de ser posible, el uso de sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar Gluconato de calcio al 100/0 endovenoso diluido en 20 cc. (19)
- **Isoxuprina:** Fármaco antagonista beta-adrenérgico. Usar vía endovenosa por 24 - 48 horas. Preparar una solución en 100 ml de ClNa al 0.9% con 1 ampolla de Isoxuprina (10 mg) e iniciar con 10 gotas/minute, aumentando 10 gotas cada 20 minutos, hasta conseguir tocólisis o presencia de efectos secundarios (palpitaciones, temblor, cefalea, náuseas, vómitos, ansiedad, nerviosismo, dolor torácico, disnea); teniendo como máximo 60 gotas por minuto y después

disminuir 10 gotas cada 30 minutos hasta la dosis mínima que mantenga la tocólisis. Si aparece de nuevo dinámica uterina, repetir el proceso. Se puede continuar vía oral.(19)

Corticoides:

- Betametasona: 12 mg vía IM y repetir 12 mg IM a las 24 horas

Signos de alarma

- Contracciones persistentes.
- Sangrado.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Alteración de los latidos cardiacos fetales.(19)

Criterios de alta

- A las 48 horas después de que los síntomas y signos hayan sido controlados. En caso que se produzca el parto pretérmino se procederá a dar alta a la paciente de acuerdo a lo establecido en las guías de atención del parto vagina1 o de la cesárea.
- Dar tratamiento de la etiología identificada.
- Entregar información sobre el riesgo obstétrico. (19)

Pronóstico

- 25% de pacientes vuelve a tener parto pretérmino.
- Entre 6,7 - 32% de los recién nacidos pretérmino presentan déficits mayores, que incluyen parálisis cerebral, retardo mental, sordera neurosensorial, defectos visuales severos que pueden complicarse con hidrocefalia progresiva y convulsiones crónicas; y requieren programas especiales de educación e intervenciones terapéuticas individuales.(19)

Complicaciones:

- Materna: Compromiso del futuro obstétrico por cesárea pretérmino
- Fetales: Hemorragia intracerebral, retinopatía del prematuro, asfixia perinatal, enterocolitis necrotizante, encefalopatía hipóxico - isquémica, displasia broncopulmonar y muerte neonatal.(19)

Criterios de Referencia y Contrarreferencia

La referencia se decidirá de acuerdo a los criterios establecidos para decidir el Nivel de atención de cada paciente. (19)

- **Establecimiento Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias - FONP:**

Toda paciente con sospecha de amenaza de parto pretérmino y con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino referir a FONB.

Paciente con diagnóstico de parto pretérmino definido referir a FONE. (19)

- **Establecimiento Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB**

Manejo de la sospecha y la amenaza de parto pretérmino.

En caso de parto pretérmino definido referir a FONE.

Contrarreferir a establecimiento de origen. (19)

- **Establecimiento Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE**

Pacientes en condiciones de alta referidas de Establecimientos con Funciones

Obstétricas y Neonatales FON Primarias y FON Básicas serán contrarreferidas

a establecimiento de origen, según tipo de parto.(19)

1.3.2. Complicaciones Materno – Fetales

Mortalidad atribuible al parto prematuro: Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a prematurez. Un RN que pesa menos de 1.500 g. tiene un riesgo de morir en su primer año de vida 180 veces superior al de un RN mayor de 2.500 g. En globo el riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que el de un RN de término. Morbilidad atribuible al parto prematuro Los RN prematuros presentan un riesgo 17 veces mayor de morbilidad si se compara con los RN de término. Las complicaciones de los prematuros aumentan mientras menor sea su edad gestacional o peso de nacimiento, presentando desde complicaciones leves (como hiperbilirrubinemia) hasta enfermedades graves como EMH, HIC, sepsis, enterocolitis necrotizante (ECN), y por cierto, secuelas neurológicas. El 50% de las anomalías neurológicas de la infancia son atribuibles a prematurez, secuelas que incluyen

desde anomalías leves de las funciones cognitivas hasta parálisis cerebral.

(19)

Etiopatogenia: Los partos prematuros pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios: parto prematuro espontáneo con membranas íntegras (inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas íntegras), parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), y parto prematuro iatrogénico (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal). Desde un punto de vista etiológico, actualmente se considera al parto prematuro (específicamente el parto prematuro espontáneo) como un síndrome, es decir, una condición causada por múltiples etiologías, cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y la dilatación cervical, iniciadas antes de las 37 semanas de gestación. (19)

Evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar las siguientes causas: infección intra-amniótica, isquemia útero-placentaria, disfunción cervical, sobre distensión uterina, factores inmunológicos, hormonales, stress y alergia.(19)

1.3.2.1. Complicaciones Maternas:

Compromiso del futuro obstétrico. Es algo negativo que se suma a un estado de cosas no resuelto, que lo vuelve más enredado y engorroso, o le agrega otros efectos adversos. En Medicina, complicación se refiere al agravamiento de la enfermedad, haciendo que el cuadro del paciente sea más crítico o deje secuelas. Ejemplo: parto pretérmino, hemorragia por atonía uterina, por hipodinamia uterina, histerectomía, endometritis, sepsis materna. (20, 21,22, 23,24)

- **Endometritis posparto:** la infección del útero posparto es la causa más común de fiebre puerperal y es debida a la contaminación de la cavidad uterina por microorganismos vaginales durante el parto. No obstante la simple contaminación no se traducirá necesariamente en infección sino deberá jugar factores importantes dependientes del mismo germen y también del huésped. Según la extensión del proceso infeccioso se designará como endometritis, endometriometritis o endoparametritis.(23)

La cesárea es la intervención que con mayor frecuencia origina una endometritis posparto, especialmente después de la ruptura de membranas de cualquier duración. El rango de incidencia de endometritis posparto después del parto vaginal es de 0.9 a 3.9% y de cesárea es de 10 a 50 % cifra que ha disminuido con la profilaxis antibiótica. (23)

- **Sepsis:** Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado a foco infeccioso conocido o sospechado.(24)

Sepsis severa: Insuficiencia circulatoria sistemática con manifestaciones de hipo perfusión en órganos vitales: acidosis láctica, oliguria, alteración de conciencia.

Shock séptico: estado de choque asociado a una sepsis. Con fines prácticos presión arterial sistólica menor de 90 mmHg en una paciente séptica a pesar de la administración a goteo rápido de 2,000 ml de solución salina o de 1,000 ml de coloide. (24)

Etiología

- Infección bacteriana es la causa más frecuente.
- Los bacilos Gram negativos son los principales causantes de este síndrome. En los últimos años se ha incrementado la infección por Gram positivo.

Fisiopatología: Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.

Aspectos epidemiológicos: La mortalidad materna relacionada a sepsis es menor al 3% y en los casos de shock séptico llega al 28%. (24)

- **Factores de riesgo asociados**

Manipulación de la vía genitourinaria para procedimientos terapéuticos o maniobras abortivas.

- Endometritis puerperal.
- Pielonefritis.
- Corioamnionitis.
- Cesárea en condiciones de riesgo.

- Parto no institucional.
- RPM prolongado.
- Extracción manual de placenta.
- Anemia y estado nutricional deficitario.(24)

Cuadro Clínico

Criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS):

- Temperatura: Mayor de 38 o menor de 36° C.
- Taquicardia materna: FC mayor de 90 x min.
- Taquípnea: FR mayor de 20 x min.
- Fórmula leucocitaria: mayor de 12,000 o menor de 4,000 ó desviación izquierda (abastados mayor de 10%). (24)

En shock séptico:

- Pulso rápido y débil.
- Presión arterial baja: sistólica menor de 90 mmHg.
- Palidez.
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Ansiedad, confusión o inconciencia.
- Oliguria (orina menor de 0,5 ml x kg de peso x hora). (27)

- **Hemorragia post parto:**

Hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia. La pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas

después del parto y más de 1000 ml cuando se efectúa cesárea, Disminución del hematocrito más del 10% después del parto. (24)

La hemorragia post parto se clasifica en:

- **Hemorragia Post Parto Inmediata.**- Perdida sanguínea de 500ml o más originada en el canal de parto dentro de las 24 horas posteriores al parto.
- **Hemorragia Post Parto Tardía.**- Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se presenta entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (42 días). (24)

Etiología: Las causas de hemorragia posparto puede dividirse en:

Uterinas:

1. Hipotonía o atonía uterina.
2. Alumbramiento incompleto.
3. Placentación anormal (Acretismo)
4. Inversión uterina.
5. Traumatismo uterino (rotura uterina, desgarró cervical).

No uterinas:

6. Desgarro y hematomas del canal del parto, incluyendo la episiotomía.
7. Coagulopatías. (24)

Fisiopatología del problema

El volumen sanguíneo materno se expande entre el 40 y el 50% durante el embarazo. Este volumen sanguíneo incrementado protege a la madre hasta cierto punto de las consecuencias de la hemorragia durante y después del parto. Por ello, después del parto una mujer puede perder hasta el 20% de su volumen sanguíneo antes de que se hagan aparentes los signos clínicos. La contracción de estas fibras musculares uterinas ocluye los vasos sanguíneos, previniendo la hemorragia. Esta contracción, más que la formación de coágulos o la agregación de plaquetas, es el mecanismo principal de la hemostasia después del parto. Así, si el útero se contrae de manera inmediata después del parto y se desarrolla la hemorragia, es más probable que el origen del sangrado se encuentre en una laceración o lesión del tracto genital. Las estrategias para tratar la HPP primaria, en primer lugar, deben asegurar la contracción uterina, y luego identificar y reparar cualquier lesión del tracto genital. (27)

- **Cesárea:** Es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía), cuando existe indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones maternos-fetales. (28)

Cesárea electiva: indicación indicada durante el control prenatal, y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones.

Cesárea de emergencia: aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, respetando sus requisitos para su ingreso a la sala de operaciones. (28)

Objetivo: realizar el parto quirúrgico ante la posibilidad o riesgo que se produzca por vía vaginal. (28)

Indicaciones:

Absolutas:

- Cesárea iterativa
- Cesárea anterior con periodo intergenésico corto.
- Sufrimiento fetal
- Distocia de presentación (situación podálica, transversa oblicuo)
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa centro total.
- Incompatibilidad céfalo pélvico.
- Estrechez pélvica
- Prolapso de cordón umbilical
- Macrostomia fetal.
- Infección por herpes activa.
- Tumores obstruidos benignos y malignos.
- Infección por VIH.(28)

Relativas:

- Distocia del trabajo de parto que no responde a tratamiento.
 - Presentaciones anómalas.
 - Anomalías fetales.
 - Embarazo múltiple.
 - Asimetría pélvica,
 - Psicosis, retardo mental trastorno de conciencia
 - Pre eclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp.
 - Insuficiencia cardio-respiratorio.(28)
- **Cesárea Histerectomía:** extirpación del útero inmediatamente después de la cesárea en caso de hemorragia incontrolable por otros medios, aislando o retirando el foco de infección, para preservar la vida de la madre.

Las indicaciones pueden ser:

- Rotura uterina no reparable
- Acretismo placentario
- Atonía uterina
- Hematoma pelviano en expansión
- Corioamnionitis con sepsis (28)

1.3.2.2. Complicaciones Fetales:

Compromiso del futuro perinatal. Está referido al agravamiento de la enfermedad, haciendo que el cuadro clínico del feto sea más crítico o deje secuelas. Ejemplo: Hemorragia intracerebral, retinopatía del prematuro, asfixia perinatal, síndrome de

dificultad respiratoria, infección neonatal, enterocolitis necrotizante, encefalopatía hipóxico-isquémica, displasia broncopulmonar, muerte neonatal y otros.(17, 18,20,21,24)

- **Hemorragia intracraneal:** La hemorragia intracerebral (HIC) es una colección de sangre dentro del parénquima cerebral, producida por una rotura vascular espontánea, no traumática. Los factores asociados a la hemorragia intraventricular son intravasculares y estructurales. Los factores intravasculares pueden verse afectados por alteraciones del flujo sanguíneo, debido a trastornos de la autorregulación, convulsiones, procedimientos invasivos, infusiones endovenosas por hiperosmolaridad o velocidad de infusión, cambios de presión arterial, apnea, insuficiencia cardíaca congestiva, presión positiva continua de las vías aéreas, dificultad respiratoria, neumotórax a tensión, trauma del parto. (25)
- **Retinopatía del prematuro:** La retinopatía de la prematuridad es una vitreorretinopatía proliferativa periférica que acontece en niños prematuros y que tiene una etiología multifactorial, siendo la inmadurez su principal factor de riesgo.(26)
- **Asfixia perinatal:** Asfixia deriva etimológicamente del vocablo griego asphyxia, que significa “sin pulso”; síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica.(26)

La hipoxia fetal puede producirse por causas que afecten a la madre, a la placenta y/o cordón umbilical o al propio feto. Se asocia con una discapacidad ulterior del desarrollo pero con frecuencia difícil de definir. La asfixia perinatal puede ocurrir antes del nacimiento, durante el trabajo de parto o en el período neonatal; señalada por la presencia de una serie de indicadores clínicos, tales como: líquido amniótico teñido de meconio, alteraciones en el registro cardiotocográfico fetal, acidosis fetal, bajas puntuaciones de APGAR y fracaso para iniciar respiraciones espontáneas tras el nacimiento. (26)

- **Síndrome de dificultad respiratoria:** (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. (27)
- **Infección neonatal:** Se define como un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) en la presencia o como resultado de infección probada o sospechada durante el primer mes de vida extrauterina. Según la edad de presentación puede ser clasificada de manera arbitraria en sepsis temprana, si aparece en los primeros 3 días de vida (para algunos autores hasta los 7 días de vida), que es debida generalmente a microorganismos adquiridos de vía materna y sepsis tardía, la cual se presenta después de los 3 días de vida extrauterina y es causada frecuentemente por microorganismos adquiridos

después del nacimiento; esta última puede ser de adquisición nosocomial o de la comunidad. (28)

- **Enterocolitis necrotizante:** La enterocolitis necrosante neonatal (ENN) es la patología digestiva adquirida más frecuente y grave en el período neonatal. A pesar de ser una entidad conocida desde hace más de 100 años, su etiología sigue siendo desconocida, lo que hace muy difícil su prevención. La isquemia, el hipercrecimiento bacteriano y la respuesta inflamatoria sistémica intervienen de forma preponderante en el desarrollo del proceso, en proporción que quizás difiere de unos casos a otros.(28)
- **Encefalopatía hipoxico-isquémica:** Por encefalopatía neonatal hipóxico isquémica se entiende una constelación de signos neurológicos que aparece inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal y que se caracteriza por un deterioro de la alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras, alteraciones en los reflejos, y a veces, convulsiones. (29)
- **Displasia bronco pulmonar:** Se considera que los recién nacidos prematuros presentan DBP si precisan oxígeno suplementario > 21% durante 28 días o más. La determinación de gravedad de la DBP permitirá predecir la evolución y el seguimiento a largo plazo en estos pacientes. Según el acuerdo general, los hallazgos radiológicos, por interpretación subjetiva, no deben ser considerados para la definición ni la evaluación del grado de severidad.(30)

- **Muerte neonatal:** Según la OMS, se define muerte fetal tardía como “la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios”.(31)
- **Placenta previa:** Implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, recubriendo el OCI o cerca de él en una gestación mayor de 22. Toda hemorragia vaginal debe ser causa de alarma y justifica una acción inmediata sospechando: Placenta previa, y sus diagnósticos diferenciales. (32)
- **Embarazo gemelar:** Se denomina embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de varios fetos. La especie humana es unípara por excelencia por lo tanto todo embarazo debe ser considerado embarazo patológico. (33)
- **Desprendimiento prematuro de placenta: (DPP)** es definido como la separación prematura completa o parcial de una placenta normalmente implantada, después de las 22 semanas de gestación y antes del parto, con hemorragia dentro de la decidua basal. (33)
- **Polihidramnios:** el líquido amniótico tiene varias funciones durante el embarazo. Crea un espacio físico para que el esqueleto adquiriera su forma normal, promueve el desarrollo pulmonar fetal fisiológico y ayuda a evitar la

compresión del cordón umbilical. La anomalía intrínseca que se encuentra en clínica más a menudo es el exceso o la carencia de líquido amniótico. (33)

- **Oligohidramnios:** El volumen de líquido puede crecer bastante por debajo de los límites normales y a veces hasta ser de unos cuantos milímetros. En general el oligohidramnios que se presentan en etapas tempranas es menos y casi siempre tienen mal pronóstico. Por el contrario, a menudo se puede encontrar disminución del volumen del líquido en embarazos que continúan más allá del término. (33)
- **Ruptura prematura de membranas:** en la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Ocurre entre 5 y 14 %. Se la asocian dos factores: Reacción inflamatoria y Fuerza tensil. (21)

La ruptura prematura de membranas se asocia a parto prematuro e infección uterina. Dada las mortalidades maternas fetales que la acompaña, es importante establecer el diagnóstico definitivo.

- a. Demostración de salida de líquido amniótico por el cuello uterino.
- b. Disminución de líquido amniótico clínicamente y por ecografía.
- c. El PH vaginal se tornara alcalino, patrón cristalización del líquido amniótico en forma de helecho, demostración de células naranja por tensión de sulfato azul de Nilo e identificación de las células escamosas fetales por la coloración de Papanicolaou. (21)

1.4. Justificación

Más de las tres cuartas partes de los bebés prematuros pueden salvarse si se les prodiga cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos. Por ejemplo, administrar inyecciones de esteroides prenatales (a las embarazadas que corren riesgo de parto prematuro, para fortalecer los pulmones del bebé); aplicar la técnica de la “madre canguro” (la madre sostiene al bebé desnudo en contacto directo con su piel y lo amamanta con frecuencia); y administrar antibióticos para tratar las infecciones del recién nacido, sin que haya que recurrir a cuidados intensivos neonatales. (34)

Para reducir las tasas de nacimientos prematuros, las mujeres, en especial las adolescentes, necesitan tener un mejor acceso a los servicios de atención prenatal y disponer de mayor capacidad de acción y decisión. El control prenatal es una herramienta importante para establecer criterios que permiten la clasificación del riesgo materno fetal y así asegurar la detección oportuna y tratamiento precoz de los mismos. Una gestación adecuada permitirá que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo. La Organización Panamericana de la Salud, calcula que el 95% de las complicaciones materno fetales pueden prevenirse con control prenatal oportuno. (35)

En el Perú de acuerdo a los datos registrados en el último censo nacional del 2014 se encontró que la mortalidad perinatal fue de 17 por cada 1000 embarazos, ocupando el 1er lugar la amenaza de parto prematuro. Esta cifra

que no ha variado de manera importante en la última década, así como su estructura de causa y grupos de edad que afecta. (35)

Si tomamos en cuenta que la Asamblea General de la ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia, suscrito por el Perú, que busca reducir la mortalidad materna en 50% en este período y 75% para el 2021; y como parte de nuestra responsabilidad social como futuros profesionales de responder a las necesidades sociales y sanitarias de la Región San Martín, consideramos importante determinar la eficacia de la atención a la gestante con Amenaza de Parto Prematuro en la prevención de complicaciones materno – perinatales con la finalidad de contribuir a identificar las fortalezas y debilidades de la atención prenatal y proponer propuesta de mejora que redunde en la disminución de la morbimortalidad materno-perinatal y por ende mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional. (36)

1.5. Formulación del problema

¿Cómo influye la atención de la gestante con amenaza de parto prematuro en las complicaciones maternas - fetales en las pacientes atendidas en Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, durante el periodo 2014?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar la influencia de la atención a la gestante con amenaza de parto prematuro en las Complicaciones Maternas – Fetales: Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de la Amenaza de Parto Pretérmino atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. 2014.
- Caracterizar a la población gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. 2014, desde el enfoque sociodemográfico, obstétrico y ovulares.
- Caracterizar a la población perinatal de madres gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendida en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. 2014, desde el enfoque peso, edad gestacional al nacimiento, número de fetos y anomalías congénitas.
- Describir el manejo obstétrico en la atención a la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, según protocolo de atención.
- Identificar el grado de cumplimiento al tratamiento farmacológico y no farmacológico de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro.

- Determinar la incidencia de complicaciones materno – perinatales por amenaza de parto prematuro en la población en estudio.
- Identificar el tipo de complicación materno fetales de mayor asociación en la población de estudio.

2.3. Hipótesis de investigación

H1: La Atención a la gestante con Amenaza de Parto Prematuro influye significativamente en la prevención de complicaciones Materno – Fetales, en pacientes atendidas en el Hospital MINSA II-2 TARAPOTO durante el periodo 2014.

2.4. Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VI: Atención a la gestante con Amenaza de Parto Prematuro (APP)	La Amenaza de parto prematuro o pre término, se obtiene en pacientes con \leq 37 semanas y que presentan contracciones dolorosas y regulares que ocurren al menos cada 10 minutos. Esto debe estar asociado con dilatación cervical y/o descenso. El diagnóstico se realiza al demostrar una dilatación progresiva del cérvix debido a la presencia de contracciones entre las semanas 20- 37,	Conjunto de actividades enmarcas a la prevención de complicaciones maternas fetales, a través del diagnóstico y tratamiento oportuno.	Características Socio-demográficas de la gestante con Diagnóstico de APP	Edad: 1. 15-19 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años	Ordinal
				Grado de instrucción 1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior técnica 7. superior universitaria	Nominal
				Estado civil 1. Soltera. 2. Casada 3. Conviviente	Nominal
			Atención según Características Obstétricas	Número de gestaciones 1. Primera gestación 2. de 2 a 3 gestaciones 3. de 4 a más	Ordinal
				Antecedentes: Prematuridad previa Antecedente de Aborto	Nominal
				Infecciones - Infección del tracto urinario - Infección genital - Otras	Nominal
			Atención según Características Ovulares	Placenta previa Desprendimiento prematuro de placenta Polihidramnios Rpm	Nominal

			Atención según Características Fetales	<ul style="list-style-type: none"> - Nro. Fetos - Anomalías congénitas - Peso del feto. - Otros 	Ordinal Nominal
			Manejo Obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico precoz <ul style="list-style-type: none"> • 1 – 2 semanas • 3 – 4 semanas • 5 – 8 semanas • > 8 semanas - Tratamiento oportuno - Monitoreo (controles) 	
			Cumplimiento al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Farmacológico No farmacológico 	
VD: Complicación Materno Fetales	Complicación de la enfermedad resultante del no tratamiento o tratamiento farmacológico y no farmacológico inadecuado. En Medicina, complicación se refiere al agravamiento de la enfermedad, haciendo que el cuadro del paciente sea más crítico o deje secuelas.	Referido al desencadenamiento de complicaciones obstétricas y fetales que presenta la gestante con Diagnóstico de APP.	Complicaciones Maternas	<ul style="list-style-type: none"> - Endometritis - Sepsis materna - Hemorragia por hipodinamia uterina - Hemorragia por atonía uterina - Histerectomía - Cesárea 	Nominal
			Complicaciones Fetales	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia intracerebral - Retinopatía del prematuro - Asfixia perinatal - Síndrome de dificultad respiratoria - Infección neonatal. - Enterocolitis necrotizante - Encefalopatía hipóxico – isquémica - Displasia broncopulmonar - Muerte neonatal - Otros 	

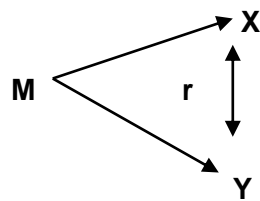
III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

3.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación es correlacional, porque permitió determinar la influencia de la atención de la paciente en la prevención de las complicaciones materno – fetales.



Donde:

M : Todas las pacientes con amenaza de parto prematuro.

X : Atención a la gestante con parto prematuro.

Y : Complicaciones Maternas y/o Fetales.

r : Relación entre la atención a la gestante con Amenaza de parto prematuro y complicaciones Maternas y/o Fetales, para determinar la Eficacia.

3.3. Población y muestra

Universo:

Todas las gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto durante el año 2014, que fueron 2,219.

Población: Estuvo conformada por el 100% de gestantes con Diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Consultorio de Atención Pre-Natal y/o emergencia, del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, durante el periodo 2014, siendo un total de 213 pacientes. (Fuente: oficina de información y de estadística del Hospital MINSA II-2 Tarapoto).

Muestra:

Todas las gestantes con diagnóstico de APP atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto durante el año 2014, según cálculo del tamaño de la muestra:

Cálculo de la muestra

Se usó la fórmula de proporción con población conocida

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

- n = 213
- Z = 1,96
- P = 0,5
- Q = 0,5
- E = 0,05

$$n = \frac{(213) \quad (1,96)^2 \quad (0,5) \quad (0,5)}{(213-1) \quad (0,05)^2 \quad + (1,96)^2 \quad (0,5) (0,5)}$$

$$n = \frac{(213) \quad (3,8416) \quad (0,25)}{(212) \quad (0,0025) \quad + (3,8416) \quad (0,25)}$$

$$n = \frac{204,5652}{0,53 \quad 0,9604}$$

$$n = \frac{204,5652}{1,4904}$$

137

Nota: 137 gestantes, 148 neonatos (127 fetos únicos, 18 fetos de embarazo gemelar y 3 fetos de embarazo gemelar triple).

3.4. Unidad de Análisis

Una gestante atendida en el consultorio de atención prenatal y/o emergencia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto con Diagnostico de APP.

3.5. Criterios de inclusión

- Gestante atendida en el consultorio prenatal y/o emergencia con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, edad gestacional mayor de 22 semanas.

3.6. Criterios de exclusión

- Gestantes con Diagnostico de Amenaza de aborto.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método:

Por ser un estudio del tipo correlacional, se utilizó una lista de cotejo que sirvió para obtener información de las fuentes secundarias (Historia Clínica Perinatal Base e Historia Clínica) que después fueron ordenadas, clasificadas para el análisis correspondiente de la muestra en estudio.

Instrumento:

Se utilizó el instrumento diseñado por las investigadoras que consta de 3 secciones:

I. **Datos Generales:** Consta de 3 ítems, donde se consigna la edad, grado de instrucción y estado civil.

II. **Datos referentes a la Amenaza de Parto Prematuro.** Consta de 5 ítems con alternativas múltiples, referente a identificar las características obstétricas (Nro. de gestaciones, tiempo de diagnóstico, antecedente de parto prematuro e infecciones); Características Ovulares (presencia de placenta previa, embarazo gemelar, DPP, polihidramnios, RPM, otros); Características Fetales (Nro. de fetos, anomalías congénitas, peso del feto, otros); Manejo obstétrico (Diagnostico oportuno, tratamiento adecuado, monitoreo, otros) y Cumplimiento al Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

III. **Complicación Materno Fetales Consta de 2 ítems:** La primera identifica las complicaciones maternas (endometritis, sepsis materna, hemorragia por hipodinamia uterina, atonía uterina, histerectomía, cesárea y otros) y la segunda las complicaciones fetales (hemorragia intracerebral, retinopatía del prematuro, asfixia perinatal, SDR, infección neonatal, enterocolitis necrotizante, encefalopatía hipóxico-isquémica, displasia broncopulmonar, muerte neonatal y otros).

Validación del instrumento:

La validez del instrumento se realizó mediante el análisis de validez de contenido, por el método “Juicio de Expertos”, utilizando la opinión de 03 expertos especialistas en el tema. Las recomendaciones dadas por los expertos fueron tomadas en cuenta para la elaboración del instrumento.

El instrumento después del análisis de validez por expertos, se afinó a través de la aplicación de una muestra piloto, la misma que estuvo conformada por 10 datos de gestantes con o sin Diagnostico de APP consignadas en las Historias Clínicas del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

3.8. Plan de tabulación y análisis de datos

Una vez concluida la recolección de datos, obtenida la información complementaria requerida, se procedió a la tabulación de los datos para luego ser diseñados en cuadros estadísticos, según los resultados obtenidos con el apoyo de programas para computadora; Microsoft Word 2010 y Excel 2010.

El análisis de datos se realizó mediante las pruebas estadísticas descriptivas como frecuencia, porcentaje, media aritmética y la estadística inferencial como la prueba no paramétrica de Ji cuadrado, obtenida a través del programa estadístico SPSS versión 21, para determinar la efectividad de la atención de la gestante con Diagnostico de APP en la prevención de complicaciones materno perinatales con una significancia estadística $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

Incidencia de Gestantes con Diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, atendidas en el Hospital MINSA II – 2 – Tarapoto. 2014.

$$\begin{aligned} & \text{Número de gestantes con Diagnostico de Amenaza Parto Prematuro} \\ I = & \frac{\text{-----}}{\text{Número total de gestantes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto}} \times 100 \\ & 213 \\ I = & \frac{\text{-----}}{2219} \times 100 = 9,6\% \end{aligned}$$

Fuente: Datos propios de la investigación.

La incidencia de gestantes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, atendidas en el Hospital II – 2 MINSA – Tarapoto durante el año 2,014 fue 9.6%. 96 casos de cada 1000 gestantes presentaron Amenaza de Parto Prematuro.

Tabla 01: Características Socio demográficas de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.

Características	fi (n = 137)	%
Edad		
< 15 años	2	1,8%
15 - 19 años	24	17,5%
20 - 29 años	64	46,7%
30 - 39 años	44	32,1%
40 - 49 años	2	1,8%
Grado de Instrucción		
Analfabeta	2	1,8%
Primaria incompleta	7	5,3%
Primaria completa	32	23,4%
Secundaria incompleta	30	21,9%
Secundaria completa	49	35,8%
Superior técnica	14	10,5%
Superior universitaria	2	1,8%
Estado Civil		
Soltera.	25	18,2%
Casada	26	19,3%
Conviviente	86	62,8%

Fuente: Datos propios de la investigación.

La población en estudio oscila entre 20 a 29 años de edad (78.8%), en su mayoría el grado de instrucción es secundaria completa a más (48,1%) y estado civil conviviente (62.8%).

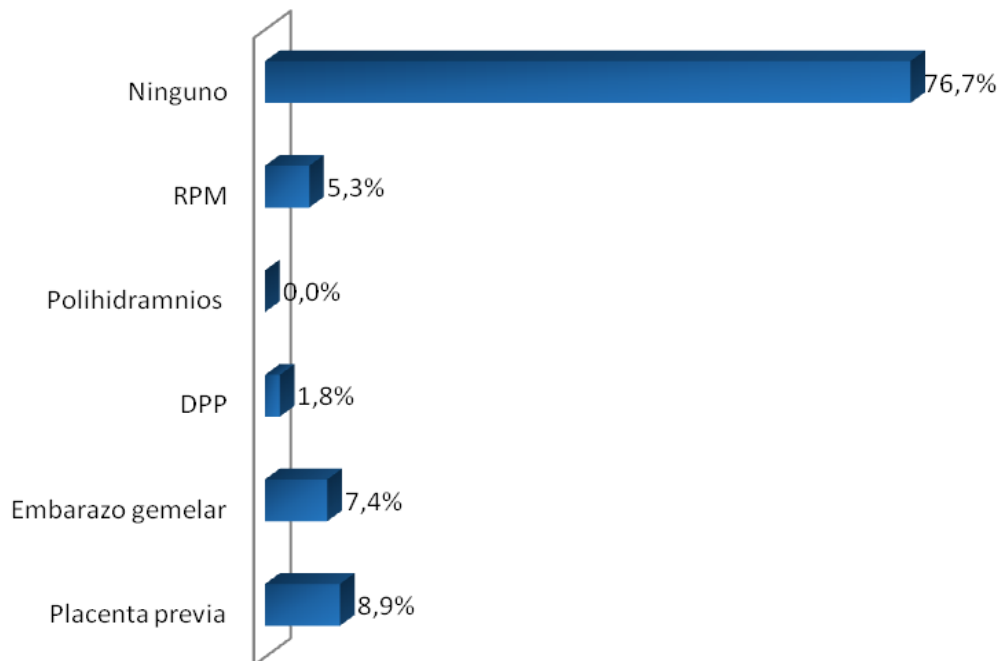
Tabla 02: Características Obstétricas de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.

Características	fi (n = 137)	%
Número de gestaciones		
Primera gestación	39	28,5%
2 a 3 gestaciones	71	51,8%
4 a más	27	19,7%
Antecedentes:		
Prematuridad previa	7	5,3%
Antecedente de Aborto	57	41,6%
No refiere	73	53,3%
Infecciones		
Infección del tracto urinario	66	48,2%
Infección genital	17	12,3%
Ambos	10	7,0%
Otras	2	1,8%
No refiere	42	30,7%

Fuente: Datos propios de la investigación.

En relación a las características obstétricas, existe un predominio en que la gestante curse entre 2 a 3 gestaciones (51,8%), tenga antecedente de aborto (41,6%) e infección del tracto urinario (48,2%).

Figura 01: Características Ovulares de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.



Fuente: Datos propios de la investigación.

Nos muestra las características ovulares de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, observándose que el 8,9% cursó con placenta previa, el 7,4% fueron embarazos gemelares y el 5,3% con RPM.

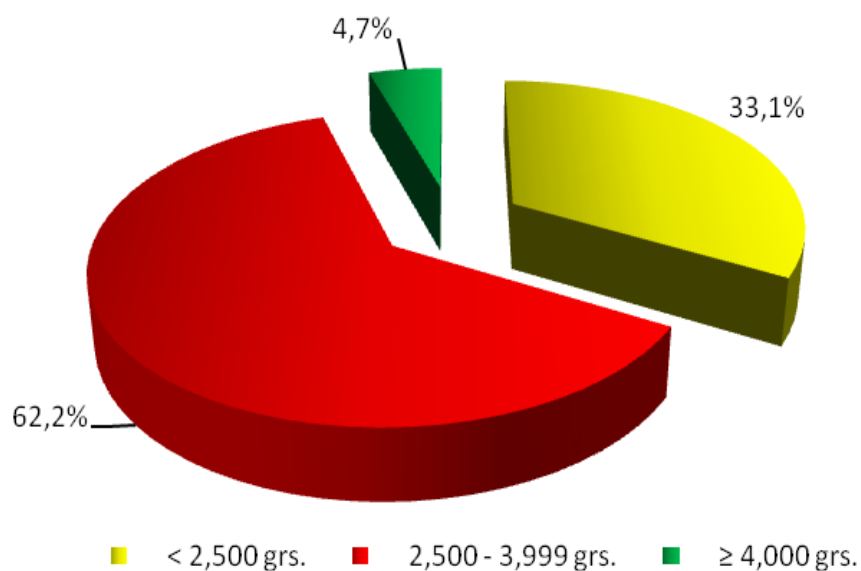
Tabla 03: Características perinatales de madre con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.

Características	fi (n = 137)	%
Número de Fetos		
Único	127	92,7%
Gemelar (doble)	09	6,6%
Gemelar (triple)	01	0,7%
Anomalías Congénitas		
Si	2	1,8%
No	135	98,2%

Fuente: Datos propios de la investigación.

De las 137 madres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro atendidas en el Hospital MINSA II-2 – Tarapoto durante el periodo 2014, el 92,7% tuvieron fetos únicos, el 6,6% gemelar doble y el 0,7% gemelar triple. Solo el 1,8% tuvieron anomalía congénita.

Figura 02: Características perinatales en relación al peso del Recién Nacido de madre con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.



Fuente: Datos propios de la investigación.

De los 148 recién nacidos de madres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro atendidas en el Hospital II-2 MINSA – Tarapoto durante el periodo 2014, el 62,2% tuvieron un peso adecuado, es decir, oscilaron entre 2,500 a 3,999 grs.; el 33,1% tuvieron un peso < 2,500 grs. y el 4,7% \geq 4,000 grs.

Tabla 04: Manejo Obstétrico de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, según protocolo de atención de madre con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.

Características	fi (n = 137)	%
Dxco. Precoz u oportuno		
1 – 2 sem.	0	0,0%
3 – 4 sem.	2	1,8%
5 – 8 sem.	5	3,6%
> 8 sem.	130	94,7%
Monitoreo		
Se monitorizó	137	100,0%
No se monitorizó	0	0,0%

Fuente: Datos propios de la investigación..

Nos muestra el manejo obstétrico de la población gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, según protocolo de atención, evidenciándose que del 100% de gestantes que fueron atendidas el 94,7% no tuvieron un diagnóstico precoz y oportuno, ya que se diagnosticó después de las 8 semanas de gestación, siendo el tratamiento oportuno su monitoreo en un 100%.

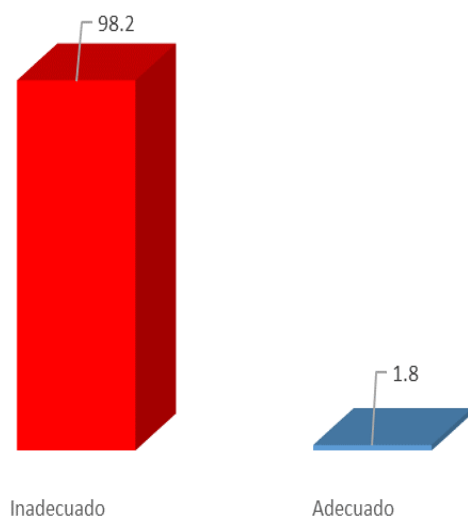
Tabla 05: Diagnóstico del parto de la población gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, según protocolo de atención de madre con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.

Diagnóstico del parto	fi	%
Pretérmino :		
Extremo (20 – 27 sem.)	2	1,5%
Moderado (28 – 32 sem).	11	7,4%
Leve (33 - 36 sem).	38	25,6%
A término : (37 – 40 sem.)	97	65,5%
Postérmino : (> 40 sem.)	0	0,0%
Total	148	100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación.

El Diagnóstico de parto pretérmino o término se obtuvo de 137 gestantes y 1148 recién nacidos. De esta población el 65,5% culminaron en parto a término y el 34,5% en parto pretérmino (predomina el pretérmino leve en un 25,6%).

Figura 03: Porcentaje de cumplimiento al tratamiento farmacológico y no farmacológico de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.



- Hidratación vía endovenosa rápida con ClNa 0,9% x 1000 ml, iniciar 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto.
- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno y fetal.
- Confirmar edad gestacional.
- Identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible).
- Maduración pulmonar fetal entre las 24 - 34 semanas con corticoides si no los recibió previamente.
- Uso de tocolíticos en amenaza de parto pretérmino (entre las 24 - 34 semanas) y vigilancia de efectos colaterales, considerando las siguientes contraindicaciones: feto muerto, malformación fetal severa, corioamnionitis, hipertensión arterial severa, hemorragia materna severa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Fuente: Datos propios de la investigación.

Según la recopilación de información realizada de fuente secundaria (historias clínicas) de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino evidenciamos que, el 98,2% de ellos recibieron tratamiento farmacológico y no farmacológico inadecuado (135 casos) de acuerdo a lo establecido en la Guía Técnica de la Práctica Clínica para la Atención, Diagnóstico y Tratamiento de la Amenaza y Trabajo de Parto Pretérmino (19).

Incidencia de Complicaciones Maternas por amenaza de parto prematuro en la población en estudio.

$$I = \frac{\text{Número de gestantes con la complicación materna}}{\text{Número de gestantes con Diagnostico de Amenaza Parto Prematuro}} \times 100$$

7

$$I \text{ Hemorragia por Hipodinamia Uterina} = \frac{\text{-----}}{137} \times 100 = 5.1\%$$

137

1

$$I \text{ Sepsis Materna} = \frac{\text{-----}}{137} \times 100 = 0.7\%$$

137

Fuente: oficina de Información y estadística. Hospital MINSA II-2 Tarapoto

Las complicaciones maternas más frecuentes presentadas en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro fueron: hemorragia por hipodinamia uterina su incidencia fue de 5.1%; 51 de cada 1000 gestantes y sepsis materna 0.7%; 7 de cada 1000 gestantes presentaron estas complaicaciones. El 390 de cada 1000 gestantes no presentaron otras complicaciones.

Incidencia de Complicaciones Perinatales por amenaza de parto prematuro en la población en estudio.

$$I = \frac{\text{Número de recién nacidos con complicación}}{\text{Número de recién nacidos de madres con Amenaza de Parto Prematuro}} \times 100$$
$$I_{\text{SDR}} = \frac{5}{148} \times 100 = 3.4\%$$

Fuente: Datos propios de la investigación.

En cuanto a las complicaciones perinatales por amenaza de parto pretérmino, encontramos que, en los recién nacidos predominó el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SALAM) con una incidencia de 3.4%; 34 de cada 1000 recién nacidos lo presentaron.

Tabla 06: Tipo de complicación materna de mayor asociación en la población de estudio. Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.

Complicación	Con APP		Sin APP		X ²	p < 0,05
	fi (n = 137)	%	fi (n=1290)	%		
Endometritis	0/137	0,0%	8/1282	0,6%	0,854	0,4450
Sepsis Materna	1/136	0,7%	10/1280	0,8%	0,003	0,7140
Hemorragia por Hipodinamia Uterina	7/130	5,1%	42/1248	3,3%	1,283	0,1830
Hemorragia por atonía uterina	0/137	0,0%	50/1240	3,9%	5,503	0,0060
Histerectomía	0/137	0,0%	1/1289	0,1%	0,106	0,9040

Fuentes: oficina de Información y estadística. Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Datos propios de la investigación.

Las gestantes que fueron atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto luego del tratamiento recibido, desencadenaron durante el proceso del parto: hemorragia por atonía uterina ($X^2 = 5,503$; $p = 0,0060$), demostrando que es una complicación materna de mayor asociación en la población de estudio.

Tabla 07: Tipo de Complicación Perinatal de mayor asociación en la población de estudio. Hospital MINSA II – 2 Tarapoto. 2014.

Complicación	Con APP		Sin APP		X ²	P < 0,05
	fi (n = 148)	%	fi (n=1293)	%		
Retinopatía del prematuro	0/148	0,0%	1/1292	0,1%	0,115	0,8970
Asfixia perinatal	0/148	0,0%	95/1198	7,3%	11,641	0,0000
Síndrome de Dificultad Respiratoria	5/143	3,4%	66/1227	5,1%	0,845	0,2440
Infección neonatal.	0/148	0,0%	167/1126	12,9%	21,621	0,0000
Enteritis Necrotizante	1/147	0,7%	1/1292	0,1%	3,430	0,1950
Encefalopatía hipóxico - isquémica	1/147	0,7%	1/1292	0,1%	3,430	0,1950
Displasia pulmonar	1/147	0,7%	0/1293	0,0%	8,743	0,1030
Muerte neonatal	2/146	1,4%	78/1215	6,0%	5,550	0,0080
Otros	5/143	3,4%	164/1129	12,7%	11,107	0,0000

Fuente: oficina de Información y estadística. Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Datos propios de la investigación.

La complicación perinatal de mayor asociación producto de madres que fueron atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto sin diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, fueron: la asfixia perinatal ($X^2 = 11,641$; $p = 0,0000$), infección neonatal ($X^2 = 21,621$; $p = 0,0000$), muerte neonatal ($X^2 = 5,550$; $p = 0,0080$) y otras complicaciones ($X^2 = 11,107$; $p = 0,0000$).

v. DISCUSIÓN

La prematurez continúa siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido es por eso que el parto prematuro es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. El parto prematuro y la rotura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos prematuros; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales. (17)

En nuestro estudio, la incidencia de gestantes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, atendidas en el Hospital II – 2 MINSA – Tarapoto durante el año 2,014 fue de 9,6%. (Figura 01), cifra inferior a lo reportado en años anteriores, cuya incidencia oscilaba entre 16 al 20% de nacimientos y las complicaciones secundarias por esta causa muestran un porcentaje alarmante por cuanto supera el porcentaje nacional. (5)

La OMS reportó en el año 2005 una incidencia de prematuridad de 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). (2)

No existe evidencia científica que permita sostener dicha problemática, ni resultados para mejorar la calidad en la atención a la gestante con amenaza de parto prematuro, por lo tanto, las acciones desarrolladas durante la atención prenatal para la prevención materna – perinatales, aún siguen siendo insuficientes.

Al caracterizar a la población gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. 2014, encontramos que las edades entre 20 a 39 años es la más frecuente (78,8%), en su mayoría el nivel de instrucción es secundaria completa a más (48,1%) y estado civil conviviente (62,8%). (Tabla 01) Los mecanismos por los que las características demográficas de la madre están relacionadas con el nacimiento prematuro se desconocen.

Olaya R. en su estudio realizado en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor reportó que, el 73 % de las pacientes oscilaban entre 18 y 19 años de edad; el 93% tenían instrucción secundaria; el 65% tuvieron más de 6 controles prenatales, el 54 % tuvo entre 3 a 4 parejas sexuales y el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas. (6) asimismo, Robles N y Gonzáles J, reportan que la prevalencia de amenaza de parto pre-término y los factores de riesgo asociados son similares a las cifras revisadas a la fecha en poblaciones con iguales características demográficas y socioeconómicas (10)

Mientras que Molina M, y Yoled L, refieren que la prevalencia de parto pretérmino en el grupo estudiado fue del 13% donde el 47% tienen nivel de instrucción

secundaria, el 65% de las pacientes son primigestas, provienen de zona urbana el 76%, el 59% de las pacientes se han realizado entre 1 y 5 controles prenatales. La edad gestacional que predomina el parto pretérmino es entre 31 y 36,6 semanas con un 82%. El parto pre término se da principalmente en embarazadas primigestas y con edad gestacional entre 35-36,6 semanas, el nivel de instrucción no se relaciona con el número de controles prenatales, la mayoría de las pacientes provienen del sector urbano de la provincia, el parto pre término se da en pacientes entre 20 a 34 años de edad. (11)

Asimismo, Huaroto K, et al., reportó que el 35.5% de los casos diagnosticados como parto pretérmino fueron madres adolescentes, el 20,5% fueron casadas, el 84,1% tuvieron un nivel de instrucción baja. Por lo que concluye que: Los factores de riesgo maternos son: ser madre adolescente, procedencia rural, tener grado de instrucción baja y tener antecedentes patológicos como infección urinaria. (14)

En relación a las características obstétricas, existe un predominio en que la gestante curse entre 2 a 3 gestaciones (51,8%), tenga antecedente de aborto (41,6%) e infección del tracto urinario (48.2%). (Tabla 02)

Romero M, en su estudio “Factores de riesgo asociados al parto pre término. Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. 2007 – 2008”, en la ciudad de Tacna; concluyó que, las causas más frecuentes para presentar parto pre término fueron: la infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas. Asimismo, que, el antecedente de parto pre término, infección de vías urinarias, anemia, hipertensión inducida por el embarazo y ruptura prematura de membranas son factores que condicionan parto pre término. (13)

Este resultado es inferior a lo reportado por Olaya R., quien reporta un 61% de Infecciones de Vías Urinarias en la población en estudio. (6)

Por su parte Molina M. Yoled L. en un estudio titulado, Prevalencia de Parto Pretérmino en Pacientes con Infección de Vías Urinarias en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el período junio 2011 - junio 2012 – Ecuador, reportó que, la prevalencia de parto pretérmino en el grupo estudiado fue del 13%, el 47% tienen nivel de instrucción secundaria, el 65% de las pacientes son primigestas, provienen de zona urbana el 76%, el 59% de las pacientes se han realizado entre 1 y 5 controles prenatales. La edad gestacional que predomina el parto pretérmino es entre 31 y 36,6 semanas con un 82%. La infección de vías urinarias es una patología asociada al parto pre término en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Provincial General de Latacunga. El parto pre término se da principalmente en embarazadas primigestas y con edad gestacional entre 35 - 36,6 semanas, el nivel de instrucción no se relaciona con el número de controles prenatales, la mayoría de las pacientes provienen del sector urbano de la provincia, el parto pre término se da en pacientes entre 20 a 34 años de edad. (11)

Mientras que Romero M, concluyó que, las causas más frecuentes para presentar parto pre término fueron: la infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas. (13)

Huaroto K, et al., reportó que los factores de riesgo maternos son: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y generalidad. (14)

Amasifuen LI, Ruíz N, reportaron que las complicaciones atribuidas a la ITU se presentaron en un 23.53% en las gestantes mestizas y en las nativas Quechua un 25%. Y entre las complicaciones la más frecuente fue en las gestantes mestizas. La amenaza de parto prematuro (3 casos) y en las nativas Quechua el Aborto (2 casos). (15)

De ahí la importancia que en el primer control prenatal se solicita el urocultivo, que debe ser realizado antes de las 12 semanas de gestación, ya que está demostrado que disminuye significativamente la ocurrencia de parto prematuro en el grupo de portadoras de bacteriuria asintomática que reciben tratamiento con antibióticos. (19,20)

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios, etc.) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar focalidad infecciosa de otras partes del organismo (pielonefritis, apendicitis). En nuestro estudio al evaluar las características ovulares de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, se observa que el 8,9% de la población total cursó con Placenta previa, el 7,4% con

embarazo gemelar, el 5,3% con RPM y el 1,8% con Desprendimiento prematuro de placenta. (Figura 02)

Creasy reporta resultados similares, al demostrar que los factores de riesgo maternos asociados al diagnóstico clínico de amenaza de parto pre término, son: Ruptura prematura de membranas, Gestación múltiple, preeclampsia, desprendimiento de placenta, placenta previa, Sangrado vaginal, Retardo en el crecimiento fetal.(37)

Asimismo, Goldenberg y Ekwon, refieren que el sangrado vaginal causado por placenta previa o por separación de la placenta marginal es asociado con el riesgo parto pretermino casi como la gestación múltiple. (38,39)

Mientras que Parra, reporta lo contrario. En su estudio encontró una frecuencia de 0,5% de gestantes que cursaron con placenta previa y desencadenaron parto prematuro, demostrando que esta variable no presenta asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino. (40)

Al igual que Carpio, F. al demostrar que la probabilidad de que una gestante culmine en parto pretérmino es de 3,19 veces mayor que aquella que no cursa con placenta previa (OR: 3,19), pero al identificar el grado de asociación reporta que no existe asociación estadística entre ambas variables (valor p 0,3065563; OR 3,19). Por lo que concluye que la placenta previa no es factor de riesgo asociado al desarrollo de parto pretérmino en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013. (41)

A su vez, Cárdenas refiere que, la ruptura prematura de membranas se acompaña casi invariablemente de un nacimiento pretérmino, pero aún no está claro si en esos casos conviene aplicar medidas para demorar el inicio del trabajo de parto.(42)

La Figura 02 nos muestra las características ovulares de la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, observándose que el 8,9% cursó con placenta previa, el 7,4% fueron embarazos gemelares y el 5,3% con RPM.

De las 137 madres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro atendidas en el Hospital MINSA II-2– Tarapoto durante el periodo 2014, el 92,7% tuvieron fetos únicos, el 6,6% gemelar doble y el 0,7% gemelar triple. Solo el 1,8% tuvieron anomalía congénita. (Tabla 03)

Al representar las características fetales de los recién nacidos, el 62,2% tuvieron un peso adecuado, es decir, oscilaron entre 2,500 a 3,999 grs.; el 33,1% tuvieron un peso < 2,500 grs. y el 4,7% \geq 4,000 grs. (Figura 03). Resultado superior a lo reportado por Cárdenas (68%) que asocia la mayor cantidad de partos pretérmino a las recién nacidos con madres con algún trastorno de la nutrición ya sea por exceso o por defecto. (42)

En cuanto al Manejo obstétrico en la atención a la gestante con diagnóstico de Amenaza de Parto prematuro, según protocolo de atención, la tabla N° 04, nos muestra que del 100% de gestantes que fueron atendidas el 94,7% no tuvieron un diagnóstico precoz y oportuno, ya que se diagnosticó después de las 8 semanas

de gestación, pero durante el proceso de hospitalización se monitorizó al 100% de las gestantes en tratamiento.

De esta población con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro el 34,5% culminaron en parto pretérmino y el 65,5% concluyeron en parto a término. Esta cifra es superior a descrito por Salazar, Pacheco y Pritchard, quienes refieren que la amenaza de parto pretérmino generalmente avanza a un parto pretérmino. Se ha encontrado evidencia que un 27% de las amenazas de parto pretérmino resuelven espontáneamente y cerca de un 70% progresan a parto. (16, 17,18)

Si bien es cierto, el Ministerio de Salud con Res. N° 487-2010/MINSA de fecha 16 de junio 2010, aprueba la Guía Práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, que estandariza el manejo en los establecimientos de salud del país, de la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, así como de sus complicaciones asociadas que incrementan la morbi-mortalidad materno perinatal, y el hospital MINSA II-2 Tarapoto es un establecimiento referencial de la región San Martín, el manejo obstétrico no es muy adecuado. Ya que la amenaza de parto pretérmino, requiere de Hidratación vía endovenosa rápida con ClNa 0,9% x 1000 ml, iniciando con 500 ml a goteo rápido y continuar a 50 gotas por minuto. La gestante debe estar en reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo. Monitoreo materno y fetal permanente. Se debe confirmar la edad gestacional, identificación rápida y corrección del factor causal (de ser posible), maduración pulmonar fetal entre las 24 - 34 semanas con corticoides si no los recibió previamente. Uso de

tocolíticos en amenaza de parto pretérmino (entre las 24 - 34 semanas) y vigilancia de efectos colaterales, En las historias clínicas revisadas no se describe con precisión dicho procedimiento.

Sin embargo cuando se ha estudiado la situación dinámica del diagnóstico y manejo de la amenaza de parto pretérmino se ha encontrado que un gran porcentaje de las mujeres que acuden al hospital por “contracciones” tendrán su parto en 48 horas, independientemente de si se realizan intervenciones o no para evitar el parto. Otro grupo de mujeres continuarán su embarazo ya que son tratadas, con indicación o sin ella, con agentes tocolíticos y un 65,5% de estas mujeres continuaron con su embarazo hasta término sin ninguna intervención.

Según la recopilación de información realizada de fuente secundaria (historias clínicas) de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino evidenciamos que, el 98,2% de ellos recibieron tratamiento farmacológico y no farmacológico inadecuado (135 casos) de acuerdo a lo establecido en la Guía Técnica de la Práctica Clínica para la Atención, Diagnóstico y Tratamiento de la Amenaza y Trabajo de Parto Pretérmino (19); se reporta un alto porcentaje de prematuridad en la culminación del mismo (34,5%).(Figura 04)

Al respecto, Althabe F, et al., al analizar la literatura sobre los métodos que permitan predecir, prevenir o detectar precozmente la amenaza de parto pre término y los tratamientos que puedan detener esa amenaza o significar un mejor desenlace para las embarazadas que experimentan el parto pre término, concluyó que, a pesar de haberse evaluado una larga serie de métodos y tratamientos, son

muy pocos los que han mostrado su efectividad y merecen implementarse en la práctica clínica. (9)

Las complicaciones maternas más frecuentes presentadas en pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro fueron: cesárea (55,5%), hemorragia por hipodinamia uterina (5,1%) y sepsis materna (0,7%). (Figura 05)

Al aplicar la prueba no paramétrica Ji cuadrado, se evidencia que las gestantes que fueron atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto luego del tratamiento recibido, desencadenaron durante el proceso del parto: hemorragia por atonía uterina ($X^2 = 5,503$; $p = 0,0060$) y cesárea ($X^2 = 4,0408$; $p = 0,0280$), demostrando que ambas son complicaciones maternas de mayor asociación en la población de estudio. (Tabla 06)

Al respecto Olaya, reporta cifras superiores. En su estudio, la frecuencia de cesárea fue de 73% (6) y Espinoza, considera que la cesárea fue el modo de terminación del embarazo que más se observó, así como también hubo predominio del bajo peso, y la anemia fue la morbilidad materna más frecuente. (12)

Según la guía de práctica clínica para la atención de la amenaza de parto prematuro, se indica que la vía del parto podrá ser por cesárea o por vía vaginal independientemente de la edad gestacional. En ausencia de indicaciones absolutas para cesárea, hospitalizar y proceder a la atención del parto, previa administración de corticoides en dosis Única: Betametasona: 12 mg vía IM, o Dexametasona: 4 mg EV. La atención del parto vaginal debe realizarse ocasionando el menor trauma posible, evaluando la indicación de episiotomía. El

manejo activo del tercer periodo del parto debe ser con oxitocina (10 UI intramuscular), pinzamiento y tracción controlada del cordón para alumbramiento de la placenta y masaje uterino externo para evitar la hemorragia por hipotonía. La identificación de las complicaciones maternas como hemorragia intraparto y/o posparto, parto obstruido, fiebre, sepsis, debe ser inmediato y realizar la referencia oportuna. (19)

En cuanto a las complicaciones perinatales por amenaza de parto pretérmino, encontramos que, en los recién nacidos predominó el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SALAM) (3,4%), encefalopatía hipóxico – isquémica, la displasia broncopulmonar y la enteritis necrotizante (0,7% respectivamente). Hubo 2 casos de muerte neonatal que representa el 1,4%.(figura 06) Al aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado, se observa que la complicación perinatal de mayor asociación producto de madres que fueron atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto sin diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, fueron: la asfisia perinatal ($X^2 = 11,641$; $p = 0,0000$), infección neonatal ($X^2 = 21,621$; $p = 0,0000$), muerte neonatal ($X^2 = 5,550$; $p = 0,0080$) y otras complicaciones ($X^2 = 11,107$; $p = 0,0000$). (Tabla 07)

Cabe resaltar que según la literatura revisada, en contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios.

En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. La morbilidad perinatal grave también se asocia con esos nacimientos. En los nacidos pretérmino son mucho más frecuentes el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular y discapacidades de largo plazo como la parálisis cerebral, la ceguera y la pérdida de la audición. Situación que podría prevenirse si se realiza el control prenatal en forma precoz, completa, periódica y adecuada, por no decir efectiva. (1,2)

Al respecto, el Ministerio de Salud refiere que se debe contar con asistencia neonatal al momento del parto y procurar asegurar el equipo de soporte para el neonato disponible (incubadora, respirador y surfactante), a fin de prevenir complicaciones derivadas de la prematuridad. Se debe iniciar tratamiento con Betametasona administrado por personal de salud entrenado y realizar la referencia inmediata al establecimiento de salud con capacidad resolutive adecuada a fin de identificar, estabilizar y realizar la referencia inmediata de la gestante para disminuir la morbi-mortalidad perinatal ocasionado por esta causa. Se debe realizar la atención inmediata del recién nacido (secado y abrigo inmediato) a fin de prevenir y tratar la hipotermia. La ligadura del cordón umbilical debe ser entre 1 y 3 minutos después del nacimiento y asepsia del cordón. Se debe prevenir y tratar la hipoglicemia (lactancia materna precoz). Los recién nacidos de bajo peso deben tener contacto directo piel a piel, de modo temprano, continuo y prolongado con su madre, utilizando el método mamá canguro. Se debe identificar los signos de alarma y referir oportunamente.(19)

Finalmente podemos decir, que el parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz

VI. CONCLUSIONES

1. La incidencia de gestantes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, atendidas en el Hospital MINSA II – 2 – Tarapoto en el año 2,014 fue de 96 cada 1000 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro.
2. La población se caracterizó por corresponder al grupo etario de 20 a 39 años siendo 78,8% (108), grado de instrucción secundaria completa a más siendo 48,1% (65) y estado civil conviviente 62,8% (86). Existe un predominio en que cursen entre 2 a 3 gestaciones 51,8% (71), antecedente de aborto 41,6% (57) e infección del tracto urinario 48,2% (66). El 8,9%(12) cursó con Placenta previa, 7,4% (10) con embarazo gemelar y el 5,3% (7) con RPM.
3. La población perinatal de las 137 madres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro atendidas en el Hospital MINSA II-2 –durante el periodo 2014, Tarapoto se caracterizó por el 92,7% (127) tuvieron fetos únicos, el 6,6% (9) gemelar doble y el 0,7% (1) gemelar triple. Solo el 1,8% (2) tuvieron anomalía congénita; de los 148 recién nacidos de madres con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, el 62,2% tuvieron un peso adecuado, es decir, oscilaron entre 2,500 a 3,999 gr. el 34,5% en parto pretérmino (predomina el pretérmino leve en un 25,6%).

4. El 94,7% de gestantes con Amenaza Parto Prematuro, no tuvieron un diagnóstico precoz y oportuno, ya que el diagnóstico fue después de las 8 semanas de gestación, monitoreo en un 100%. De esta población el 34,5% culminaron en parto pretérmino.
5. El 98,2% de las gestantes recibieron tratamiento farmacológico y no farmacológico inadecuado.
6. Entre las complicaciones maternas más frecuentes fueron: cesárea 76 pacientes (55,5%), hemorragia por hipodinamia uterina 7 pacientes (5,1%) y sepsis materna 1 paciente (0,7%). El Síndrome de Dificultad Respiratoria fue una de las complicaciones perinatales predominantes en 5 Recién Nacidos (3,4%), seguido encefalopatía hipóxico-isquémica, la displasia broncopulmonar y la enteritis necrotizante (uno Recién Nacido (0,7%) respectivamente).
7. Las complicaciones maternas de mayor asociación en la población de estudio fueron: hemorragia por atonía uterina y cesárea ($p < 0,05$) y la complicación perinatal de mayor asociación fue: asfixia perinatal, infección neonatal y muerte neonatal ($p < 0,05$).
8. La Atención a la gestante con Amenaza de Parto Prematuro influye significativamente en la prevención de complicaciones Materno – Fetales, a través de la prueba no paramétrica de Ji cuadrado, con una significancia estadística $p < 0,05$.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al MINSA, capacitar y concientizar al personal de salud que hace control prenatal en emergencias y riesgo obstétrico para dar un diagnóstico preventivo oportuno y así prevenir y disminuir la morbilidad materno fetal.
2. Al MINSA, garantizar la atención oportuna, completa y de calidad de las gestantes referidos con el Diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, a través del fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia.
3. Al MINSA, desarrollar estrategias para la implementación del conjunto de intervenciones articuladas, apropiadas a nuestra realidad geográfica y sociocultural, focalizando en las áreas de mayor morbilidad y mortalidad neonatal.
4. A los Establecimiento de Salud - personal, realizar sesiones educativas a la comunidad sobre los riesgos maternos fetales durante y después de la gestación para concientizar a la población con riesgo para ser referida oportunamente a un centro de salud de mayor complejidad.
5. El Hospital MINSA II-2 Tarapoto al ser centro referencial de todos los demás establecimientos de salud de la región San Martín, debe capacitar a todos los profesionales de salud que brindan atención prenatal a la gestante sobre la Norma Técnica de Salud N^o 074 – MINSA, así como en “Guía práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la Amenaza de Parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino” aprobado con Resolución ministerio N^o 487-2010/MINSA.

6. Al Gobierno Regional de San Martín para brindar y comprometerse con contribuir al bienestar de la población vulnerable, especialmente de las madres y niños de nuestra región.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Parto Prematuro. 2013. (disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>; recuperado el 30 de abril 2015).
2. Organización Mundial de la Salud. Incidencia mundial de Parto Prematuro: Revisión Sistemática de la Morbilidad y Mortalidad Maternas 2002 - 2007. (disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>; recuperado el 30 de abril 2015).
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2008, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial 2008:19-38.
4. Anuario estadístico del sistema de la Secretaria de Salud en el estado de Guanajuato, México. 2008: 56-62.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica de Salud Familiar – 2014. Perú. (citado en <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/>; recuperado el 10 de Mayo 2015)
6. Olaya R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital

gineco-obstétrico año Enrique c. Sotomayor” en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013 Guayaquil – Ecuador 2012 – 2013 (disponible <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1863/1/tesis%20factores%20de%20riesgo%20que%20desencadenan%20el%20trabajo%20de%20parto%20pret%20c3%89rmino%20en%20las%20adolescentes%20emba.pdf>).

Recuperado el 26 julio).

7. Rico R, Ramos V, Martínez P. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. Murcia – España. Julio 2012; 11(27): 397-407. (Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6141201200; recuperado 14 de mayo 2015).
8. Zonana A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California.. Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional Nro. 20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana, Baja California, México. *Revista Salud Pública Méx* 2014; Vol. 56(1):32-39. 2005 – 2012 (recuperado el 25 de Abril 2015; disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002946>).
9. Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizán J, Althabe O. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2009;5;6 Washington (<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999500001>; recuperado el 13 de Abril 2015).

10. Robles, N, Gonzales J. Prevalencia y factores de riesgo en amenaza de parto pretermino en las pacientes atendidas en el hospital regional Isidro Ayora en el periodo 2008 -2009”. Loja – Ecuador. Repositorio digital. Universidad de Loja. 2009. (disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/4809>; recuperado el 25 de Abril 2015).

11. Molina M, Yoled I. Prevalencia de parto pre término en pacientes con infección de vías urinarias en el área de gineco-obstetricia del hospital provincial general de Latacunga en el período junio 2011-junio 2012.” Ecuador (Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/6598>.Recuperado 26 julio).

12. Espinoza J. Enfermedad hipertensiva del embarazo asociadas al parto pre termino en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital vitarte entre enero del 2009 a diciembre del 2012 Lima-Perú. (Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4068/1/Cruz_tm.pdf recuperado el 26 de julio).

13. Romero M. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. 2007 – 2008. Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Trujillo – Perú. 2008. (disponible en <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/123456789/506>; recuperado el 25 de Abril 2015)

14. Huaroto K, Paucá M, Polo M, Meza J. Factores de Riesgo Maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un Hospital Público de Ica, Perú. 2013. revista Médica Panacea. Vol. 3, núm. 2(2013). (recuperado el 20 de Abril 2015; disponible en <http://www.unica.edu.pe/rev.med.panacea/index.php/med/article/view/61>).

15. Amasifuen LI, Ruiz N. Diagnóstico presuntivo de infección del tracto urinario y complicaciones más frecuentes en gestantes de Población Mestiza y Nativa Quechua de la Ciudad de Lamas – San Martín – Perú. Junio – Setiembre 2012. (Tesis pregrado). Universidad Nacional de San Martín – T. Facultad Ciencias de la Salud. 2012. (disponible en http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_109_Binder1.pdf; recuperado el 25 de Abril 2015).

16. Salazar A, Sáenz D. Tratamiento del Parto Pretérmino y su Prevención en el Primer y Segundo Nivel de Atención. 2005. Costa Rica. (recuperado el 26 de junio 2015; disponible en <http://es.slideshare.net/jesus315/parto-pretmino-manejo-clinico>).

17. Pacheco J. Parto pretérmino: Tratamiento y las Evidencias. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Maestro Latinoamericano de la Obstetricia y Ginecología. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54:24-32. (disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a07.pdf; recuperado el 14 de Abril 2015)

18. Pritchard J, Mac Donald P, Gand N. "Williams Obstetricia". 24ava. Edición. Salvat. Editores. Barcelona, España – 2013.
19. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino. Resolución Ministerial Nro. 487-2010/MINSA de fecha 16 de junio del 2010. (consultado el 20 de octubre 2015; disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM487-2010-MINSA%20Atenciones%20Obstetricas.pdf>)
20. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna. NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01. Res. Ministerial N° 827-2013/MINSA. (recuperado el 26 de julio 2015; disponible en ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM827_2013_MINSA.pdf)
21. MINSA. Guía Clínica de Prevención del Parto Prematuro. Chile. 2010 (recuperado el 10 de junio 2015; disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e.pdf>)
22. Cortés G. Diccionario Médico Etimológico. 2000. (disponible en <http://dicciomed.eusal.es/introd.php>; recuperado el 26 de julio 2015).
23. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. "Obstetricia y medicina materno-fetal" Buenos Aires Madrid: medica panamericana, 2007. Xxx,1390 p. (disponible <https://books.google.com.pe/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PA1070&lpg>)

=PA1070&dq=complicaciones+materno+fetales+(endometritis)&source=bl
&ots=R0bThXOlOn&sig=rMt347lkMYFInW7_PuAP7c2EfO4&hl=es&sa=X&
ved=0CCAQ6AEwAGoVChMI8Kah8ezBxwIVSlseCh2i2Qnh#v=onepage&q
=complicaciones%20materno%20fetales%20(endometritis)&f=false
recuperado 28 de julio).

24. MINSA. Guía técnica: guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2007 (disponible en <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/minsa-guia-atencion-emergencias-obstetricas.pdf> recuperado el 26 junio 2015).
25. Manual de atención neonatal. Paraguay 2011 (Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/v3/wp-content/uploads/2014/01/MANUAL-NEONATAL-diciembre-2011.pdf>. recuperado el 26 de julio)
26. Camba F, Perapoch J, Martín N. Retinopatía de la prematuridad. Asociación Española de Pediatría Protocolos actualizados al año 2008. (Disponible en <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/46.pdf> recuperado el 26 julio).
27. López J, Valls A. Síndrome de dificultad respiratoria. Hospital de Cruces. Barakaldo © Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008. (Disponible en:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf> recuperado el 26 julio).

28. Demestre X, Raspall F. Enterocolitis necrosante, Hospital de Barcelona. Grup Assistència. Servicio de Pediatría y Neonatología SCIAS. Barcelona. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008. (Disponible en <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/42.pdf> recuperado el 26 julio).

29. García A, Martínez M, Arnaez J. Valverde E, Quero J., Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. Hospital Universitario La Paz. © Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008. (Disponible en <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/26.pdf> recuperado 26 julio).

30. Izquierdo M, López A, Morcillo F. Displasia broncopulmonar. Facultativo Especialista de Departamento Pediatría. UCIN. S. Neonatología. H.U. La Fe. Valencia. Jefe de Sección de Neonatología. Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008. (Disponible en <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/33.pdf> recuperado el 26 de julio).

31. Diago V, Perales A, Cohen M, Perales M. Muerte fetal tardía, Libro blanco de la muerte súbita infantil. (Disponible en:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_su_bita_3ed_1382443264.pdf. Recuperado el 26 de julio).

32. MINSA. Guías de practica clinica: actualizadas y nuevas elaboradas por el departamento de gineco obstericia. hospital nacional docente madre niños “San Bartolome” octubre 2012 (disponible en file:///C:/Users/KEVIN%23/Downloads/gpc_gineco.pdf. Recuperado en 28 de julio 2015.)
33. Schwarcz R, Fesia R, Duverges C. Obstetricia edición sexta. Capítulo 203. 2006. Editorial El Ateneo. Provincia de Buenos Aires. Argentina.
34. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna - 2013. Proyecto de NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01. Res. Ministerial N° 827-2013/MINSA. (disponible en <http://www.unfpa.org.pe>; recuperado el 30 de abril 2015).
35. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manejo Perinatal de la Prematurez. (recuperado el 28 de Abril 2015; disponible en http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES).
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica de Salud Familiar – 2014. Perú. (recuperado el 28 de Abril 2015; disponible en <http://www.inei.gob.pe/estadisticas>).

37. Organización de las Naciones Unidas. Niñez y Adolescencia. Perú. 2012. (Recuperado el 26 de julio 2015; disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f011bf.pdf>)
38. Creasy R, Resnik R. Maternal Fetal Medicine Principles and Practice. Fifth edition. Saunders 2004. (recuperado el 10 de octubre de 2015; disponible en <http://www.us.elsevierhealth.com/ob-gyn/creasy-and-resnik-maternal-fetal-medicine-principles-and-practice-expert-consult/9781416042242/>)
39. Goldenberg R. The management of preterm labor. The American College of Obstetricians and Gynecologist vol. 100, No. 5 November 2002. (recuperado el 18 de octubre 2015; disponible en <http://www.utilis.net/Morning%20Topics/Obstetrics/ManagementPTL.pdf>)
40. Ekwo E, Gosselink C, Moawad A. Unfavorable outcome in penultimate pregnancy and premature rupture of membranes in successive pregnancy. Obstet Gynecol 2002; 80:166.
41. Parra F. Factores de Riesgo Asociados a Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el Período Enero 2010 - Diciembre 2012. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Académica Profesional de Medicina Humana (tesis pregrado). Tacna – Perú 2013. (disponible en http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/226/111_2013_Parra)

_Velarde_F_FACS_Medicina_2013.pdf?sequence=1; consultado el 18 de octubre 2015)

42. Carpio F. Factores de Riesgo Materno. (disponible en http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/415/1/CARPIO_FERNANDO_FACTORES_RIESGO_MATERNOS.pdf; consultado el 15 de octubre 2015)

43. Cárdenas R., Comportamiento del parto pretérmino en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2005 en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas. (disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10761/Comportamiento-parto-pretermino-Tesis.html>; consultado el 30 de octubre 2015)

IX. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Atención a la Gestante con Amenaza de Parto Prematuro y su influencia en la Prevención de Complicaciones Materno – Fetales.
Hospital MINSA II– 2 Tarapoto. 2014.

LISTA DE COTEJO

Instrucciones

La presente lista de cotejo permitirá evaluar la Atención a la Gestante con Amenaza de Parto Prematuro y su influencia en la Prevención de Complicaciones Materno – Fetales.

Ítems				
D A T O G E N E R A L	Edad: <input type="checkbox"/> 15 - 19 años <input type="checkbox"/> 20 - 29 años <input type="checkbox"/> 30 - 39 años <input type="checkbox"/> 40 - 49 años	Grado de instrucción <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incomp. <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior técnica <input type="checkbox"/> Superior universitaria	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltera. <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente	
	Características Obstétricas	Número de gestaciones 1. Primera gestación <input type="checkbox"/> 2. de 2 a 3 gestaciones <input type="checkbox"/> 3. de 4 a más <input type="checkbox"/>		
		Tiempo de Diagnóstico 1 – 2 semanas <input type="checkbox"/> 3 – 4 semanas <input type="checkbox"/> 5 – 8 semanas <input type="checkbox"/> > 8 semanas <input type="checkbox"/>		
		Antecedentes: Prematuridad previa <input type="checkbox"/> Antecedente de Aborto <input type="checkbox"/>		
Infecciones - Infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> - Infección genital <input type="checkbox"/> - Otras <input type="checkbox"/>				

Características Ovulares	Placenta previa	()
	Embarazo gemelar	()
	Desprendimiento prematuro de placenta	()
	Polihidramnios	()
	Rpm	()
Características Fetales	- Nro. Fetos	()
	- Anomalías congénitas	()
	- Peso del feto.	()
	- Otros	()
Manejo Obstétrico	- Diagnóstico oportuno	()
	- Tratamiento adecuado	()
	- Monitoreo	()
Cumplimiento al tratamiento	Farmacológico	
	No farmacológico	
Complicaciones Maternas	- Endometritis	()
	- Sepsis materna	()
	- Hemorragia por hipodinamia uterina	()
	- Hemorragia por atonía uterina	()
	- Histerectomía	()
	- Cesárea	()
Complicaciones Fetales	- Hemorragia intracerebral	()
	- Retinopatía del prematuro	()
	- Asfixia perinatal	()
	- Síndrome de dificultad respiratoria	()
	- Infección neonatal.	()
	- Enterocolitis necrotizante	()
	- Encefalopatía hipóxico – isquémica	()
	- Displasia broncopulmonar	()
	- Muerte neonatal	()
- Otros	()	