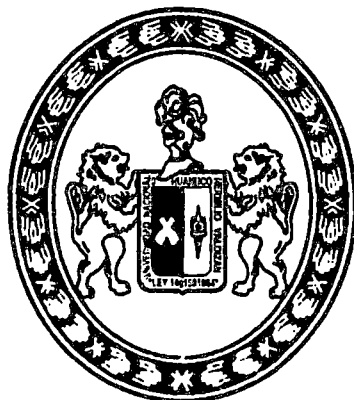


**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"**  
**HUANUCO**  
**FACULTAD DE OBSTETRICIA**



---

---

**FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO  
PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO  
PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL  
HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A  
DICIEMBRE DEL 2014**

---

---

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**O B S T E T R A**

**TESISTA:**

**CUEVA MENDOZA, Eberhard**

**HUÁNUCO-PERÚ**  
**2015**

**FACTORES DE RIESGO DESENCADENATES DEL PARTO  
PRETRMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO  
PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL  
HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A  
DICIEMBRE DEL 2014**

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

Por darme la vida, sabiduría,  
fortaleza, y sobre todo por  
ser mi guía.

A mis padres y hermanos, que gracias  
a su amor, esfuerzo, apoyo  
incondicional y a todos quienes  
aportaron positivamente a lo largo de  
mi formación académica y  
profesional para el logro de mis  
objetivos.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Huánuco, a la plana Docente de la Facultad de Obstetricia, a todo el personal de salud del Hospital Román Egoavil Pando – Villa Rica y a mi Asesora la Dr Mary Luisa Maque Ponce, mi eterno agradecimiento.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer los factores de riesgo que desencadenan el parto pretermino y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.

**Metodología:** Estudio retrospectivo de corte transversal con diseño correlacional-transeccional.

**Muestra:** constituido por 42 gestantes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando.

**Técnica de recolección de datos:** Con una técnica documentaria para el instrumento de fichas de recolección los datos registrados en las historias clínicas seleccionadas fueron trasladadas a fichas intermedias y finales para obtener los resultados.

**Resultados:** De 42 gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando, se encontró que 35,7 % eran adolescentes medianas o intermedias y 64,3 % eran adolescentes tardías, la edad promedio de gestantes adolescentes fue 17 años. El 81,0 % fueron gestantes con prematuridad leve, 14,3 % con prematuridad moderada y 4,8 % con prematuridad extrema; su edad gestacional promedio fue 34 semanas. El 47,6 % tuvieron secundaria incompleta y el 78,6 % procedían de zonas urbanas, un 69,0 % son convivientes, el 81,0 % son amas de casa y el 45,2 % tuvieron 2 parejas sexuales. El 59,5 % fueron primigestas, 64,3 % presentaron menos de 6 controles prenatales, 7,1 % tuvieron preeclampsia severa, 35,7 % presentaron infección urinaria, 16,7 % tuvieron vaginosis bacteriana y el 69,0 % tuvieron ruptura prematura de membranas. El 4,8 % tuvo muerte fetal in útero, 19,0 % presentó oligohidramnios, 69,0 % su terminación de parto fue vaginal y el 31,0 % fue por cesárea, el 47,6 % tuvo anemia moderada, 28,6 % presentó retención de restos placentarios, el 64,3 % de los prematuros tuvieron adecuada edad gestacional al nacer, el 64,3 % tuvieron un peso normal, independientemente de su edad gestacional y el 40,5 % de los prematuros presentaron síndrome de dificultad respiratoria (SDR).

**Conclusión:** Con un valor de  $p < 0.05$ , concluimos que los factores de riesgo asociados al parto pretermino en la dimensión gineco-obstétrica son: infección del tracto urinario y embarazo múltiple. En la dimensión complicaciones materno fue retención de restos placentarios y en la dimensión complicaciones perinatales el síndrome de dificultad respiratoria fue la patología más frecuente.

**Palabras claves:** *factores, riesgo, desencadenates, parto pretermino, complicaciones materno perinatales, gestantes adolescentes*

## ABSTRACT

**Objective:** Knowing the risk factors that trigger the preterm labor and his complications maternal perinatal in adolescent pregnant women of the Hospital Román Egoavil Pando from January to December of 2014.

**Methodology:** Cross-section retrospective study with design correlacional transeccional.

**Show:** Constituted for 42 adolescent pregnant women of the service of Obstetricia of the Hospital Román Egoavil Pando.

**Collecting technique of data:** With a technique he would document for the instrument of collecting chips the data registered in the selected case histories they were relocated to intermediate and final chips to obtain results.

**Results:** Of 42 adolescent pregnant women attended in the service of Obstetricia of the Hospital Román Egoavil Pando, he met that 35.7 % were adolescent medians or you intermediate and 64.3 % were overdue teens, the mean age of adolescent pregnant women was 17 years. The 81.0 % were pregnant with light prematurity, 14.3 % with moderate prematurity and 4.8 % with extreme prematurity; Your average gestational age was 34 weeks. The 47.6 % had incomplete secondary school and the 78.6 % they came from urban areas, a 69.0 % they are convivientes, the 81.0 % they are householders and the 45.2 % they had 2 sexual partners. The 59.5 % were primigestas, 64.3 % they presented less than 6 prenatal controls, 7.1 % had harsh preeclampsia, 35.7 % presented urinary infection, 16.7 % they had bacterial vaginosis and the 69.0 % they had premature division of membranes. The 4.8 % had fetal death in uterus, 19.0 % his completion of childbirth presented oligohydramnios, 69.0 % it was vaginal and the 31.0 % was by Caesarean section, the 47.6 % had moderate anemia, 28.6 % he presented retention of placental remains, 64.3 % of the premature ones had adequate gestational age when being born, the 64.3 % had a normal weight, regardless of his gestational age and 40.5 % of the premature ones presented syndrome of difficulty in breathing (**RDS**).

**Conclusion:** With a value of  $p < 0,05$ , we conclude that the risk factors correlated to the preterm labor in dimension gineco obstetric they are: Urinary tract infection and multiple pregnancy. In dimension complications maternal was retention of placental remains and in dimension perinatal complications the syndrome of difficulty in breathing was the most frequent pathology.

**Passwords:** *Factors, risk, desencadenates, preterm labor, complications maternal perinatal adolescent pregnant women*

# ÍNDICE

INTRODUCCION.....	9
CAPÍTULO I.....	12
MARCO TEORICO.....	12
1.1 Antecedentes.....	12
1.1.1 Internacionales.....	12
1.1.2 Nacionales.....	16
1.1.3 Locales.....	18
1.2 Investigación Bibliográfica.....	19
1.2.1 Adolescencia.....	19
1.2.2 Embarazo en adolescentes.....	21
1.2.3 Parto pre término.....	22
1.2.4 Factores de riesgo del parto pretermino.....	24
1.2.5 Complicaciones materno perinatales:.....	58
1.2.6 Cuadro clínico.....	77
1.2.7 Fisiopatología.....	77
1.2.8 Manejo y Tratamiento.....	79
1.2.9 Definición de términos básicos.....	82
1.3 Hipótesis.....	84
1.4 Variables.....	84
1.4.1 Independiente.....	84
1.4.2 Dependiente.....	84
1.4.3 Interviniente.....	84
1.5 Operacionalización de variables.....	85
1.6 Objetivos.....	85
1.6.1 Objetivo General.....	85
1.6.2 Objetivo Específico.....	85

CAPÍTULO II.....	86
MARCO METODOLÓGICO.....	86
2.1 Ámbito.....	86
2.2 Tipo de investigación.....	86
2.3 Diseño y esquema de investigación.....	86
2.3.1 Diseño.....	86
2.3.2 Esquema.....	87
2.4 Universo, población y muestra.....	87
2.4.1 Universo.....	87
2.4.2 Población.....	87
2.4.3 Muestra.....	87
2.5 Técnicas e instrumentos de datos.....	88
2.5.1 Técnicas.....	88
2.5.2 Instrumento.....	88
2.6 Plan de tabulación y análisis de datos.....	90
CAPÍTULO III.....	91
RESULTADOS.....	91
DISCUSION.....	133
CONCLUSIONES.....	137
SUGERENCIAS.....	138
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	139
ANEXOS.....	143



## INTRODUCCION

El parto pretermino en gestantes adolescentes constituye un problema importante de salud pública, esto debido a que el número de embarazos en adolescentes ha aumentado y se reporta en asociación con una tasa alta de complicaciones maternas y fetales, aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo (1).

. En el Perú el 13% de las mujeres entre los 15 y 19 años que estuvieron embarazadas, las características socio demográficos que presentaron fueron aquellas que estuvieron en extrema pobreza, 26%; y en pobreza, 3%. El porcentaje de adolescentes que han estado alguna vez embarazadas fue más alto en Loreto (30.0%), Madre De Dios (27.9%), y Ucayali (24.9%). En el 2011, se registraron 19.7% de esas adolescentes madres o embarazadas en el área rural y 10% en el área urbano; 33.9% solo han terminado su educación primaria (2).

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a adquirir un embarazo no deseado. La probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años.

La prematuridad constituye una de las principales causas de morbilidad perinatal en el ámbito mundial y representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal

y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica (3). Se estima que en los países desarrollados la prematuridad abarca entre 6 % y 10 % de todos los nacimientos, pero en América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto prematuro y se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos. Esta cifra varía según los países, su dotación de servicios médicos y el tipo de población usuaria (4).

En Villa Rica, durante las prácticas de Internado en Obstetricia 2014 se observaron 60 casos de parto pretérmino en gestantes adolescentes, las mismas que se discutieron en las visitas médicas como recurso didáctico en la formación de la carrera en Obstetricia; la mayoría de ellas eran gestantes jóvenes referidas de puestos y centros de salud de áreas rurales, presentando una probabilidad mayor de riesgo de morbimortalidad perinatal.

Las limitaciones más saltantes se centran en el objetivo general de la presente investigación: conocer los factores de riesgo que desencadenan el parto pretermino y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.

Los datos fueron obtenidos mediante un análisis documental, con un instrumento de fichas de recolección de datos de preguntas abiertas y cerradas para el recojo de los datos registrados en las historias clínicas seleccionadas; asimismo mediante el libro de registros de partos se obtuvieron datos de las historias clínicas

seleccionadas, ambas sirvieron como complemento una de la otra en el recojo de la información, los cuales fueron estructurados en base a tres dimensiones (sociodemográficas, gineco-obstetricas, complicaciones materno perinatales) de la variables en estudio; validadas su confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Crombrach y su contenido a través de un juicio de expertos. En este trabajo se presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se aborda el marco teórico con los antecedentes, la investigación bibliográfica, definición de términos, hipótesis, variables, operacionalización de variables y objetivos.

El capítulo II describe el ámbito de estudio, tipo de investigación, diseño y esquema de investigación, universo, población y muestra, técnicas e instrumentos de recopilación de datos, plan de tabulación y análisis de datos.

En el capítulo III presenta los resultados y discusión.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Antecedentes

#### 1.1.1. Internacionales

En Colombia Fernando Caicedo, Fabián Emiliano Ahumada, Marco Andrés Bolaños, Oscar Javier Ortega, Cristian David Tejada, publicaron los resultados de su estudio “Complicaciones maternas neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años” en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, cuyo objetivo fue determinar las complicaciones maternas y neonatales en pacientes embarazadas y mayores de 35 años durante julio – setiembre del 2008. Material y métodos: se trata de un estudio retrospectivo transversal que incluyó 88 pacientes, 40 adolescentes y 48 mayores de 35 años a quienes se atendió el parto en el Hospital Universitario San José. Se revisó cada historia y se documentó la información en un instrumento. Resultados: Encontraron que el promedio para dar a luz fue de 16.1 y 38.2 años para adolescentes y añosas respectivamente. Las añosas tienen un porcentaje más alto de antecedentes patológicos. La incidencia de complicaciones durante el embarazo en pacientes adolescentes es 77.5% y en añosas 68.8% durante el parto y postparto evidenciamos que las adolescentes tuvieron mayor evidencia de complicaciones con 47.5% vs 31.25% en añosas. Conclusiones: Las embarazadas en edades extremas

especialmente las adolescentes, constituyen una población de alto riesgo obstétrico, determinado por la frecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio para la madre y el neonato (5).

En México J. Guadalupe Panduro Barón, Priscila Magaly Jiménez Castellanos, J. Jesús Pérez Molina, Elizabeth Guadalupe Panduro Moore, Damián Peraza Martínez, Norma Argelia Quezada Figueroa, publicaron los resultados de su estudio “Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales” en la revista Ginecología y Obstetricia de México, cuyo objetivo fue determinar las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescentes. Material y métodos: estudio de casos y controles efectuado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, del 1 de julio de 2010 al 31 de diciembre de 2011. Casos: 550 puérperas adolescentes  $\leq 18$  años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas. Controles: 550 puérperas de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por encuesta directa y se analizaron con las pruebas estadísticas  $\chi^2$  y razón de momios. Resultados: en las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. No hubo diferencias en el número de consultas prenatales, vía de nacimiento, tipo de líquido amniótico y

molestias habituales durante el embarazo. Conclusión: el embarazo en la adolescente, además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico, porque afecta a mujeres aún estudiantes, dependientes de sus padres, sin apoyo de su pareja, que no utilizan anticonceptivos, lo cual propicia nuevos embarazos e incremento de sus complicaciones (6).

En Colombia Fany Patricia García Coto, Fabián Pardo Cruz, Carlos Zúñiga Mazier, publicaron los resultados de su estudio “Factores asociados al parto prematuro en el Departamento de Lempira, Honduras” en la Revista REV MED HONDUR, cuyo objetivo fue identificar factores asociados al parto prematuro. Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, la muestra fue de 367 mujeres embarazadas seleccionadas de un universo de 8,148 reportadas por 87 centros de salud. Se seleccionaron embarazadas con fecha de última menstruación conocida y con fecha de parto en 2010. Definiendo parto prematuro al ocurrido entre las 22 y 36 semanas gestacionales; parto a término al ocurrido a las 37 o más semanas gestacionales. Se obtuvo datos de la historia clínica y entrevista a las mujeres. Se calculó medidas de tendencia central y de asociación (riesgo relativo RR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), usando EPI INFO versión 3.5.3. Resultados: De 367 embarazadas seleccionadas, se conoció el desenlace en 358 (98%). Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-

20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00-10.28), < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60, p <0.02) y > 4 hijos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97, p <0,02) fue asociado con parto prematuro. Conclusiones: el parto prematuro en el Departamento de Lempira está asociado con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multiparidad, observando variaciones entre municipios. Para reducir partos prematuros, se ha monitorizado la cantidad y calidad de atenciones prenatales y focalizando la oferta de métodos de planificación familiar en múltiparas. Se recomienda realizar estudios en municipios con altas tasas de parto prematuro (7).

En Venezuela Riscarle Manrique, Airlen Rivero, Magaly Ortunio, Marianela Rivas, Rosa Cardozo, Harold Guevara, publicaron los resultados de su estudio “Parto pretérmino en adolescentes” en la Rev Obstet Ginecol Venez, cuyo objetivo de su investigación fue determinar la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, durante el año 2009, patologías asociadas y complicaciones perinatales. Método: estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se hizo revisión de historias clínicas. Ambiente: Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello, Estado Carabobo. Resultados: la prevalencia de parto

pretérmino fue 10,51 %. El grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4 %. El estrato socioeconómico predominante fue el IV con 67,6 %. Se presentaron patologías maternas (85,3 %) y complicaciones perinatales (38,2 %). Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y las patologías maternas ( $P < 0,05$ ). Conclusión: La pobreza y el bajo nivel socioeconómico se relacionan con el embarazo en adolescentes. (8)

### **1.1.2. Nacionales**

En Perú, Huaroto-Palomino Karina, Pauca Huamancha Miguel Angel, Polo Alvarez Meliza, Meza Leon Jesus Nicolaza, publicaron los resultados de su estudio “Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en el Hospital Regional de Ica, 2012” en la Revista Peruana de Médica de Panacea, cuyo objetivo fue determinar los Factores de Riesgo Maternos, Obstétricos y Neonatales asociados al parto pretérmino. Material y métodos: estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. La población fue de 2 500 pacientes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica. La muestra fue de 107 pacientes, de los cuales 31 fueron casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76, los controles con diagnóstico de parto a término. Se aplicó la estadística descriptiva para las variables



categorías y de medidas de tendencia central para las variables numéricas. Resultados: el 35,5% de los casos fueron madres adolescentes que presentaron parto pretérmino, frente a un 15.8% de los controles. El 23% de los partos pre términos 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). Conclusiones: representaron factores de riesgo maternos: 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 (9).

En Perú Rodríguez Días, David René, Morales Castañeda, Víctor De Francisco, Escudero Farro, Randy Bryan, Arévalo García, Danitza Jasmelly, Cabrera Rojas, Lizbeth Alexandra Janette, publicaron los resultados de su estudio “Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo Metropolitano, 2011 – 2013” en la Revista UCV-Scientia, cuyo objetivo de su investigación fue determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino,

el cual sucede entre las 20 y 37 semanas de gestación. Material y métodos: se usó un diseño retrospectivo, de casos y controles, de 70 pacientes por grupo (pretermino y a término), se evaluó las variables mediante la prueba de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron menores de 5, se consideró asociación estadística a un valor  $p < 0,05$  con un intervalo de confianza del 95%. El estadígrafo fue el odds ratio (OR). Resultados: respecto al desarrollo del parto pretermino con el antecedente de parto pretermino ( $p = 0,0048$ ; OR = 7,0345), inadecuado control prenatal ( $p = 0,0038$ ; OR 4,8889), desprendimiento prematuro de placenta ( $p = 0,0014$ ; OR = 8,5), vaginosis bacteriana ( $p = 0,0003$ ; OR = 4,0702) e infección de vías urinarias ( $p = 0,0020$ ; OR = 2,9688). Conclusión: se estableció que el antecedente de parto pretermino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana e infección de las vías urinarias son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pretermino (10).

### **1.1.3. Locales**

No se encontraron antecedentes referenciales relacionados al tema a nivel del ámbito jurisdiccional del departamento de Pasco, distrito de Villa Rica.

## **1.2. Investigación Bibliográfica**

### **1.2.1. Adolescencia**

Botero U. Señala que es la etapa que transcurre entre la niñez y la vida adulta. La Organización Mundial de la Salud, define adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 a los 19 años, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales entre las edades (10-14 años) y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico (15-19 años).

Clasificación.-comprende 3 etapas:

Adolescencia temprana:

Comprende entre los 10 y 13 años. Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media:

Comprende desde los 14 a los 16 años. Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo

somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía:

Abarca desde los 17 a los 19 años. La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables. Tanto en el plano biológico como en el psicológico existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esta edad. Paralelamente se consigue la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida común de pareja.

En la adolescencia comienza un largo proceso de autodefinición, siendo la definición sexual y de género dos procesos claves. El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo enfrentan opuestas presiones de su familia, de sus padres y de la sociedad en general. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan

con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, a sabiendas que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está viviendo, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar esperando un hijo.

### **1.2.2. Embarazo en adolescentes:**

Se define como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. Siendo más frecuentes en mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Las complicaciones biológicas y fisiológicas, es superior en gestantes adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo.

La morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con

afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares (11).

Los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbilidad neonatal aumentada; además, tienen un mayor riesgo de morir en el primer año de vida. Las razones principales de esas muertes son la prematuridad y el sufrimiento fetal crónico (12).

### **1.2.3. Parto pre término**

Es aquel que se produce antes de las 37 semanas completas de gestación o 259 días desde la fecha de última regla (FUR), lo cual debería ser corregido por ecografía realizada en el primer trimestre (13). Andrea C. Scharfe y Jude P. Crino; lo define como la presencia de contracciones que provocan cambios cervicales en una gestación menor de 37 semanas. Con la presencia de 4 a 6 contracciones por hora incluso en ausencia de cambios cervicales. El diagnóstico preciso puede ser difícil, ya que los signos y síntomas del parto pretermino pueden aparecer en la gestación normal y al momento de la exploración cervical puede ser poco precisa (14).

En primer lugar, podemos clasificar la prematuridad según su origen:

Pretérmino espontáneo o idiopático (50%).

Pretérmino asociado a rotura prematura de membranas (RPM) (25%).

Pretérmino por intervención médica o iatrogénico (25%), debido a enfermedades maternas y fetales (preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, enfermedades maternas) que aconsejan la terminación del embarazo antes de su término.

En segundo lugar, siguiendo la clasificación sugerida por Lumley (referida a la maduración fetal respecto a la edad gestacional), distinguimos varias categorías en función de importantes diferencias en la supervivencia, en las expectativas de salud a medio y largo plazo y en el consumo de recursos sanitarios:

Prematuridad extrema (de 20 a 27 semanas de gestación) 10%.

Prematuridad moderada (de 28 a 31 semanas de gestación) 10%.

Prematuridad leve (de 32 a 36 semanas de gestación) 80% (15).

Según Roberto A. la etiología del parto pretermino es multifactorial, varía de acuerdo con la edad gestacional y puede ser de causa materna, uterina, inherente al embarazo e iatrógena. Dentro de las causas maternas que ocasionan parto pretermino están las enfermedades

hipertensivas, las complicaciones abdominales no obstétricas como apendicitis y colecistitis, las enfermedades sistémicas, los traumatismos y la drogadicción. Entre las causas uterinas, tenemos la incompetencia ístmico cervical, la miomatosis y las malformaciones congénitas. También tenemos a las infecciones del tracto urinario e infecciones cervico vaginales que pueden ser etiológicas o pueden estar asociadas a una respuesta inflamatoria aguda de otra etiología. Las complicaciones propias del embarazo que se asocian al parto pretermino son embarazo múltiple, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas (RPM), placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), malformaciones fetales e infección intraamniótica. De todas las causas mencionadas, las enfermedades hipertensivas, el RPM y las infecciones del tracto urinario son responsables del 80 % de los nacimientos antes de las 37 semanas de gestación.

#### **1.2.4. Factores de riesgo del parto pretermino:**

##### **Factores sociales y demográficos**

*Nivel socio económico:* González P. refiere que la tasa de mortalidad perinatal es más alta cuanto más bajo es el nivel de ingresos económicos familiares, y menor es el nivel educativo y cualificación profesional de los padres. Un nivel socioeconómico desfavorable se asocia con más



frecuencia a multiparidad, menor edad de la madre al embarazo y a un inadecuado control gestacional.

*Edad materna:* Debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal adecuado y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro (16).

### **Factores Gineco - Obstetricos**

*Paridad:* Villanueva A. señala que uno de los factores epidemiológicos de mayor importancia es la historia reproductiva anterior. El antecedente de un parto pretermino está asociado con una posibilidad de recurrencia que varía entre 17% y 37%, aumentando en la medida que aumenta el número de parto pretérmino anteriores y disminuyendo con el número de partos que llegan al término. No se ha encontrado un aumento de la incidencia de parto pretérmino en mujeres con historia de uno o más abortos espontáneos, independientemente del trimestre en que ocurra. Sin

embargo, existe controversia en cuanto al aumento en la frecuencia de parto pretermino en mujeres que se han provocado múltiples abortos (Roberts et al, 1990). La incidencia es más alta en mujeres menores de 19 años.

*Atención prenatal:* El mayor componente de la prevención del nacimiento de un niño pretérmino incluye el seguimiento de acuerdo al riesgo, intervención educacional basada en el manejo del caso, incremento del aporte nutricional. Es por eso que la detección de factores de riesgo, lo más pronto posible, permite un manejo adecuado, impidiendo que estos se traduzcan en el daño correspondiente. Este es el fundamento del control prenatal; el no tenerlo, es un elevado factor de riesgo para el nacimiento de un pretérmino; pero no se trata solamente de tener unas cuantas visitas con el obstetra o ginecólogo (el número debe ser de seis o más veces), ya que el riesgo es semejante a no tener control prenatal. Es importante mencionar, que, a mayor número de controles, una gestante se ve más protegida (17).

*Estado nutricional:* Pacheco R. manifiesta que el embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el

embarazo predispone a la anemia, hipoproteinemia, hipovitaminosis, disminución de la inmunidad, facilidad para desarrollar infecciones urinarias, corioamnionitis, infecciones respiratorias, tuberculosis, infecciones vulvovaginales, pre eclampsia /eclampsia, desprendimiento prematuro de la placenta, diabetes; generando un mayor riesgo de morbimortalidad perinatal.

### **Enfermedades Obstétricas Asociadas**

#### *Infección del tracto urinario (ITU):*

Paredes G. refiere que la infección del tracto urinario se define como la presencia de bacterias en el tracto urinario que producen alteraciones funcionales y/o morfológicas.

La infección del tracto urinario (ITU) es quizás la complicación médica que más frecuentemente aparece durante la gestación y que, además, puede tener una repercusión importante tanto para la madre como para el feto durante la evolución del embarazo. Según Roberto A. manifiesta que las complicaciones por ITU de mayor frecuencia son el parto pretermino, la corioamnionitis y la muerte fetal. Después del parto las infecciones urinarias del embarazo aumentan la cifra de endometritis puerperal y en casos muy severos la piodonefrosis, el absceso perinefrítico o el choque séptico.

Durante el embarazo normal se produce cambios significativos de la estructura y función de las vías urinarias. Una de las alteraciones anatómicas más significativas inducida por el embarazo es la dilatación de las vías urinarias. Esta dilatación se produce aproximadamente alrededor de las 14 semanas de gestación. Esto comprende la dilatación tanto de los cálices renales y la pelvis como de los uréteres. Una consecuencia de la dilatación y la obstrucción son las posibles infecciones urinarias. Otro factor predisponente a la infección es el reflujo vesicouretral aumentado (18).

Roberto A. refiere que el mecanismo fisiopatogénico para explicar el parto pretermino, se menciona que las células deciduales, cuyo componente en fosfolípidos es muy considerable, pueden ser activada por las endotoxinas bacterianas o por los mediadores de la inflamación como las interleucinas, el factor de necrosis tumoral o el factor de activación plaquetaria. Estos mediadores químicos activan la fosfolipasa A2 que transforma los glicerofosfolípidos en ácido araquidónico. Este compuesto, por vía de la ciclooxigenasa o de la lipooxigenasa se transforma en prostaglandinas. Como se sabe las prostaglandinas intrauterinas son consideradas como el mediador bioquímico para la iniciación del trabajo de parto.

Desde el punto de vista clínico, puede presentarse tanto como

infección asintomática (bacteriuria asintomática), como sintomática (cistitis y/o pielonefritis). El 90% de las pielonefritis tienen lugar en el riñón derecho por la dextroposición uterina y porque la vena ovárica derecha dilatada cruza el uréter actuando como una brida, mientras la izquierda transcurre paralela al uréter.

La vía de contaminación más común es la ascendente, motivo por el cual es más frecuente la infección a nivel de la vejiga que a nivel de los riñones. Etiológicamente, las ITU son causadas por bacterias, siendo *Escherichia Coli* el germen más frecuentemente aislado (hasta un 85 % de los casos). Otros bacilos gram negativos como *Klebsiella* spp, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter* spp, *Serratia* spp y *Pseudomonas* spp. son más frecuentes en las ITU complicadas y en pacientes hospitalizadas. Entre los Cocos gram positivos destaca *Streptococcus agalactiae*.

Las bajas condiciones socioeconómicas, y consecuentemente la deficiente higiene, multiplican por cinco el riesgo de bacteriuria asintomática. Otros factores de riesgo, a tener en cuenta son: diabetes, transplantes renales, o lesiones medulares.

#### *Infecciones vaginales :*

Durante el embarazo, la mayoría de las mujeres experimentan un incremento en las secreciones cérvico-vaginales que, por lo general, son

cremosas y claras, con un alto contenido de lactobacilos, abundantes células epiteliales, pocos leucocitos y con un pH ácido. Esta es una respuesta normal a la estimulación hormonal durante el embarazo y protege a la mujer de otras infecciones (19).

La vagina es un conducto carente de glándulas propias, que está tapizada por epitelio plano poliestratificado. El flujo vaginal normal es blanco, no homogéneo e inodoro. Proviene del drenaje en la vagina de diferentes glándulas (glándulas vestibulares, glándulas de Bartholino, del cérvix, del endometrio y del endosálpinx), del líquido trasudado de la pared vaginal y de células vaginales descamadas. Las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) influyen sobre las características de la secreción y flora vaginales. La vagina es un medio ácido. El bacilo de Döderlein acidifica el medio: produce ácido láctico hasta un pH de 4 en la mujer en edad fértil. En la deficiencia de estrógenos (ej: menopausia) el pH suele ser superior a 6. La adición de hidróxido de potasio al 10% al exudado no cambia el olor: es la denominada «prueba de las aminas».

La flora vaginal normal está constituida por microorganismos aerobios y anaerobios. En la flora normal es posible encontrar microorganismos que son patógenos bajo ciertas circunstancias, como E. coli, Bacteroides fragilis, S. aureus, estreptococos del grupo B y especies de Candida (20).

Aller J. refiere que las alteraciones en la flora normal se pueden deber a varios factores como son: uso de antibióticos de amplio espectro, desinfectantes, desodorantes y patógenos de transmisión sexual que pueden llevar a vaginitis severas con pérdida de la flora cérvico vaginal normal y aumento de la incidencia de abortos espontáneos, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino e infecciones en el postparto.

Hopkins J. manifiesta que la fisiopatología es la siguiente: La infección asciende desde el canal vaginal y estimula la reacción inflamatoria que libera citoquinas de las células endoteliales, entre las que se encuentra la interleuquina -1, la interleuquina -6 y el factor de necrosis tumoral. Estas interleuquinas estimulan la cascada de producción de prostaglandinas, lo que conduce a la aparición del parto pretermino.

Orlando R. menciona que más del 90% de estas infecciones vaginales están causadas por uno de estos tres microorganismos:

Vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis*). Es una infección superficial, la más frecuente de la vagina que se caracteriza por un aumento de la flora anaeróbica sin que exista una respuesta inflamatoria, de allí el término de vaginosis y no el de vaginitis. Entre los factores que favorecen la aparición de esta infección se encuentran los siguientes: relaciones sexuales, infección concomitante por *Trichomona vaginalis* y

uso de dispositivos intrauterinos. Los síntomas que presentan las pacientes son leucorrea blanco grisácea, maloliente (ya que se acompaña de crecimiento de bacterias anaerobias como *mobiluncus*), de baja densidad, homogénea y reviste casi toda la pared vaginal y el introito vulvar. Es característico el “olor a pescado en descomposición”. Apenas produce prurito. Es la causa más frecuente de leucorrea maloliente.

Aller J. añade que la vaginosis bacteriana se ha relacionado con: ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, corioamnionitis diagnosticada histológicamente y mayor incidencia de endometritis post cesárea.

Candidiasis (*Cándida albicans*). En la mayoría de las mujeres las levaduras se encuentran como organismos comensales en la vagina sin producir enfermedad; sin embargo, existen alteraciones en el ecosistema vaginal que le permiten proliferar y desarrollar una vaginitis. Entre los agentes causales de esta alteración vaginal se encuentran el uso de antibióticos como penicilinas, cefalosporinas y tetraciclinas, que originan una disminución de los lactobacilos, y condiciones como la diabetes, el embarazo y el uso de anticonceptivos orales con elevada concentración de estrógenos, que producen un aumento del glucógeno vaginal que favorece el desarrollo de candidiasis vaginal (Sobel, 1979). La alteración de la inmunidad mediada por células asociada con el embarazo puede



contribuir al aumento de la candidiasis en éste período (Rein, 1989). Los síntomas incluyen prurito, sensación de quemadura en la vagina o la vulva y puede haber disuria. La vulva y la vagina pueden estar eritematosas y haber lesiones satélites en la periferia del eritema vulvar, se observa un flujo que varía en apariencia, pero que generalmente es blanco amarillenta, en grumos (de “requesón”).

Trichomoniasis (*Trichomona vaginalis*). Es un protozoo flagelado que ha sido reconocido como un patógeno vaginal desde comienzos de 1900. Este organismo se encuentra únicamente en el tracto genitourinario inferior de la mujer (vagina, glándulas de Skene, glándulas de Bartolino y uretra). Es un germen anaerobio estricto que se puede desarrollar con un pH que varía desde 3.5 a 8.0, aunque la movilidad se altera cuando el pH es mayor de 4.5 Se transmite por contacto sexual. En las mujeres embarazadas se han señalado los siguientes síntomas: flujo amarillo, grisáceo o sanguinolento procedente de la vagina o el cuello, olor anormal. A la exploración, el cérvix puede presentar hemorragias puntiformes “aspecto de fresa”. Esto hace que el cérvix sangre fácilmente al contacto.

*Ruptura prematura de membranas (RPM):*

Según González P. es la pérdida de continuidad del saco amniótico

antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo. Se clasifica en a término, cuando se presenta después de las 37 semanas de gestación, y pretermino cuando se presenta antes de las 37 semanas de gestación. El período de latencia es el intervalo comprendido entre la RPM y el inicio del trabajo de parto. Cuando el período de latencia es superior a 24 horas se considera que es una RPM prolongada. El tiempo que transcurre entre la ruptura y el parto es muy importante para la morbilidad materno fetal.

Cunningham G. refiere que aproximadamente el 80% de los casos de RPM ocurren a término y, en un 90% de veces, van seguidos del inicio del parto en un intervalo de tiempo inferior a 48 horas. La RPM pretérmino (RPMP) ocurre en un 3% de las gestaciones y está implicada en un tercio de los partos pretérmino. El 50-60% de las RPMP presentarán el parto en la primera semana. (14) La morbilidad viene derivada principalmente del grado de prematuridad (distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular y sepsis nosocomial), al que debe añadirse el riesgo de infección perinatal (13-60%), el desprendimiento de placenta (4-12%) y de distrés derivado de la compresión de cordón en el anhidramnios si existe dinámica uterina (32-76%). Todo esto podría conllevar a la muerte neonatal.

González P. refiere que el mecanismo por el cual se produce la

rotura fisiológica de las membranas no se conoce con exactitud. En el caso de la RPMP, su causa es multifactorial. Sin embargo, cabe destacar la infección o inflamación coriodecidual como factor causal de la RPMP. La invasión bacteriana del espacio coriodecidual estimula la decidua y las membranas fetales a producir citoquinas (incluyendo TNF, IL-1, IL-6, IL-8 y GCSF). En respuesta a estas citoquinas inflamatorias, se sintetizan y liberan prostaglandinas, lo que aumenta la quimiotaxis, infiltración y activación de los neutrófilos. Además, se estimula la liberación de metaloproteasas de la matriz, que pueden degradar el tejido conectivo de las membranas corioamnióticas produciendo su rotura.

Se aprecian los factores de riesgo implicados en esta patología y el riesgo relativo de cada uno. Los de mayor importancia son la vaginosis bacteriana, la amenaza de parto pretérmino, el cerclaje, el hábito tabáquico, el nivel socioeconómico bajo, las gestaciones múltiples, una amniocentesis, la conización cervical o la metrorragia. Cada uno de estos factores puede asociarse a la RPMP mediante la distensión o degradación de la membrana, la inflamación local o la falta de resistencia materna al ascenso de colonización bacteriana de modo que, en la mayoría de los casos, la causa última de la RPMP es desconocida.

*Enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE):*

Según González P. en el libro Fundamentos de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Lo define como el trastorno que se presenta durante la gestación, parto o puerperio que se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales a valores iguales o mayores de 140/90 mmHg acompañada por signos y síntomas que permiten clasificarla según su severidad.

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) son una de las principales complicaciones obstétricas y de mayor repercusión en la salud materno fetal. Suponen uno de los motivos de consulta más importantes en las unidades de alto riesgo, siendo la primera causa de morbilidad materno fetal con una incidencia a nivel mundial del 1 al 10% según los distintos países.

La fisiopatología de la preeclampsia es una enfermedad multisistémica y multifactorial, caracterizada por la existencia de daño endotelial que precede al diagnóstico clínico. Se estima que afecta a un 1.2% de los embarazos en nuestro medio, y a pesar de ser una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna (coagulopatía diseminada o síndrome de HELLP, desprendimiento de placenta, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda, eclampsia, fallo o hemorragia hepático, convulsiones, accidentes cerebrovasculares, Muerte

materna, riesgo de enfermedad cardiovascular a largo plazo) y neonatal (prematuridad, retraso de crecimiento intrauterino, hipoxia, complicaciones neurológicas, muerte perinatal), la etiología y los mecanismos responsables de la patogénesis de la preeclampsia aún no se conocen con exactitud. En la fisiopatología de la preeclampsia intervienen varias vías fisiopatológicas, pero básicamente podríamos diferenciar dos etapas en el proceso de la enfermedad: una primera fase en la que se produciría una alteración de la invasión trofoblástica de las arterias espirales maternas; que conduciría a un estado de insuficiencia placentaria y una segunda etapa, que daría lugar a la lesión endotelial responsable de los signos y síntomas clásicos de la enfermedad.

La EHE hace referencia a la hipertensión que se inicia o diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa. Siendo la clasificación y criterios diagnósticos los siguientes según la American college of Obstetricians and Gynecologists y la international Society for the Study of Hipertensión in Pregnancy (ISSHP).

Según Cunningham G. en el libro de Williams Obstetricia refiere que la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es una patología exclusiva del embarazo que se presenta a partir de la semana 20 de gestación o en el puerperio (no más de 14 días) y se acompaña de

proteinuria y edema, así como de otros signos y síntomas que permiten subdividirla según su severidad.

**Hipertensión Gestacional;** es la elevación de la presión arterial que alcanza valores de 140/90 mmhg o más por primera vez durante el embarazo, pero no han desarrollado proteinuria. La hipertensión gestacional se denomina hipertensión transitoria si no se desarrolla preeclampsia y la presión arterial ha regresado a su normalidad después de 12 semanas de puerperio.

**Preeclampsia Leve;** se presenta en pacientes con embarazo de 20 semanas o más, con cifras de tensión arterial  $\geq 140/90$  mmHg , con elevación de la presión sistólica mayor o igual a 30 mmhg, y de la presión sistólica mayor o igual a 15 mmhg, sobre la presión habitual; edema grado I, que es el localizado en los pies o el área pretibial, o grado II que es marcado en miembros inferiores. Además, hay proteinuria en orina de 24 horas mayor de 300 mg pero menor de 500 mg o de 1 cruz, en una tira de orina aleatoria. El edema suele ser un signo de aparición precoz; sin embargo, es frecuente en embarazos normales por lo que ha perdido valor en el diagnóstico de la enfermedad siendo útil solamente para la clasificación de la severidad.

**Preeclampsia Severa;** En estos casos, la cifra de tensión arterial es igual o mayor de 160/110 mmHg, obtenida en dos tomas con intervalo de

6 horas, el edema es grado III, que es el localizado en abdomen, región sacra, manos o cara o grado IV, que es la anasarca. Además, proteinuria de 500 mg o más en orina de 24 horas o de 3 a 4 cruces en una muestra tomada al azar. Este es un signo clave, porque muchas veces sirve para diferenciar la HIE de la HTA crónica.

Puede tener aparición tardía y siempre está presente cuando hay lesión glomerular tipo endoteliosis (Spargo et al, 1959). También pueden haber signos y síntomas visuales como escotomas centelleantes o visión borrosa, que se deben al vasoespasmo de las arterias retinianas y que, generalmente, ceden a la semana de mejorar las cifras tensionales.

La presencia de signos neurológicos como tinitus, cefalea persistente, exacerbación de los reflejos osteotendinosos, clonus o hasta coma, se deben a los efectos de la preeclampsia sobre el flujo sanguíneo cerebral que causa edema, anemia focal, trombosis y hemorragia. El aumento de los reflejos osteotendinosos y el clonus son signos ominosos de eclampsia (Morris et al, 1997). El dolor persistente en epigastrio y/o hipocondrio derecho se debe a necrosis hepatocelular, edema e isquemia de la cápsula de Glisson y se acompaña, frecuentemente, de elevación de las enzimas hepáticas.

En casos severos puede ocurrir edema agudo de pulmón que es secundario al aumento de la resistencia vascular periférica y al estado de

hiperdinamia de la función ventricular que se ve en estos casos. Debido a la restricción del volumen plasmático y al vasoespasmo intrarrenal, hay una disminución de la tasa de perfusión y filtración glomerular que puede llevar a una insuficiencia renal aguda con oliguria de menos de 30 cc/hora.

La presencia de alteraciones en el sistema de coagulación son signos de preeclampsia severa y reflejan la severidad del proceso. Estos se pueden manifestar clínicamente por hematomas, sangrado o petequias y a nivel de laboratorio con trombocitopenia, prolongación de las pruebas de coagulación, hipofibrinogenemia y, en casos más severos, coagulación intravascular diseminada (CID).

Eclampsia; ocurre cuando la paciente presenta cualquiera de los signos y síntomas descritos anteriormente acompañados de convulsiones y/o coma no atribuibles a otra causa. Generalmente presenta síntomas prodrómicos como cefalea persistente, fotofobia, visión borrosa, dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, hiperreflexia severa y clonus.

Hipertensión crónica; se observa en pacientes en las que hay una elevación aislada de las cifras tensionales,  $\geq 140/90$  mmHg antes del embarazo o diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación; sin otros signos y síntomas. En estos casos es recomendable la vigilancia estricta



porque pueden evolucionar hacia cualquiera de las otras formas de EHE.

Aller J. añade que todo lo mencionado anteriormente son pautas para el diagnóstico de las diferentes expresiones de la EHE, patología que como cualquier otra del campo de la medicina, debe ser evaluada con una historia clínica completa, no sólo para diagnosticar la enfermedad, sino también para detectar los factores de riesgo. El apoyo con exámenes paraclínicos es fundamental para el diagnóstico correcto.

*Hemorragias del segundo trimestre:*

Según González P refiere que las hemorragias del segundo trimestre complican el 3,8% de todos los embarazos y constituyen una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el ámbito mundial. El sangrado vaginal se puede dividir según su etiología en: de causa obstétrica y de causa no obstétrica. Las primeras con frecuencia ocasionan una pérdida sanguínea abundante a consecuencia del gran flujo uterino, por lo que es indispensable la toma de decisiones acertadas para preservar la vida de la madre y del feto.

Placenta Previa; se define la placenta previa como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa, supone un 20% de las hemorragias del

tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbimortalidad materno fetal. Actualmente se considera la tercera causa más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica.

Clasificación durante el embarazo:

- Placenta lateral o baja: El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno.
- Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- Placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.
- Placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.

Con la introducción de la exploración ultrasónica, se ha planteado una nueva clasificación de la placenta previa en función de la distancia, medida en centímetros, desde el borde placentario hasta el orificio cervical interno. Se sugiere que se clasifiquen como placentas previas aquellas que guardan una distancia inferior a 2 cm, medidos por ecografía intravaginal, porque, cuando la placenta está más alejada, no presenta ninguna de las complicaciones propias de la placenta previa. Se

establece, pues, esa distancia de 2 cm. (20 mm) para comenzar a clasificar a la placenta como de inserción baja.

En la mayoría de las PP no es posible encontrar una etiología específica. Aparece con más frecuencia en pacientes con cicatrices uterinas de intervenciones previas (cesáreas, legrados), multíparas (la zona de implantación placentaria de gestaciones anteriores deja cicatriz), antecedente de placenta previa y gestaciones con placentas de gran tamaño como embarazos múltiples, eritroblastosis fetal o diabetes.

Desde el punto de vista clínico, el sangrado transvaginal de variable magnitud durante la segunda mitad de la gestación es el signo cardinal para el diagnóstico de placenta previa; lo característico es un sangrado color rojo y brillante, variable en cantidad, aparece de forma brusca e indolora y en ausencia de contracciones uterinas. Aparece en el segundo o tercer trimestre (un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de metrorragia antes de la semana 30; otro tercio lo presentan entre la semana 30-35 y el resto después de la semana 36). Es repetitiva aumentando la intensidad y la frecuencia de los episodios, tendiendo a la hemostasia espontánea.

La placenta previa conlleva una importante morbilidad, si el embarazo es menor de 34 semanas, se deben administrar inductores de madurez pulmonar y agentes tocolíticos porque la incidencia de parto

pretérmino es mayor, además de un aumento en la necesidad de transfusiones, del aumento de la tasa de cesáreas, de la mayor necesidad de realizar histerectomía postparto, así como de complicaciones infecciosas y tromboembólicas. La morbimortalidad fetal se debe sobre todo a la prematuridad debida a la necesidad de finalizar la gestación antes del término por metrorragias cuantiosas. La edad media del parto en pacientes con placenta previa se estima en  $34,9 \pm 3,9$  semanas.

Desprendimiento Prematuro de Placenta; es la separación de la placenta de su inserción en la decidua previa al nacimiento fetal. El DPP ha tenido varias denominaciones a lo largo de la historia como la dada por Rigby en 1776 de “Hemorragia accidental inesperada”, la de Pinard de “Hematoma retroplacentario”, la de De Lee de “Abruptio placentae” o la de Couvelaire de “apoplejía útero-placentaria”.

Su presentación más frecuente se sitúa en el segundo trimestre. La variedad de presentaciones es muy amplia, desde casos pequeños y asintomáticos que se descubren en el alumbramiento hasta casos graves con grandes complicaciones materno fetales (un caso de cada 500 gestaciones). Presenta una mortalidad perinatal elevada, aproximadamente el 25% debido fundamentalmente a la anoxia fetal, la hemorragia fetal y la prematuridad. La posibilidad de repetición es del 5 al 10%, aumentado hasta el 25% en el caso de dos episodios anteriores.

Todavía es desconocida la etiología de esta enfermedad, aunque parece ser debida a defectos en la decidua y los vasos uterinos que favorecerían la disrupción útero-placentaria. Se han descrito una serie de circunstancias que están asociadas con esta patología como hipertensión crónica e inducida por el embarazo, restricción del crecimiento intrauterino severo, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, edad materna, hábitos tabáquicos y consumo de cocaína, traumatismos externos, antecedente de DPP, multiparidad, deficiencias alimentarias, descompresión aguda del polihidramnios y gestación múltiple.

Su fisiopatología es la siguiente: El inicio del desprendimiento se inicia en una hemorragia en la decidua basal y la posterior formación de un hematoma. La hemorragia se debe a que hay una alteración en las arteriolas de la decidua basal.

El hematoma produce separación, compresión y por último degeneración de la placenta subyacente, esto último debido a una necrosis isquémica. El hematoma puede quedar localizado y por lo tanto autolimitado, dando poca clínica. En ocasiones sólo se evidencia esta situación postparto con el alumbramiento ya que se puede apreciar un coágulo organizado situado en una depresión cóncava localizada en la cara materna de la placenta.

Se puede producir una extravasación sanguínea hacia el miometrio

y la superficie peritoneal debido a la compresión que ejerce el hematoma produciéndose una apoplejía útero-placentaria o “Útero de Couvelaire” Mientras se producen todos estos acontecimientos se puede verter a la circulación materna restos de placenta con grandes cantidades de tromboplastina que predispone a la coagulación intravascular diseminada.

La afectación fetal depende de la superficie desprendida ya que se produce una ausencia de intercambio de oxígeno y nutrientes en la zona desprendida por lo que los desprendimientos de más del 50% de la superficie producen una afectación fetal muy importante disminuyendo la supervivencia fetal.

Hay distintas clasificaciones para el DPPNI. La más utilizada en EE.UU. es la clasificación de Page con gran utilidad clínica:

- Grado 0: Casos asintomáticos.
- Grado I: metrorragia variable sin otros síntomas.
- Grado II: feto vivo con dolor abdominal, hemorragia oculta, afectación fetal y menos frecuentemente CID. La mayoría suelen evolucionar a grado III.
- Grado III: muerte fetal con sintomatología aumentada y un aumento de las complicaciones.

La triada clínica fundamental es el dolor abdominal de aparición

brusca y con evolución variable, la hemorragia genital suele ser de color oscuro y no coagulado aunque también puede presentarse como sangre roja o líquido amniótico color vinoso y la hipertonia uterina está presente en la mayor parte de los casos. La intensidad de presentación de los síntomas suele ser proporcional al grado de desprendimiento.

Hay que tener en cuenta que la prematuridad juega un papel importante ya que marca de manera importante las posibilidades de supervivencia junto con la gravedad del desprendimiento y la severidad de la hemorragia. Estos parámetros vendrán modulados por las características de los centros de cuidados intensivos neonatales. La aparición de complicaciones en la madre marcará su evolución posterior.

#### *Embarazo Múltiple:*

Según González P. lo define como el desarrollo simultáneo de más de un feto dentro del útero. Se considera un embarazo de alto riesgo debido al aumento de las complicaciones materno fetales, en comparación con los embarazos simples. Estas gestantes requieren de un control prenatal más estricto, así como un mayor cuidado durante el nacimiento. La gestación gemelar puede ser monocigoto o bicigoto, según se origine en uno o en dos óvulos. El embarazo multifetal es la gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina.

Los Gemelos Bicigóticos se originan por la fecundación de dos óvulos por dos espermatozoides. Es el desarrollo de dos hermanos diferentes. En las gestaciones gemelares bicigóticas siempre existen dos embriones, dos placentas y dos cavidades amnióticas separadas por cuatro capas tisulares dos amnios y dos coriones. Los gemelos bicigóticos son diferentes desde el punto de vista genético. Sus semejanzas físicas caracteriológicas no son mayores que las que existen entre dos hermanos procedentes cada uno de un embarazo.

Los Gemelos Monocigóticos resultan de la fecundación de un óvulo. El huevo se divide en dos en una fase precoz del desarrollo, dando lugar cada mitad a un embrión. Según el momento en que se produce la división del huevo se distinguen los siguientes tipos de gemelos monocigóticos:

a) Bicoriónicos - Biamnióticos: La división ocurre antes de llegar al estadio de 8 células. en las primeras 72 horas después de la fecundación. Existen 2 embriones, 2 placentas y dos cavidades amnióticas (igual que los bicigóticos). Constituye 1/3 de los gemelos monocigotos.

b) Monocorionicos-biamnióticos: La división ocurre entre el 3 y 8 días postfecundación. Existen dos embriones, una placenta y 2 sacos amnióticos. Constituyen los 2/3 de las gestaciones monocigotas. Es muy frecuente la existencia de conexiones vasculares, origen del síndrome de



transfusión feto-fetal.

c) Monocoriónicas-monoamnióticas: La división ocurre entre el 8 y los 13 días post fecundación. Existen 2 embriones, 1 placenta y 1 saco amniótico. Constituye un 1-2% pero se asocia con mortalidad próxima al 50% por la elevada incidencia de complicaciones del cordón umbilical y anomalías congénitas.

d) Siameses: La división tras la formación del eje embrionario (13-15 días postfecundación) produce la separación incompleta de los embriones, dando origen a los gemelos unidos. Los gemelos monocigóticos, sea cual sea su mecanismo de origen, son genéticamente idénticos y del mismo sexo. Su morbimortalidad es mayor que los bicigóticos.

El diagnóstico del embarazo múltiple se ha quedado limitado a la ecografía. El diagnóstico clínico desgraciadamente, es siempre tardío. El diagnóstico no sólo ha de referirse a la identificación del número de fetos, sino también a la cigosidad, por la gran diferencia de resultados perinatales.

Las gestaciones múltiples comportan una exacerbación de los signos y síntomas propios de embarazo y su ponen una situación de riesgo tanto para la madre como para el feto.

Los cambios experimentados por la madre para adaptarse al embarazo múltiple son similares a los que ocurren en la gestación única pero mucho más acentuado. Inicialmente el curso del embarazo no suele conllevar complicaciones para la madre, aunque, como consecuencia del mayor aumento de los niveles de gonadotropina corionica, las náuseas y los vómitos pueden resultar más intensos que en las gestaciones únicas. Existe un incremento de la sobrecarga mecánica materna respecto al simple lo que causa mayor incidencia de lumbalgia, hemorroides, estreñimiento pertinaz, polaquiuria, dificultad respiratoria, edemas, e insuficiencia venosa vulvar y de miembros inferiores.

Aunque empírica, puesto que tampoco ha demostrado ser eficaz, la restricción profiláctica de la actividad física a partir de la segunda mitad de la gestación (reposo relativo, evitando la actividad laboral y las relaciones sexuales) es una actitud que se puede plantear a la gestante en un intento de reducir el riesgo de parto pretérmino. En este sentido, se está estudiando la utilidad de la valoración ecográfica del cérvix con el fin de evitar este tipo de restricciones en pacientes con un cuello largo y que no se modifica entre exploraciones.

La anemia puede complicar hasta uno de cada cinco embarazos múltiples. Es recomendable administrar suplementos de hierro y folatos, por incrementarse los requerimientos fetales.

La gestación múltiple conlleva un aumento del gasto cardiaco materno superior al asociado a gestaciones simples lo que provoca aumento de la frecuencia cardiaca y del volumen sistólico en el tercer trimestre. En las gestaciones múltiples la hipertensión no solo se desarrolla con mayor frecuencia, sino que además tiende a presentarse antes y ser más grave. La frecuencia de esta complicación es del 10 al 15 % en las bicoriales y del 40 al 50% en las monocoriales.

La prematuridad es la complicación más frecuente de las gestaciones gemelares y múltiples. Se observa en el 20 al 50% de los gemelos, el 68 al 100% de los trillizos y el 93 a 100% de los cuatrillizos. El parto pretérmino es 5.9 veces mayor en gemelares que en fetos únicos y 10.7 veces mayor en triples. Aproximadamente la mitad de la prematuridad en los gemelares, es secundaria a la aparición espontánea de dinámica uterina, repartiéndose la otra mitad entre la rotura prematura de membranas y la finalización de la gestación por indicación médica.

#### *Muerte Fetal Intrauterina:*

Según González P. menciona que la muerte fetal es, según la FIGO, la que se produce antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo.

Para el diagnóstico de muerte fetal se requiere que el feto desde su separación del cuerpo de la madre no respire ni muestre otro signo de vida, como latido cardíaco, pulsaciones en el cordón umbilical o movimientos de los músculos estriados. Por su cronología se puede distinguir:

- Muerte fetal temprana o aborto: Es la que se produce antes de la semana 22 de gestación o con peso fetal inferior a 500 gramos.
- Muerte fetal intermedia: Es la que ocurre entre la semana 22 y 28 de gestación o con peso fetal entre 500 y 999 gramos.
- Muerte fetal tardía: Cuando la muerte del feto acontece después de la semana 28 o con un peso superior a 1000 gramos.

La tasa de mortalidad fetal es la relación entre el número de muertes fetales registradas durante un año en una determinada población, y el número total de nacidos durante el mismo año en la misma población. Para las comparaciones internacionales se aconseja incluir sólo la mortalidad fetal tardía, ya que es el concepto utilizado en mayor número de países.

La tasa de mortalidad perinatal es el número de nacidos muertos más el número de muertes neonatales precoces de niños con un peso al nacer de 500 gramos o más por 1000 nacidos (nacidos vivos más nacidos muertos) con un peso al nacer de 500 gramos o más.

Una vez que se comunica a la pareja la muerte intraútero del feto, la primera pregunta siempre es ¿por qué?. El conocer la etiología es fundamental para los padres, y debe serlo para el obstetra ya que puede ser de gran utilidad en el control de futuras gestaciones. Existen muchas causas que pueden llevar a la muerte del feto y aunque en los últimos años se ha avanzado mucho en el diagnóstico etiológico, aún no se pueden explicar satisfactoriamente todas las muertes intraútero. Las enfermedades o condiciones que con mayor frecuencia pueden originar muertes anteparto. Esta clasificación etiológica divide a las causas en maternas, responsables de aproximadamente entre 5 y 10% de las muertes; fetales, que son las más frecuentes detectándose en un 25 a 40%; y placentarias en un 25 a 35% aproximadamente.

El mecanismo último por el que se produce la muerte fetal variará en función de su etiología. Con gran frecuencia el mecanismo responsable es la hipoxia aguda o crónica que puede conducir a una acidosis y finalmente al fallo cardiaco y muerte fetal.

En la gestación gemelar la muerte aislada de uno de los fetos, después de la semana 22 de gestación, ocurre entre el 0,5% y el 6,8% de las gestaciones gemelares, siendo su frecuencia tres veces más alta en las gestaciones monocoriónicas que en las bicoriónicas. El riesgo de morbimortalidad en el gemelo superviviente se puede estimar entre un 18

y un 46%, variando en función de la corionicidad ya que es muy elevado en gestaciones monocoriales con anastomosis vasculares placentarias, mientras que no existe en las gestaciones bicoriónicas en que las circulaciones fetales son independientes.

Otros factores que determinan el riesgo del feto superviviente son la causa de la muerte del otro gemelo, la edad gestacional en el momento del óbito y el tiempo que transcurre entre la muerte fetal y el final de la gestación.

Cuando se produce muerte fetal intrauterina, rápidamente comienza la degeneración del feto y de la placenta. En ausencia de membranas rotas e infección activa del feto, el líquido amniótico continúa siendo estéril. Debe evitarse la rotura de las membranas hasta que se haya establecido el trabajo de parto y el parto sea razonablemente inminente. Podemos encontrarnos con que de forma espontánea se desencadene un parto pretermino de acuerdo a las semanas de gestación, siendo importante consensuar con la familia la decisión de utilizar sustancias tocolíticas para finalizar la gestación y evitar la infección bacteriana, coagulopatía y hemorragia materna asociadas con una retención prolongada de un feto muerto.

*Oligoamnios:*

Según González P. el líquido amniótico (LA), cumple un papel importante en el desarrollo y bienestar del feto porque lo protege de traumatismos e infecciones y sirve como reservorio de nutrientes. Por otra parte, una adecuada cantidad de LA permite el desarrollo de los sistemas musculoesquelético, gastrointestinal y pulmonar fetal. Las alteraciones de su volumen pueden interferir directamente en el desarrollo fetal y causar anomalías estructurales como la hipoplasia pulmonar; pueden ser un signo indirecto de un defecto del tubo neural, de anomalías gastrointestinales o de un trastorno fetal, como la hipoxia.

La Fisiología es la siguiente: El líquido amniótico hace posible, a lo largo de la gestación, el desarrollo normal del tracto respiratorio, gastrointestinal, urinario y musculoesquelético. Numerosos factores contribuyen a su formación y renovación, siendo el volumen de líquido amniótico el resultado entre su producción y su reabsorción. Durante las primeras semanas del embarazo, antes de la queratinización de la piel (semanas 24 – 26), el líquido amniótico proviene del volumen plasmático del embrión, de forma que la composición del líquido amniótico es similar a la del líquido extracelular del feto.

Durante la segunda mitad del embarazo, la estratificación y cornificación de la piel fetal disminuye la difusión del líquido

extracelular, sin embargo, la piel fetal continúa participando en la regulación del líquido amniótico durante todo el embarazo. La orina fetal es la principal fuente de líquido amniótico una vez que el riñón comienza su función a partir de las 10-12 semanas. Su aportación es progresiva, siendo, en la gestación a término, entre 600-1.200 ml/día.

La secreción del árbol respiratorio participa en una pequeña proporción que se estima entre 60-100 ml/día/Kg peso fetal. Durante los movimientos respiratorios se produce: intercambio de los fosfolípidos que componen el surfactante pulmonar y reabsorción del líquido amniótico. El tracto gastrointestinal también contribuye, a la regulación del volumen. La deglución fetal oscila en unos límites muy amplios, comenzando en la semana 20 y aumentando según la edad gestacional. Las membranas fetales y el cordón umbilical son fuentes adicionales en el intercambio de líquido amniótico.

El volumen del líquido amniótico depende de la edad gestacional y ha sido estimado por diversos investigadores mediante técnicas de isótopos o de dilución de colorantes. Durante la primera mitad del segundo trimestre volumen de líquido amniótico aumenta casi 10 ml al día y alcanza un promedio de 500 ml a las 20 semanas y los 1000 ml entre las semanas 36-37. A partir de las 38-39 semanas de gestación, el volumen de líquido amniótico disminuye de forma fisiológica.



Cunningham G. menciona que el Oligoamnios, es definido como el volumen de líquido amniótico de 5 cm o inferior para cualquier edad gestacional, a menudo constituye una de las primeras claves de una anomalía fetal subyacente o estado patológico materno. La disminución significativa del líquido amniótico se correlaciona con un aumento en la morbimortalidad perinatal y presenta una frecuencia: 3-5% de las gestaciones. Chauhan et al, en un meta análisis de 18 artículos describen 10.551 pacientes y demuestran que un ILA<5 se asocia con un aumento significativo en el número de cesáreas por riesgo de pérdida de bienestar fetal y una puntuación baja en el test de Apgar a los 5 minutos. Esta revisión no está randomizada ni estratificada según la causa que afecte al líquido amniótico y no constan los datos relacionados con la acidosis fetal. Estas asociaciones no se encuentran por autores como Magna et al. u Ott. Este último, realiza un estudio sobre 6.145 pacientes a las que divide según edad gestacional (>37semanas o <37 semanas) y según presenten algún factor de riesgo obstétrico o sean pacientes de bajo riesgo, con gestaciones simples que no requieran controles ecográficos adicionales.

González P. refiere que la etiología del oligohidramnios se debe a causas fetales (alteraciones cromosómicas, malformaciones fetales, embarazo prolongado, muerte fetal, rotura de membranas); causa placentaria (insuficiencia placentaria, transfusión fetofetal); causa

materna (hipertensión, preeclampsia, diabetes, aumento de alfa fetoproteína en el segundo trimestre); y debido a fármacos (inhibidores de la prostaglandina sintetas, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina).

Debemos sospechar oligoamnios ante una altura de fondo uterino disminuida o una disminución de la percepción de movimientos fetales, pero el diagnóstico de confirmación es, sin duda ecográfico.

Aller J. menciona que las secuelas del oligoamnios dependen de la duración del mismo y de la rapidez con la cual se produzca. La más importante es la hipoplasia pulmonar que ocurre cuando el oligoamnios se produce precozmente y existe compresión torácica con pérdida excesiva de líquido pulmonar, debido al aumento del gradiente de presión alvéolo amniótico (Nakayama et al, 1983). También se han descrito como secuela del oligoamnios prolongado las deformidades por presión, la artrogriposis y el síndrome de banda amniótica.

#### **1.2.5. Complicaciones materno perinatales:**

##### **Complicaciones maternas**

*Via de parto:*

El parto se ha definido como el proceso por el cual el feto (vivo o muerto) de 20 semanas o más, los anexos ovulares (placenta, cordón y membranas) son expulsados por vía natural fuera del claustro materno,

por medio de un motor (útero) a través de un canal en parte duro (excavación pélvica) y en parte blando (los músculos del periné, segmento inferior, cérvix, vagina y vulva).

En la actualidad, la OMS define el parto como la expulsión o extracción por cualquier vía, de un feto vivo o muerto de 600 gr. o más (o de 22 semanas cumplidas o 25 cm de longitud) (21).

González P. refiere que el Parto Vaginal o parto normal es el proceso fisiológico que pone fin al embarazo por el cual se produce la salida del feto desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un producto vivo o muerto, seguido de sus anexos ovulares.

El inicio del parto tiene lugar cuando la gestante comienza a tener contracciones uterinas rítmicas, dolorosas, de más de 30 mmHg y frecuentes (3 en 10 minutos), con repercusión cervical e iniciada la dilatación (2 cm o más). Aunque el mecanismo intrínseco de la puesta en marcha del parto aún se desconoce, se sabe que para su inicio interaccionan numerosos factores (uterino, uterotróficos, ovulares, uterotónicos y fetales).

El proceso del parto viene preparándose desde la segunda mitad de la gestación, con la formación del segmento uterino inferior (SUI), la maduración cervical y la acomodación de la presentación fetal. A la formación del SUI y a la maduración cervical contribuyen las contracciones de Braxton Hicks, evidentes a partir de la semana 28 o 30

y que son indoloras, arrítmicas y de escasa intensidad.

Entendemos por mecanismo del parto los movimientos que debe realizar el feto (objeto del parto) para atravesar el canal del parto, bajo el impulso del motor (contracciones uterinas y músculos abdominales maternos). Cada uno de estos tres elementos debe cumplir su propio cometido e interactuar de manera eficiente con los otros dos.

En todos los partos que terminan por vía vaginal se suceden tres periodos:

Primera Etapa del Parto (o período de dilatación), que consta de dos fases:

- a) Fase Latente: Lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación.
- b) Fase Activa: Lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm). En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivos de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación. En la fase desaceleratoria ocurre el descenso.

Segunda Etapa del Parto (o período de expulsivo). Tiempo que

media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto.

Tercera Etapa del Parto (o período del alumbramiento). Lapso que media entre el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta.

Washington M. refiere que la Cesárea es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto a través del corte de la pared uterina (histerotomía) y la pared abdominal (laparotomía), dejando a un lado la vía natural del parto. La cesárea ya se conocía desde muy antiguo, pero hasta el primer tercio de este siglo su mortalidad era tan alta que apenas se hacía; en cambio, una de las peculiaridades de la obstetricia moderna ha sido el notable aumento de los partos por vía abdominal que se ha experimentado en los últimos treinta años. González P. indica que este hecho se ha producido a consecuencia de varios factores, quizás el más importante ha sido el avance de las técnicas quirúrgicas y de la medicina en general, que ha transformado una intervención de alto riesgo para la mujer en una intervención segura con muy bajos índices de morbimortalidad, lo que ha permitido una mayor liberalidad en las indicaciones de la operación de cesárea.

La clasificación que divide en 4 categorías las situaciones de urgencia a la hora de realizar una cesárea. Son las siguientes:

Categoría 1. Cesárea urgente de realización inmediata. Son aquellas

situaciones obstétricas en que, por existir una grave amenaza para la salud de la madre o del feto, requieren una intervención quirúrgica inmediata y sin demora. Un ejemplo significativo es un prolapso de cordón.

Categoría 2. Cesárea urgente de realización no inmediata. Existe un riesgo insoslayable, que se va a ir potenciando a medida que el tiempo pasa. La indicación de la cesárea obliga a una intervención quirúrgica en un tiempo juicioso y breve para evitar el deterioro progresivo de la salud materna o fetal. La cesárea que se realiza en pleno trabajo de parto bajo la indicación de “no progresión del parto”, es un ejemplo de esta categoría.

Categoría 3. Cesárea no urgente (programada) que se pone de parto antes de la fecha prevista para su realización. No hay motivo de urgencia pero el adelantamiento imprevisto obliga, si persiste la indicación, a realizarla en cuestión de horas, siempre dentro de la misma fecha o jornada de trabajo en que ingresa la paciente.

Categoría 4. Cesárea programada. No hay ningún tipo de urgencia. Esta categoría la componen todas aquellas pacientes a quienes se les ha programado una cesárea y el parto no se desencadena antes de la fecha prevista. Una variante, aún minoritaria, de la cesárea programada es la denominada cesárea a demanda.

Actualmente las cuatro indicaciones más comunes, y frecuentemente manejados, son los siguientes:

- a) Fracaso en el proceso del parto, tanto por fracaso de inducción como por parto estacionado. Por fracaso de inducción se entiende aquella paciente que en 12 horas no está de parto franco (no se debe contabilizar el periodo de maduración cervical). Por parto estacionado se considera el parto que no progresa en un intervalo de 3-4 horas con dinámica adecuada (mínimo de 200 unidades Montevideo).
- b) Patrón fetal no tranquilizador (patrón biofísico no tranquilizador, doppler fetal anormal, alteraciones del registro cardiotocográfico, microtoma de sangre fetal con un pH fetal  $<7.20$ ).
- c) Cicatriz uterina previa. Se programará la cesárea a las 39 semanas cumplidas, a toda paciente con edad gestacional confirmada, en casos de:
  - Plastia uterina previa.
  - Miomectomía previa (con apertura de cavidad o complicaciones).
  - Cesárea iterativa ( $\geq 2$  cesáreas previas).
  - Y, según los protocolos de cada hospital (dado que las indicaciones son controvertidas y no son compartidas por todos los centros), puede estar indicada una nueva cesárea en los casos de una cesárea previa si existen una o más de las siguientes

condiciones: antecedentes ginecológicos desfavorables, cesárea previa por desproporción (motivo pelviano), endometritis en cesárea previa, desgarros o prolongación, corporal en histerotomía previa, malformación uterina, sospecha de macrosomía fetal, presentación distinta de vértice, gestación múltiple.

- d) Presentación fetal anormal, principalmente por nalgas en primípara. En los casos de sospecha de macrosomía fetal, la indicación de cesárea programada está muy discutida en la actualidad, ya que la sospecha de macrosomía es muy relativa. Estudios recientes han determinado que en mujeres no diabéticas, el coste económico de las cesáreas profilácticas en aquellos fetos diagnosticados de macrosomía fetal por ecografía, de 4000 a 4500 gramos, es muy elevado, necesitándose unas 10.000 cesáreas profilácticas para prevenir una lesión del plexo braquial.

#### *La anemia:*

La anemia postparto, o del puerperio, es un problema recuente en todo el mundo, y en la mayoría de los casos se auto resuelve en la primera semana. Pero la anemia puerperal también puede ser una complicación grave y conllevar un riesgo incrementado de complicaciones infecciosas. En los países pobres, la anemia postparto condiciona un aumento de la morbilidad y es una de las causas



principales de mortalidad materna.

Durante el embarazo, la mayoría de las mujeres experimentan un descenso en la concentración de hemoglobina en sangre como parte de los cambios fisiológicos del embarazo. La anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo es la consecuencia, fundamentalmente, de la expansión del volumen plasmático que se produce de forma fisiológica, pero que no se acompaña de un incremento proporcional de la masa hemoglobínica materna. La anemia por déficit de hierro en el embarazo es una entidad que aparece en un 10 a 30% de las mujeres gestantes, y merece especial atención debido a sus potenciales consecuencias, tanto para la madre (mayor susceptibilidad para contraer infecciones, cifras menores de hemoglobina, disminución de la función inmune) como para el feto (prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, aumento de la morbimortalidad perinatal). La Organización Mundial de la Salud considera que existe anemia en el embarazo cuando el valor de hemoglobina es inferior a 11 g/dl. En esta definición no se tienen en cuenta los síntomas asociados a esta patología. Por su parte, los Centers for Disease Control (CDC) consideran que existe anemia en el embarazo cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre de gestación, y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Según el grado de anemia, podemos diferenciarla en leve, moderada o severa. Aunque los valores de hemoglobina que se emplean

como puntos de corte varían de unos autores a otros, los más ampliamente usados en la literatura hablan de anemia leve cuando los valores de hemoglobina se sitúan entre 9 y 10,9 g/dl, moderada si están entre 7 y 8,9 g/dl y severa cuando la hemoglobina desciende por debajo de 7 g/dl. Los obstetras recomiendan la administración de suplementos de hierro oral durante el segundo y tercer trimestre de gestación a dosis de 30 mg de hierro elemental al día. Las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son 60 mg al día en aquellas zonas en las que la prevalencia del déficit de hierro sea menor del 20%, y aconsejan doblar la dosis cuando la prevalencia es mayor.

La anemia que aparece en el periodo postoperatorio tiene, además de la pérdida de sangre activa habida durante el acto quirúrgico, un mecanismo inflamatorio debido a la propia cirugía, lo que va a dar lugar a una alteración del metabolismo férrico (absorción intestinal inhibida) y de la producción y función de la eritropoyetina (supresión en la producción de eritropoyetina y del crecimiento de colonias eritrocitarias). Este mecanismo está mediado por la elevación de interleuquina-6 y de la proteína C reactiva, y puede prolongarse hasta dos semanas tras la cirugía. Durante este periodo, la administración de hierro vía oral es ineficaz para la corrección de la anemia. Se ha observado una respuesta inflamatoria similar en la anemia del postparto. Las consecuencias clínicas de la anemia incluyen síntomas cardiovasculares (hipotensión,

taquicardia), disminución del rendimiento físico y mental, cansancio y, en el caso de la mujer en el periodo postparto, supone una merma importante en su capacidad para cuidar del recién nacido. La anemia afecta a las actividades de la vida diaria, lo que se traduce en un deterioro de la calidad de vida (22).

*Restos placentarios:*

González P. menciona que la ausencia de alumbramiento de la placenta tras un tiempo de 15 a 30 minutos (incidencia de 1-2%) puede deberse a:

- Incarceración de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina (en reloj de arena) por espasmo del istmo uterino.
- Retención placentaria por debilidad de las contracciones uterinas o adherencia patológica de la placenta (acretismo placentario).

En ésta última situación patológica, la placenta se adhiere directamente al miometrio sin una capa de decidua basal interpuesta. Se diferencian tres grados según la profundidad alcanzada por las vellosidades:

- *Ácreta*: llegan al miometrio.
- *Íncreta*: invaden el miometrio.

- Pércreta: perforan la pared uterina.

La más frecuente es la primera forma (aproximadamente 1/2500 partos) y habitualmente suele presentarse de forma focal o parcial, siendo más rara la forma total. Los factores predisponentes son: multiparidad, legrado puerperal previo, histerotomía por cesárea anterior o de otra causa y placenta previa, por lo que el aumento de la cirugía uterina parece estar relacionado con el incremento progresivo de esta patología.

Los restos placentarios retenidos tras la salida de la mayor parte de la placenta son otra causa de sangrado, ya que impiden la correcta contracción del útero. La retención de restos placentarios puede ocurrir en cualquier parto, por lo que es obligatoria la revisión sistemática de la placenta tras el alumbramiento para comprobar la total integridad de éstas y sus membranas. Sin embargo, es más frecuente cuando existen patologías placentarias, como es el caso de la placenta succenturiata, en la cual es posible que el cotiledón aberrante permanezca en el interior del útero tras el alumbramiento de la porción principal de la placenta.

En caso de duda, podemos recurrir a la ecografía abdominal simple, en donde fácilmente comprobaremos si el útero está vacío, o bien si permanece tejido placentario o membranas.

## **Complicaciones Perinatales**

### *Peso al nacer:*

González P. manifiesta que el peso al nacer es probablemente el factor más estrechamente relacionado con el riesgo de muerte perinatal. La tasa de mortalidad perinatal más alta se observa en los nacidos de menos de 1.000 g, descendiendo según aumenta el peso al nacer con la tasa más baja en los nacidos entre 3.500-3.999 g, para a continuación aumentar según se incrementa el peso. Los nacidos de muy bajo peso (< 1500 g.) representan el 0.9% de todos los nacidos pero son responsables de alrededor del 40% de las muertes perinatales. Los nacidos de bajo peso (< 2500 g.) tienen una frecuencia de alrededor del 6%, pero en ellos ocurren el 68% de todas las muertes perinatales.

### *Edad de la Gestación Al Nacer:*

González P. manifiesta que la tasa de mortalidad perinatal descende rápidamente cuando aumenta la edad de la gestación, alcanza el mínimo en la gestación a término. Aunque el parto pretérmino ocurre sólo en el 6 a 7% de todos los nacimientos, el 64% de las muertes perinatales ocurren en gestaciones que finalizan antes de la 37ª semana de gestación. Un problema no resuelto en los embarazos post término es el aparente incremento en el riesgo de muerte en comparación con los nacidos a término.

### *Patologías Perinatales*

Según González P. la patología perinatal incluye las enfermedades del ser humano que se originan y cursan antes del nacimiento, en el parto y durante el período neonatal. Jaime Botero U. señala que la patología prevalente del pretermino es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación tras placentaria; con frecuencia el test de Apgar es bajo y necesita reanimación neonatal

Patología Respiratoria. La función pulmonar del pre término está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar debido a que no ha alcanzado aún el aplanamiento necesario, el cual se logra de manera progresiva entre las semanas vigésima cuarta y trigésima séptima. De otro lado, la secreción del material surfactante, llamado también factor tensioactivo, por parte de las células alveolares tipo II, dependen de la edad gestacional. La ausencia o deficiencia de esta sustancia ocasiona una dificultad notable en el intercambio gaseoso. La patología respiratoria es la primera causa de morbimortalidad del pre término y viene representada por el distres respiratorio o síndrome de dificultad respiratoria (SDR), por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana

Hialina, seguida de las apneas del pre término y la displasia Broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición.

Patología neurológica. La inmadurez es la constante del SNC del pretérmino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija. La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intra ventricular (HIV) y su forma más grave de infarto hemorrágico. Su frecuencia en pretérminos con peso inferior a 750 gr. supera el 50%, mientras que baja al 10% en los de peso Superior a 1250 gr. La leucomalacea peri ventricular representa el daño hipoxico de la sustancia blanca y su incidencia es del 1-3 % en los pretérminos de muy bajo peso. La sintomatología neurológica del neonato pretermino es a menudo sutil, generalizada y bizarra, con escasos signos focales. El estudio del SNC del pretérmino con técnicas ecografías simples y doppler, constituye una rutina asistencial sistemática en estos pacientes.

Patologías Oftalmológicas. La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pretérmino y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del pretérmino (ROP) La tasa de ROP es descendiente conforme aumenta la edad gestacional; las formas severas aparecen con edades gestacionales inferiores a 28 semanas y pesos inferior a 1000gr. Los pretérminos son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales y por la prevalencia de alteraciones de la refracción, por lo que deben de ser revisados periódicamente.

Patologías Cardiovasculares. La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardíaca. La tensión arterial media debe ser igual o superior a la edad gestacional del pre termino como regla general. El controvertido tratamiento actual incluye el uso de drogas vasoactivas (Dopamina o Dobutamina o Adrenalina y /o hidrocortisona)) y de suero fisiológico como expansor de volumen (10- 20 ml /kg), ambos usados con indicación estricta.

La persistencia del ductus arterioso (PDA) es una patología prevalente en los preterminos, debido por una parte a la insensibilidad al



aumento de la oxigenación y por otra parte a la caída anticipada de la presión pulmonar que hace que el shunt izquierda derecha se establezca precozmente. La intensidad de la repercusión hemodinámica del cortacircuito, hará la indicación terapéutica con indometacina o ibuprofeno endovenoso o el cierre quirúrgico si procede. La respuesta a los inhibidores de la prostaglandina es mejor cuanto más precozmente se administren, por lo que se abrió un capítulo aun en discusión de su uso profiláctico en los paciente de menor peso.

Patologías Gastrointestinales. La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas; existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta.

La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación y meteorismo. El tubo digestivo es susceptible de maduración subtrato inducida por lo que se consigue eficaz digestión de forma rápida, siendo el déficit más persistente el de la absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles. El uso de alimentación trófica precoz, y los soportes nutricionales parenterales, junto con el uso de leche materna fortificada, son los pilares básicos de la alimentación del pretermino.

La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante

para la presentación de Enterocolitis Necrotizante (EN) en cuya patogenia se mezclan factores madurativos, vasculares, hipoxémicos e infecciosos. La gravedad de esta entidad hace necesario su diagnóstico y tratamiento precoz.

Patologías Inmunológicas. El sistema inmune del recién nacido pre término, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica, muestra una disminución de Ig G que es de transferencia materna, con práctica ausencia de Ig A e Ig M; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente. La incapacidad de limitar la infección a un territorio orgánico, hace que la infección neonatal sea sinónimo de sepsis, con focos secundarios que comprometen severamente el pronóstico como es la meningitis neonatal. Si tenemos en cuenta las manipulaciones médicas que el pretermino precisa, con procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral etc) asociados a la ecología hospitalaria donde es atendido, la posibilidad de adquirir una infección es alta, a las que se añade una respuesta limitada que compromete su pronóstico.

Patologías en el Metabolismo. La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma. Con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia. Caracterizado por los escasos depósitos de glucógeno que junto con la interrupción de los aportes de glucosa umbilical, hace que se produzca un descenso de la glucemia. Los pretérminos más extremos tienen una pobre capacidad de regulación de la insulina, situación que condiciona con frecuencia hiperglucemias y necesidad de aportes de insulina. Las necesidades diarias de hidratos de carbono se cifran entre 11 y 16 gr. /kg /día.

Patologías Hematológicas. La serie roja del pretérmino tiene valores Promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada. Se produce un descenso progresivo de los de los hematíes. La anemia tardía del pre término, más allá de los 15 días de vida asocia a la iatrogénica un componente hiporegenerativo medular. El uso de eritropoyetina y los suplementos férricos consiguen disminuir el número de transfusiones necesarias. Más excepcional es la aparición de un déficit de vitamina E, que presenta rasgos de anemia hemolítica.

La serie blanca del recién nacido pretermino es muy variable y sus alteraciones no son específicas. Una leucocitosis importante puede estar relacionada con la administración de corticoides prenatales o una leucopenia con la involución placentaria precoz de las hipertensas y la disminución de los factores estimulantes de colonias de granulocitos de origen placentario. Ambos trastornos también pueden ser secundarios a la infección neonatal.

Las plaquetas al nacimiento están en rango de la normalidad. La plaquetopenia evolutiva se asocia a la sepsis y puede ser signo precoz de candidemia en pre términos paucisintomáticos. La trombocitosis evolutivas en los primeros meses de vida, puede ser significativa, aunque no existe riesgo trombótico hasta superada la cifra de 1 millón.

Patologías Endocrinas. Así mismo en pre términos gravemente enfermos se puede producir un hipotirosinemia transitoria. Debe realizarse un cribaje tiroideo a los 3 días de vida y repetirlo con un mes de intervalo, como práctica asistencial rutinaria La trascendencia clínica es variable, como la inadecuada secreción de esteroides suprarrenales que puede es responsable de las alteraciones hidroelectrolíticas.

### **1.2.6. Cuadro clínico:**

Se va a presentar los siguientes signos y síntomas:

Percepción de contracciones uterinas

Dolor en hipogastrio y región lumbar

flujo sanguinolento por vagina

Sensación de presión en pelvis constante o rítmica

Modificaciones del cuello uterino (23)

### **1.2.7. Fisiopatología:**

El desencadenamiento del parto a término comparte algunos eventos fisiológicos con el pretérmino, pero no son exactamente lo mismo. Es importante comprender los mecanismos que se suceden en el parto normal para compararlos con el pretérmino. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina con el parto y el retorno del útero a su estado inicial (involución uterina).

En la mayor parte del embarazo, el útero está en un estado de inactividad y permanece relajado. La actividad del útero es inhibida por sustancias como la progesterona, el óxido nítrico y la relaxina. Durante esta fase, rara vez se producen contracciones débiles, llamadas de Braxton-Hicks. La progesterona es una hormona que favorece la quietud

de las fibras musculares uterinas, inhibe la madurez cervical y disminuye la producción de citoquinas, que se piensa es la clave para la activación de la decidua. Los estrógenos ejercen el efecto contrario. Poco antes del inicio de trabajo de parto, el aumento de los estrógenos producidos por la placenta activan una cascada de eventos que incluyen contracciones uterinas de gran amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y las membranas fetales. Los estrógenos aumentan la expresión de la oxitocina, receptores de prostaglandinas y proteínas asociadas a las contracciones. Todos estos cambios promueven la contractilidad uterina.

Aunque la caída de los niveles de progesterona juega un papel importante en algunos mamíferos en la iniciación del parto, en humanos y grandes primates la progesterona aumenta a través de la gestación. Investigaciones recientes sugieren una alteración en la funcionalidad de los receptores de progesterona de la normal forma activa a una forma inactiva, promoviendo un incremento de la contractilidad uterina y de algunas sustancias inflamatorias que se liberan durante el período previo al inicio del trabajo de parto, bloqueando la función de la progesterona.

La síntesis de estrógenos por la placenta está dada, en parte, por el feto, que le aporta como precursor los andrógenos adrenales. Se necesita que el eje hipotálamo-hipófisis adrenal fetal esté funcionando para que

pueda dársele precursores de estrógenos a la placenta. La hormona que mantiene la actividad del eje es la hormona liberadora de corticotropina (HLC o CRH por su sigla en inglés) de origen placentario.

La HLC es un neuropéptido de origen hipotalámico, pero también se expresa en la placenta y en las membranas, y se libera aumentándose a medida que transcurre la gestación de una manera exponencial tanto del lado materno como del fetal. Los niveles de HLC se correlacionan con la duración de la edad gestacional. La HLC se comporta como el “reloj placentario” determinante de gestaciones cortas o largas. Así mismo, promueve la producción de cortisol fetal y andrógenos, y estos a su vez estimulan la producción de HLC de origen placentario.

Los cambios cervicales, de la decidua y de las membranas fetales son consecuencia de prostaglandinas, estrógenos, progesterona y citoquinas inflamatorias que promueven el metabolismo de la matriz extracelular y maduran el cérvix. El parto a término se origina por activación de mecanismos nombrados de una manera fisiológica, mientras el pretérmino necesita mucha más estimulación, especialmente cuando ocurre antes de las 32 semanas, dada principalmente por sustancias inflamatorias. (24)

### **1.2.8. Manejo y Tratamiento**

Mascaro PS. Menciona, en el libro guías de práctica clínica y de

procedimientos en obstetricia y perinatología. 2014, lo siguiente:

*Exámenes Auxiliares:*

Laboratorio:

- ✓ Hemograma, Hb, Hto.
- ✓ Grupo sanguíneo y factor Rh
- ✓ Examen de orina - urocultivo
- ✓ Examen directo de secreción vaginal
- ✓ Cultivo endocervical

Ecografía obstétrica:

- ✓ Determinar edad gestacional: concordancia de la biometría fetal con la edad
- ✓ gestacional por FUR
- ✓ Descartar malformaciones fetales
- ✓ Detectar la existencia de RCIU
- ✓ Evaluación de la placenta
- ✓ Perfil biofísico: movimientos, tono muscular, respiración, volumen de líquido amniótico, y frecuencia cardiaca
- ✓ Visualizar por ecografía transvaginal, un acortamiento del cérvix (menor de 3 cm en la nulípara), dilatación en el orificio cervical interno, adelgazamiento de la parte inferior del segmento uterino (por debajo de 0.6 cm) o protrusión de las membranas en el canal cervical. Si están presentes nos ayudan a hacer el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino.

Cardiotocografía



*Diagnóstico diferencial:*

- ✓ Historia clínica: a través de un interrogatorio minucioso evaluar los factores de riesgo relacionados con el desencadenamiento del parto pretérmino.
- ✓ Edad gestacional entre 22 y 37 semanas de amenorrea confiable, a partir de la fecha de la última menstruación. Si hay dudas debe establecerse por antropometría ecográfica o por pruebas de madurez fetal, mediante el análisis del líquido amniótico
- ✓ Evaluación de dinámica uterina: contracciones uterinas que ocurran con frecuencia mayor de 1 en 10 minutos, duración mayor de 30 segundos, durante un período de 60 minutos.
- ✓ Modificaciones cervicales (Tacto vaginal):
  - Amenaza de parto pretérmino: borramiento del cervix del 50 % o menos y con una dilatación menor de 3 cm.
  - Trabajo de parto pretérmino: borramiento del cervix mayor del 50 % y una dilatación mayor de 3 cm.

*Tratamiento:*

Atención del parto.- Antes de decidir la vía del parto, debe tenerse en cuenta las siguientes consideraciones, particularmente en los fetos de muy bajo peso (750 a 1500 gr), los cuales son muy vulnerables a la hipoxia y al trauma obstétrico:

- ✓ Asociación de hemorragia ante parto
- ✓ Falla en el progreso de la dilatación cervical
- ✓ Prolongación excesiva del trabajo de parto

- ✓ Aparición de signos de insuficiencia placentaria
- ✓ Luego de haber descartado alguna complicación obstétrica

En presentación de vértice: Parto vaginal

- ✓ Asistencia del parto por médico gineco-obstetra, usando técnicas que garanticen
- ✓ máxima protección fetal
- ✓ Monitorizar electrónicamente el trabajo de parto
- ✓ Evitar amniotomía durante el periodo de dilatación
- ✓ Hacer una episiotomía amplia durante el período expulsivo
- ✓ Después del parto al recién nacido debe colocarse a la altura del introito por un
- ✓ periodo de 30 segundos antes de ligar el cordón
- ✓ Es imprescindible la presencia de un neonatólogo experimentado

En presentación podálica: Cesárea

### 1.2.9. Definición de términos básicos

- Parto pretermino: Es cuando el parto se produce después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, o menos de 259 días. (13)
- Gestantes adolescentes: El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus

padres. (13)

- **Complicaciones Maternas:** Se refiere a las consecuencias o problemas que puede presentar una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo. (15)
- **Complicaciones Perinatales:** Se refiere a las consecuencias o problemas que puede presentar un perinato antes del nacimiento, durante el momento de dar a luz o en la vida post natal hasta el séptimo día completo. (15)
- **Factores de riesgo:** Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de desarrollar una patología. (3)
- **Factores socio demográfico:** Son los factores relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, etc, así como a las características demográficas: volumen de población, emigración, natalidad, etc. de una sociedad.
- **Factores gineco-obstétricos:** Son aquellos aspectos o características que puede presentar una mujer durante el embarazo, al momento del parto y durante el puerperio.

### 1.3. Hipótesis

**Hi<sub>1</sub>:** Existe relación directa de dependencia entre los factores de riesgo socio-demográficos y el parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Ho<sub>1</sub>:** No existe relación directa de dependencia entre los factores de riesgo socio-demográficos y el parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Hi<sub>2</sub>:** Existe relación directa de dependencia entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y el parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Ho<sub>2</sub>:** No existe relación directa de dependencia entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y el parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

### 1.4. Variables

#### 1.4.1. Independiente

- Factores de riesgo.

#### 1.4.2. Dependiente

- Parto pretermino.

#### 1.4.3. Interviniente

- Complicaciones materno perinatales

## **1.5. Operacionalización de variables (Ver Anexo N° 1)**

## **1.6. Objetivos**

### **1.6.1. Objetivo General**

Conocer los factores de riesgo que desencadenan el parto pretermino y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.

### **1.6.2. Objetivo Específico**

- Identificar los factores de riesgo sociodemográficos desencadenantes del parto pretermino en gestantes adolescentes del servicio de obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando.
- Identificar los factores de riesgo gineco-obstétricos desencadenantes del parto pretermino en gestantes adolescentes del servicio de obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando.
- Determinar la relación de dependencia entre los factores de riesgo (sociodemográficos y gineco-obstétricos) y el Parto Pretermino.
- Identificar las complicaciones materno perinatales que presentan las gestantes adolescentes con parto pretermino del servicio de obstetricia del hospital Román Egoavil Pando.

## CAPÍTULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1. **Ámbito**

El estudio se realizó en el servicio del Centro Obstetrico del Hospital Román Egoavil Pando del departamento de Pasco.

#### 2.2. **Tipo de investigación**

El tipo de estudio en la presente investigación se determinó por sus características de exhaustivo y excluyente y el nivel de estudio por la definición de su línea de investigación en salud:

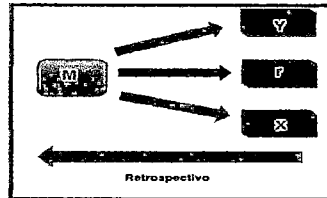
- **Descriptiva:** porque describe fenómenos sociales y clínicos en un circunstancia temporal y geográfica determinada.
- **Observacional:** porque no se manipulan las variables.
- **Retrospectivo:** porque los datos se recogerán a propósito de la investigación durante el periodo del internado y externado.
- **Transversal:** porque el estudio se realizó en un solo momento en el tiempo.

#### 2.3. **Diseño y esquema de investigación**

##### 2.3.1. **Diseño**

El diseño de investigación que se desarrolló es diseño transeccional correlacional.

### 2.3.2. Esquema



Dónde:

**M:** muestra

**Y:** Parto Pretérmino

**X:** Factores de Riesgo desencadenantes.

**r:** relación de dependencia

## 2.4. Universo, población y muestra

### 2.4.1. Universo

Nuestro universo representa a todas las gestantes adolescentes atendidas en el servicio del Centro Obstétrico en el periodo del año 2014

### 2.4.2. Población

Se tomó como población referencial de estudio a todas las gestantes adolescentes con atención de partos preterminos registrados en Libro de Partos del Hospital Román Egoavil Pando que fueron 45.

### 2.4.3. Muestra

El cálculo de la muestra fue No Probabilística intencionada; según el número de casos atendidos. Para su selección se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes adolescentes con diagnóstico de parto pretermino.

Criterios de exclusión:

- Pacientes adolescentes de parto pretérmino con historia clínica incompleta.

## **2.5. Técnicas e instrumentos de datos**

### **2.5.1. Técnicas**

La técnica que se utilizó para cumplir con los objetivos trazados es la técnica del análisis documental, ya que esta técnica permitió el análisis de la información sobre el parto pre término contenido en la historia clínica.

### **2.5.2. Instrumento**

El instrumento fue la ficha de recolección de datos con preguntas abiertas y cerradas, para el recojo de los datos registrado en las historias clínicas seleccionadas. (Ver anexo N° 3)

Las fichas de recolección de datos individuales fueron trasladadas a fichas intermedias y finales para obtener los resultados

El estudio se inició con la construcción del instrumento de recolección de información para lo cual se convocó a un equipo formado



por cinco (05) expertos en investigación y en gineco obstetricia, para aplicar la técnica Delphi para la valoración del contenido y constructo del instrumento.

El contenido del instrumento ha sido validado por el juicio de 5 expertos:

EXPERTOS	CALIFICACION CUANTITATIVA	CALIFICACION CUALITATIVA
Mg. María del Pilar Melgarejo Figueroa	19	BUENO
Mg. Ibeth Figueroa Sánchez	20	BUENO
Obst. César López Godoy	16	BUENO
Obst. Andy Maque Ponce	18	BUENO
Obst. Átala Zulma Pérez Acosta	16	BUENO
TOTAL	18	BUENO

Para la validez de la consistencia interna se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach el mismo que mostró la confiabilidad moderada del instrumento con un valor de 7,48.

### ESCALA DE FIABILIDAD

ALFA DE CROMBACH	Nº DE ELEMENTOS
,748	22

CRITERIO DE CONFIABILIDAD	VALORES
No es confiable	- 1 a 0
Baja confiabilidad	0,01 a 0,49
Moderada confiabilidad	0,5 a 0,75
Fuerte confiabilidad	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	0,9 a 1

*Fuente: Raul Pino Gotuzo*

#### 2.6. Plan de tabulación y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó la ficha de recopilación intermedia, donde se consolidó la información por cada ítem considerado en una matriz de datos y finalmente fue exportado en el programa de SPSS Versión 20 donde se procesaron los datos para la presentación de los resultados en tablas y gráficos estadísticas que muestren el número, la frecuencia y los porcentajes.

Para los efectos de realizar la comprobación de la hipótesis se utilizó el estadístico de Chi Cuadrado de Independencia.

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

#### 3.1. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: PARTO PRETERMINO

**Tabla 1:** Edad gestacional en el momento del parto pretermino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

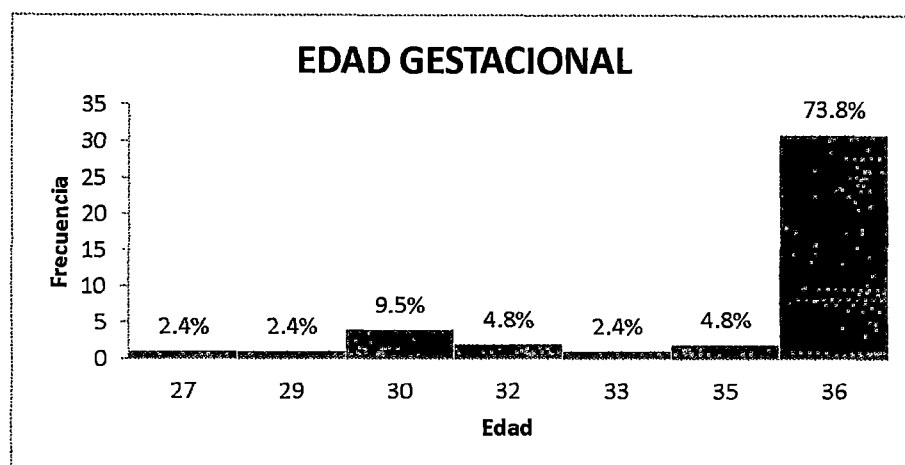
<b>Edad gestacional</b>	
<b>Media</b>	34,45
<b>Mediana</b>	36,00
<b>Moda</b>	36

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

#### **Interpretación:**

La tabla 1, muestra que la edad gestacional promedio en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando es de 34 semanas; la edad gestacional representativa en una posición central y la que más se repite entre ellas es 36 semanas.



**Figura 1.** Edad gestacional al momento del parto.

**Tabla 2:** clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Clasificación de Parto Pretérmino</b>	Prematuridad Leve	34	81,0%
	Prematuridad Moderada	6	14,3%
	Prematuridad Extrema	2	4,8%
<b>Total</b>		<b>42</b>	<b>100,0%</b>

*Fuente:* Ficha de recolección de datos.

*Elaboración:* Propia.

**Interpretación:**

La tabla 2, muestra la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 34 gestantes adolescentes presentan prematuridad leve, lo cual representa el 81,0%, siendo este grupo de

gestantes adolescentes en mayor proporción con respecto al total; 6 que representan el 14,3% presentan prematuridad moderada y 2 que representa el 4,8% presentan prematuridad extrema.

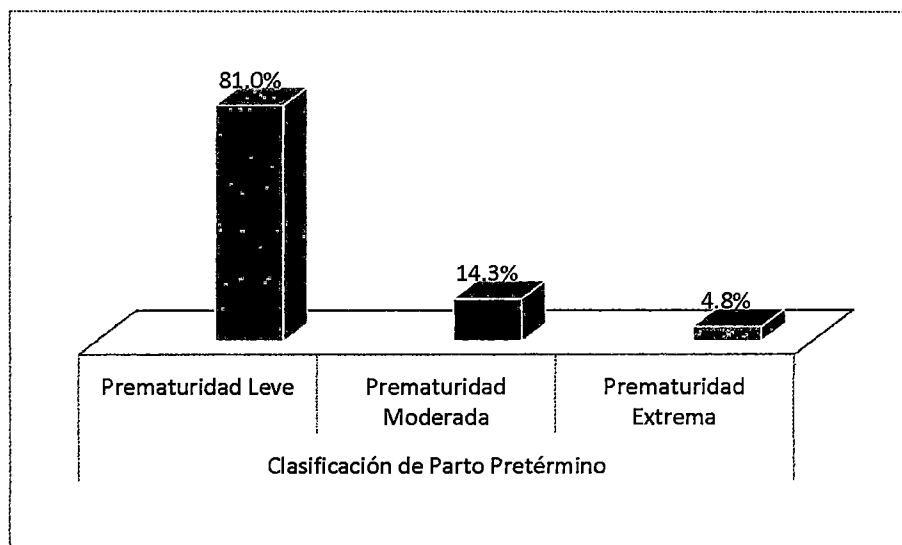


Figura 2. Clasificación de parto pretérmino.

### 3.2. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

#### Factores socio demográficos relacionados al parto pretermino

**Tabla 3:** Edad de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

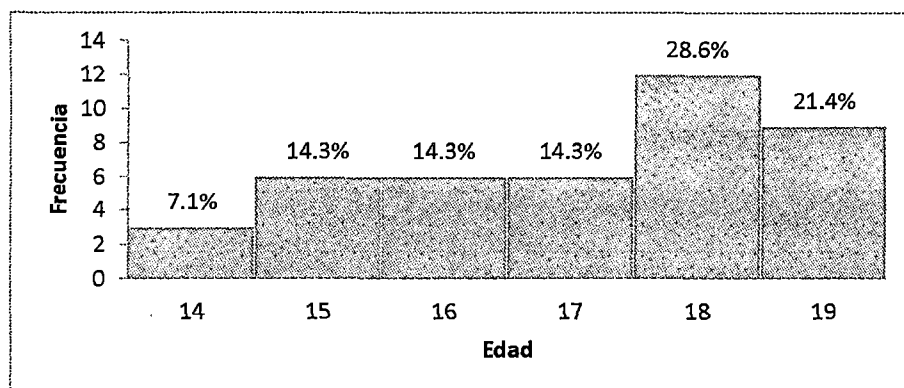
Edad Gestacional	
Media	17,07
Mediana	17,50
Moda	18

*Fuente:* Ficha de recolección de datos.

*Elaboración:* Propia.

**Interpretación:**

La tabla 3, describe, que la edad promedio de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando es 17 años, la edad representativa en una posición central es 18 años y la edad que más se repite entre ellas es 18 años.



**Figura 3.** Edad

**Tabla 4:** La edad de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014 en relación a la clasificación del parto pretérmino.

Clasificación de Parto Pretérmino								
Edad	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Adolescencia Mediana	13	38,2	1	16,7	1	50,0	15	35,7
Adolescencia Tardía	21	61,8	5	83,3	1	50,0	27	64,3
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

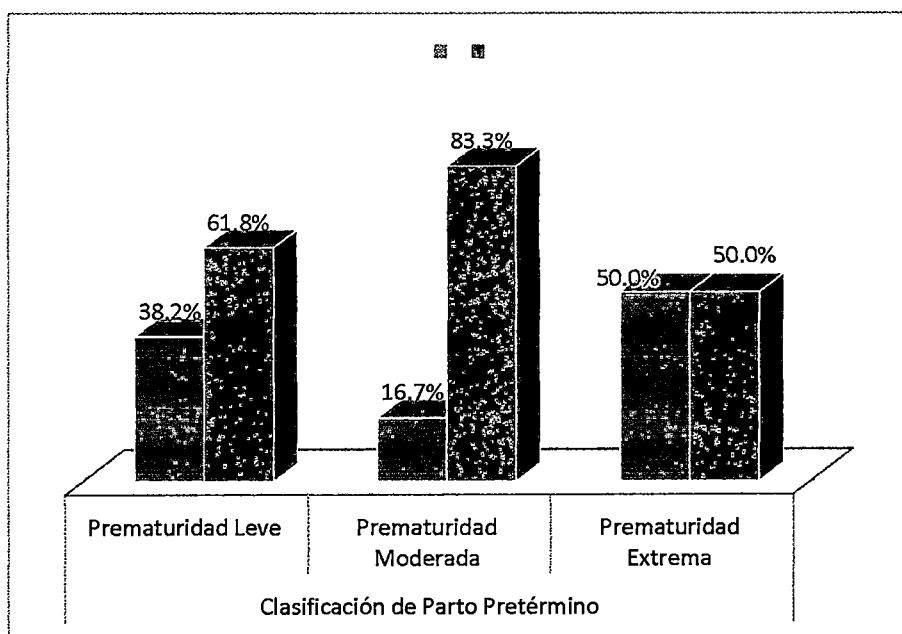
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,54$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 4, muestra la relación que existe entre la edad y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 13 (38,2%) de gestantes en la etapa de adolescencia mediana, presentan prematuridad leve; 21 (61,8%), gestantes que se encuentran en la etapa de adolescencia tardía siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total, en tanto el 5 (83,3% de gestantes en la etapa de adolescencia tardía, presentan prematuridad moderada y 1 (50,0%) de gestantes en la etapa de adolescencia tardía, presentan prematuridad extrema.



**Figura 4.** Edad de gestantes adolescentes

**Tabla 5:** Grado de instrucción y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Grado de Instrucción	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria Completa	4	11,8	1	16,7	0	0,0	5	11,9
Primaria Incompleta	3	8,8	0	0,0	1	50,0	4	9,5
Secundaria Completa	9	26,5	2	33,3	0	0,0	11	26,2
Secundaria Incompleta	16	47,1	3	50,0	1	50,0	20	47,6
Superior no Universitario	2	5,9	0	0,0	0	0,0	2	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

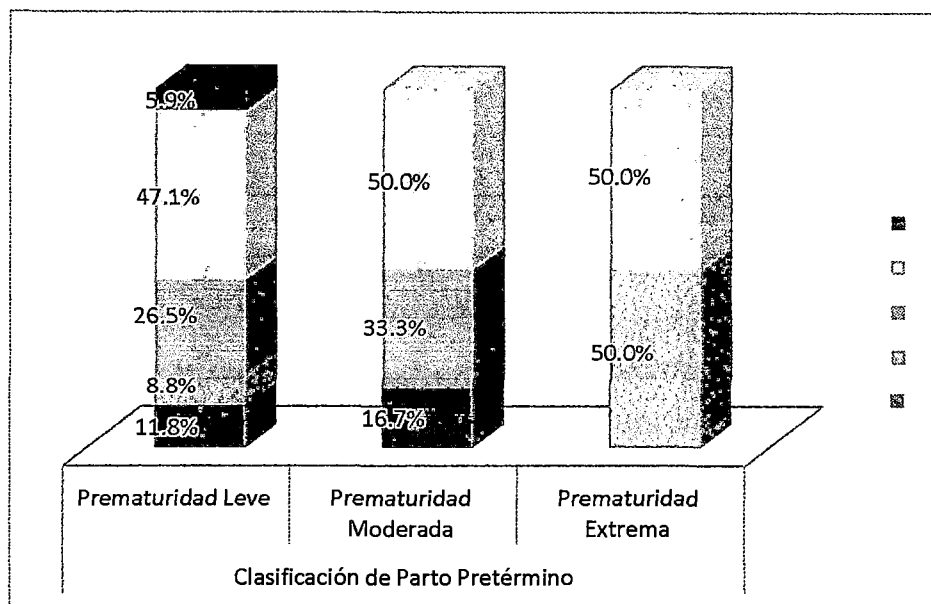
*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,70$  ( $p > 0,05$ )

#### **Interpretación:**

La tabla 5, describe la relación que existe entre el grado de instrucción y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 16 (47,1%) de gestantes que presentan prematuridad leve, cursaban el grado de secundaria incompleta, siendo este grupo en mayor proporción con respecto a los demás grados; 3 (50,0%) de gestantes que presentan prematuridad moderada, cursaban el grado de secundaria incompleta, siendo este grupo en mayor proporción con respecto a los demás grados, y una gestante que presentan prematuridad extrema, cursaban el grado de secundaria incompleta.





**Figura 5.** Grado de Instrucción

**Tabla 6:** Zona de procedencia y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Procedencia	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbano	28	82,4	3	50,0	2	100,0	33	78,6
Rural	6	17,6	3	50,0	0	0,0	9	21,4
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

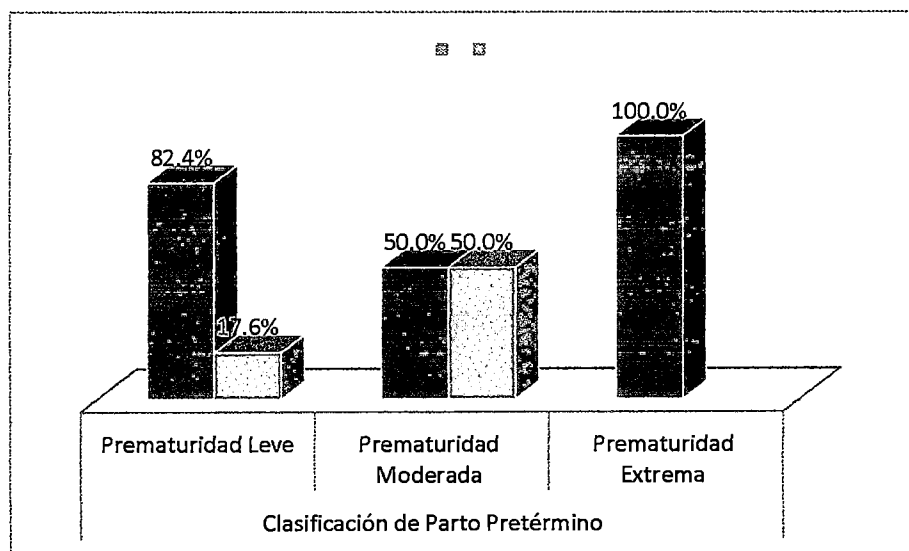
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,15$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 6, describe la relación que existe entre la zona de procedencia y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 28 (82,4%) de gestantes que presentan prematuridad leve proceden de la zona urbana, siendo este grupo en mayor proporción con respecto a la zona rural; 3 (50,0%) de gestantes que presentan prematuridad moderada proceden de la zona urbana, siendo este grupo en la misma proporción a la zona rural, y 2 (100,0%) de gestantes que presentan prematuridad extrema proceden de la zona urbana.



**Figura 6. Procedencia**

**Tabla 7:** Estado civil y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Estado Civil	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casada	2	5,9	0	0,0	0	0,0	2	4,8
Soltera	9	26,5	1	16,7	1	50,0	11	26,2
Conviviente	23	67,6	5	83,3	1	50,0	29	69,0
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0
								0

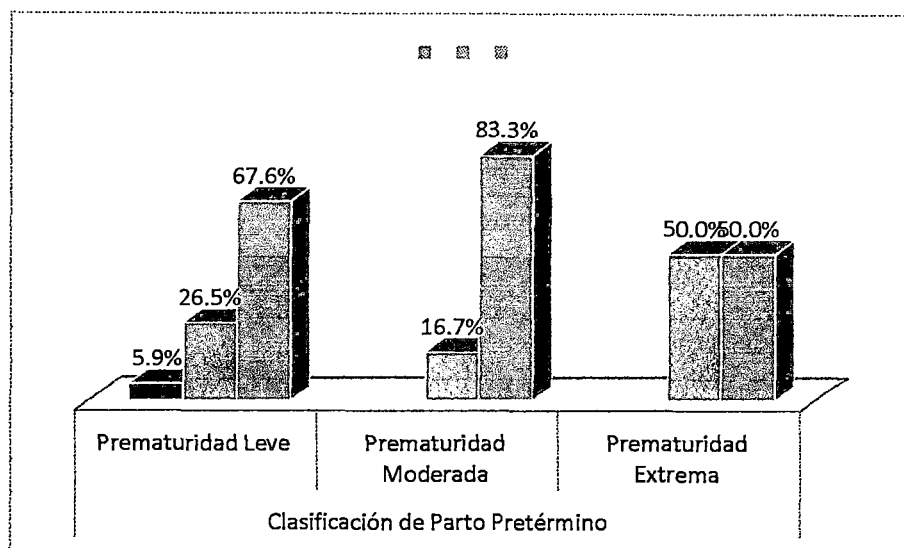
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,84$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 7, muestra la relación que existe entre el estado civil y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 23 (67,6%) de gestantes que presentan prematuridad leve tienen estado civil conviviente, siendo este grupo en mayor proporción con respecto a los demás estados; 5 (83,3%) de gestantes que presentan prematuridad moderada tienen estado civil conviviente, siendo este grupo en mayor proporción con respecto a los demás estados y 1 (50,0%) gestante que presentan prematuridad extrema, tiene estado civil conviviente.



**Figura 7.** Estado civil

**Tabla 8:** ocupación y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Ocupación	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de Casa	27	79,4	5	83,3	2	100,0	34	81,0
Estudiante	4	11,8	1	16,7	0	0,0	5	11,9
Trabajadora con Esfuerzo Físico Intenso	3	8,8	0	0,0	0	0,0	3	7,1
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0

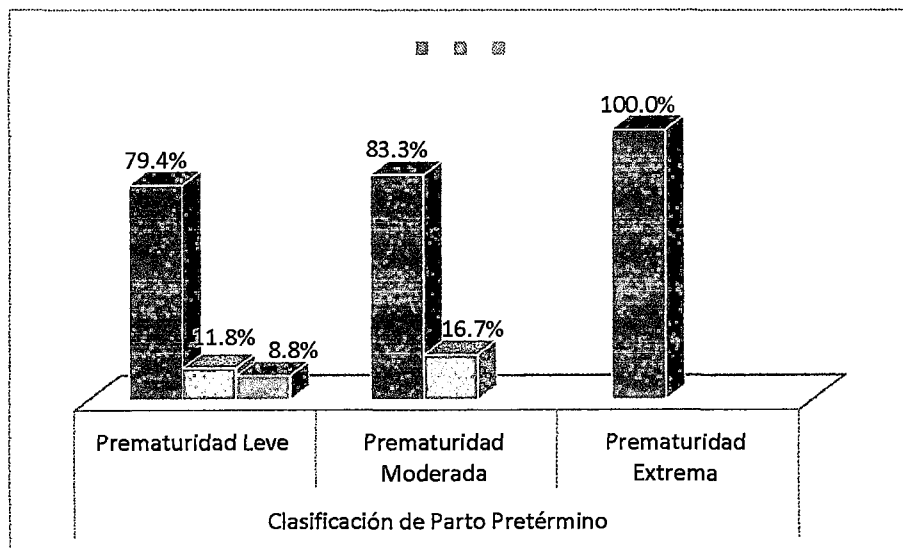
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,88$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 8, muestra la relación que existe entre la ocupación y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 27 (79,4%) de gestantes que presentan prematuridad leve son ama de casa, siendo este grupo en mayor proporción con respecto a las demás ocupaciones; 5 (83,3%) de gestantes que presentan prematuridad moderada son ama de casa, siendo este grupo en mayor proporción con respecto a las demás ocupaciones y 2 (100,0%) de gestante que presentan prematuridad extrema, son ama de casa.



**Figura 8.** Ocupación

### Factores gineco - obstétricos relacionados al parto pretermino

**Tabla 9:** Número de parejas sexuales y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Número de Parejas Sexuales	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematurida d Leve		Prematurida d Moderada		Prematurida d Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 Pareja	9	26,5	0	0,0	0	0,0	9	21,4
2 Pareja	14	41,2	4	66,7	1	50,0	19	45,2
Más de 2 Parejas	11	32,4	2	33,3	1	50,0	14	33,3
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

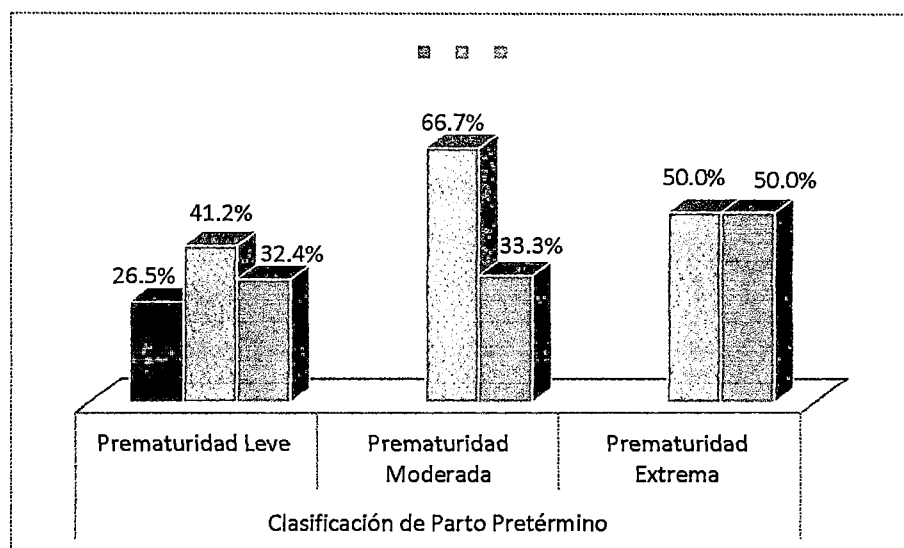
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,55$  ( $p > 0,05$ )

#### Interpretación:

La tabla 9, describe la relación que existe entre el número de parejas sexuales y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 14 (41,2%) de gestantes que presentan prematuridad leve tuvieron 2 parejas sexuales, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 4 (66,7%) de gestantes que presentan prematuridad moderada tuvieron 2 parejas sexuales, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total y una gestante que presentan prematuridad extrema, tuvo 2 parejas sexuales.



**Figura 9.** Número de parejas sexuales

**Tabla 10:** Número de gestaciones y su relación con la Clasificación de Parto pretérmino de Gestantes Adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Número de Gestaciones	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primigesta	21	61,8	3	50,0	1	50,0	25	59,5
Segundigesta	8	23,5	2	33,3	1	50,0	11	26,2
Trecigesta	5	14,7	1	16,7	0	0,0	6	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

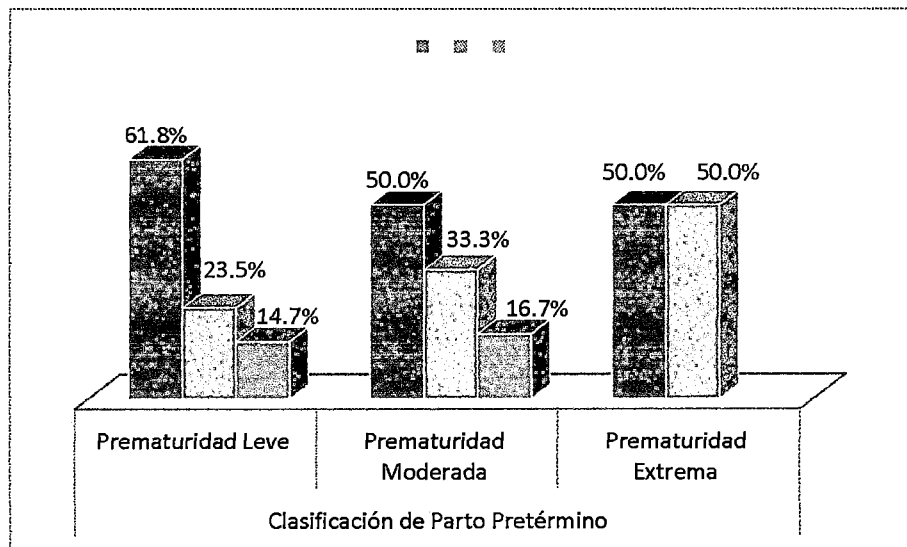
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,89$  ( $p > 0,05$ )

**Interpretación:**

En la tabla 10, describe la relación que existe entre el número de gestaciones y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 21 (61,8%) de gestantes que presentan prematuridad leve son primigestas, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 3 (50,0%) de gestantes que presentan prematuridad moderada también son primigestas y una gestante que presentan prematuridad extrema es primigestas.



**Figura 10.** Numero de gestaciones



**Tabla 11:** Control prenatal y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Control Prenatal	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No Controlada	20	58,8	5	83,3	2	100,0	27	64,3
Controlada	14	41,2	1	16,7	0	0,0	15	35,7
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

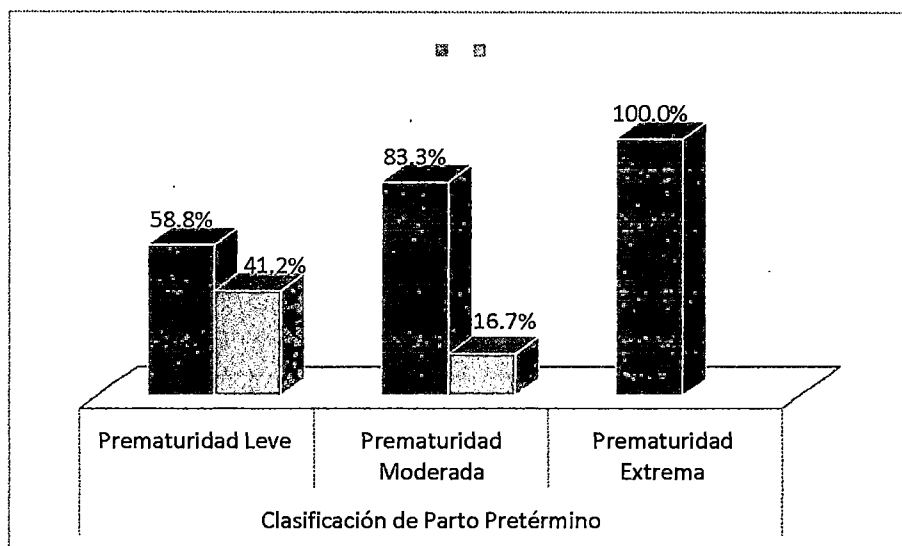
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,29$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 11, describe la relación que existe entre el control prenatal y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 20 (58,8%) de gestantes que presentan prematuridad leve se realizaron menos de 6 controles, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 5(83,3%) de gestantes que presentan prematuridad moderada también se realizaron menos de 6 controles y 2 (100,0%) de gestantes que presentan prematuridad extrema al igual que los dos grupos anteriores se realizaron menos de 6 controles.



**Figura 11. Control prenatal**

**Tabla 12:** enfermedades hipertensivas y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Enfermedades Hipertensivas	Clasificación de Parto Pretérmino						TOTAL	
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Pre Eclampsia Leve	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Pre Eclampsia Severa	3	8,8	0	0,0	0	0,0	3	7,1
Ninguna	30	88,2	6	100,0	2	100,0	38	90,5
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

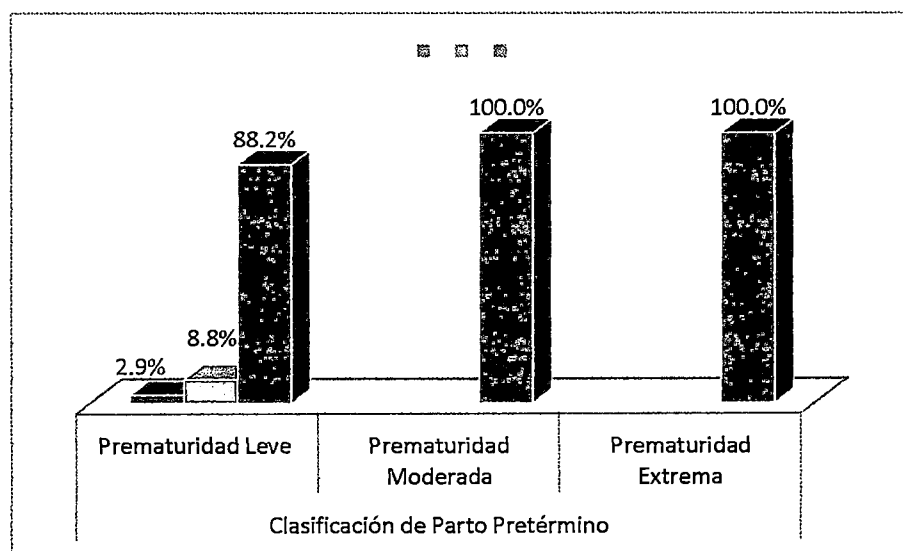
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,90$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 11, describe la relación que existe entre las enfermedades hipertensivas del embarazo y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 30 (88,2%) de gestantes con prematuridad leve no presentaron ninguna de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al grupo de pre eclampsia leve y pre eclampsia severa; 6 (100,0%) de gestantes con prematuridad moderada también no presentaron ninguna de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo y 2 (100,0%) de gestantes que presentan prematuridad extrema al igual que los dos grupos anteriores no presentaron ninguna de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo.



**Figura 12.** Enfermedades Hipertensivas

**Tabla 13:** Infección del tracto urinario (ITU) y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Infección del Tracto Urinario (ITU)	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	26	76,5	1	16,7	0	0,0	27	64,3
Si	8	23,5	5	83,3	2	100,0	15	35,7
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

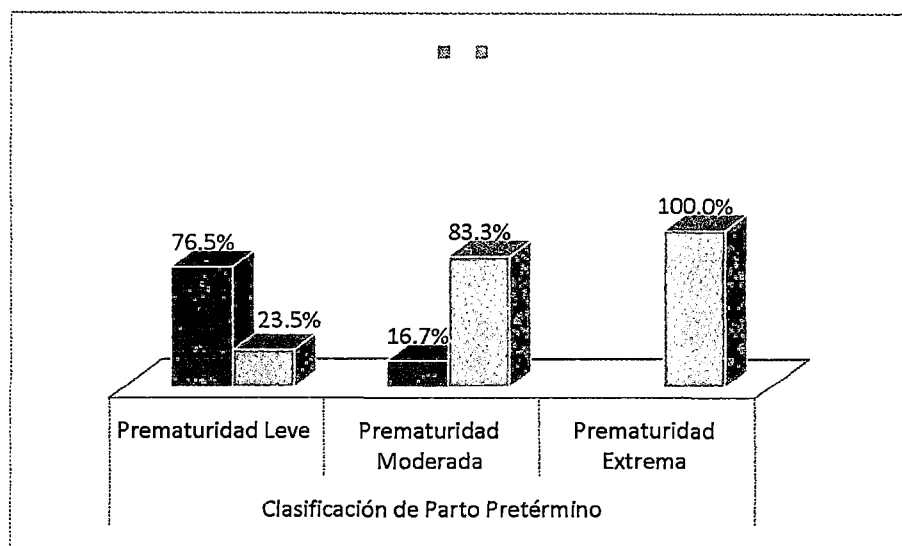
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,03$  ( $p < 0,05$ )

#### **Interpretación:**

La tabla 13, describe la relación que existe entre la infección del tracto urinario (ITU) y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 26 (76,5%) de gestantes con prematuridad leve no presentaron infección del tracto urinario (ITU), siendo este grupo en mayor proporción con respecto al grupo que presentaron infección del tracto urinario (ITU); 5 (83,3%) de gestantes con prematuridad moderada presentaron infección del tracto urinario (ITU), siendo este grupo en mayor proporción con respecto al grupo que no presentaron infección del tracto urinario (ITU) y 2 (100,0%) de gestantes que presentan prematuridad extrema al igual que el grupo con prematuridad moderada presentaron infección del tracto urinario (ITU).



**Figura 13.** Infección del Tracto Urinario (ITU)

**Tabla 14:** Infecciones vaginales y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Infecciones Vaginales	Clasificación de Parto Pretérmino						TOTAL	
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Vaginosis Bacteriana	6	17,6	1	16,7	0	0,0	7	16,7
Trichomoniasis Vaginal	3	8,8	1	16,7	0	0,0	4	9,5
Ninguna	25	73,5	4	66,7	2	100,0	31	73,8
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

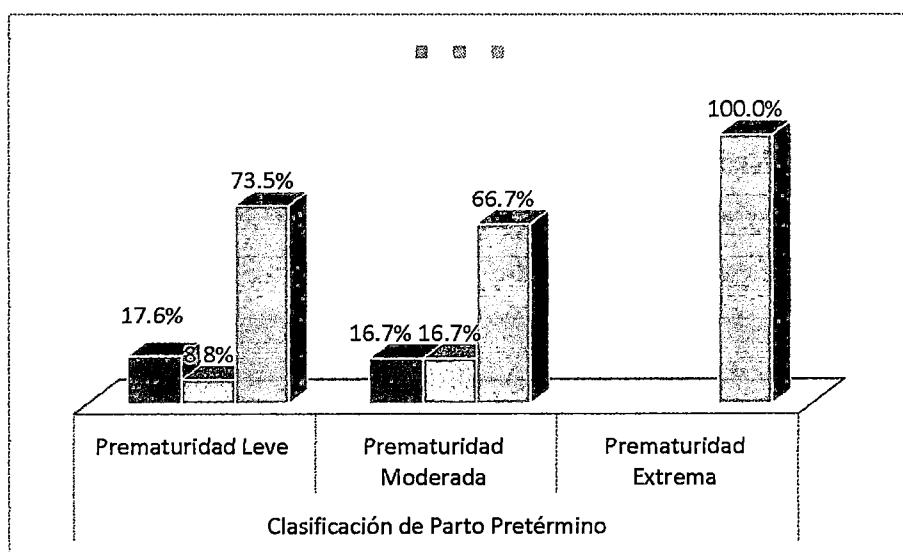
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,89$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 14, describe la relación que existe entre las infecciones vaginales y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 25 (73,5%) de gestantes con prematuridad leve no presentaron infecciones vaginales, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al grupo que presentaron vaginosis bacteriana y trichomoniasis vaginal; 4 (66,7%) de gestantes con prematuridad moderada no presentaron infecciones vaginales, y 2 (100,0%) de gestantes que presentan prematuridad extrema no presentaron Infecciones Vaginales.



**Figura 14.** Infecciones Vaginales

**Tabla 15:** Ruptura prematura de membranas y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Ruptura Prematura de Membranas	Clasificación de Parto Pretérmino						TOTAL	
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	9	26,5	2	33,3	2	100,0	13	31,0
Si	25	73,5	4	66,7	0	0,0	29	69,0
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0

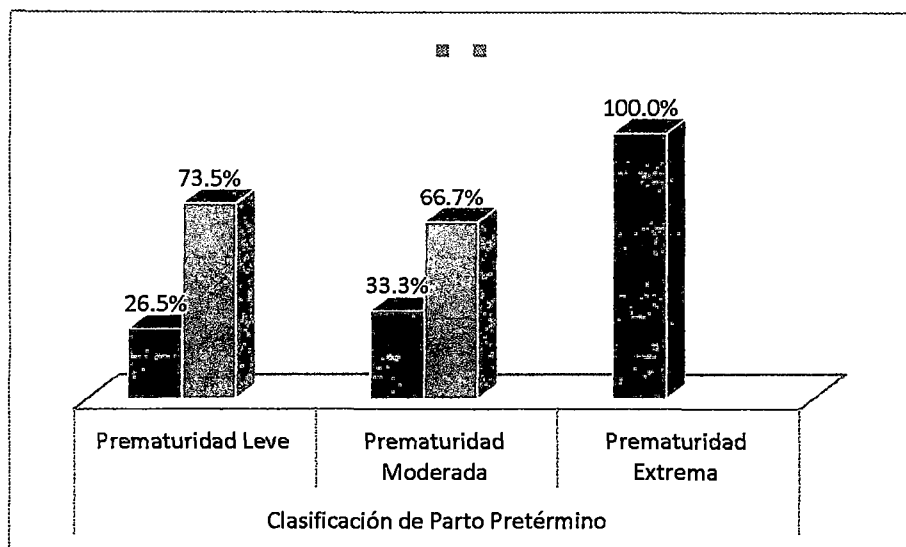
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,09$  ( $p > 0,05$ )

#### **Interpretación:**

La tabla 15, menciona la relación que existe entre la ruptura prematura de membranas y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 25 (73,5%) de gestantes con prematuridad leve si presentaron ruptura prematura de membranas, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 4 (66,7%) de gestantes con prematuridad moderada si presentaron ruptura prematura de membranas y 2 (100,0%) de gestantes que presentan prematuridad extrema no presentaron ruptura prematura de membranas.



**Figura 15.** Ruptura Prematura de Membranas (RPM)

**Tabla 16:** Muerte fetal in útero y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Muerte Fetal in Útero	Clasificación de Parto Pretérmino						TOTAL	
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
No	33	97,1	6	100,0	1	50,0	40	95,2
Si	1	2,9	0	0,0	1	50,0	2	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

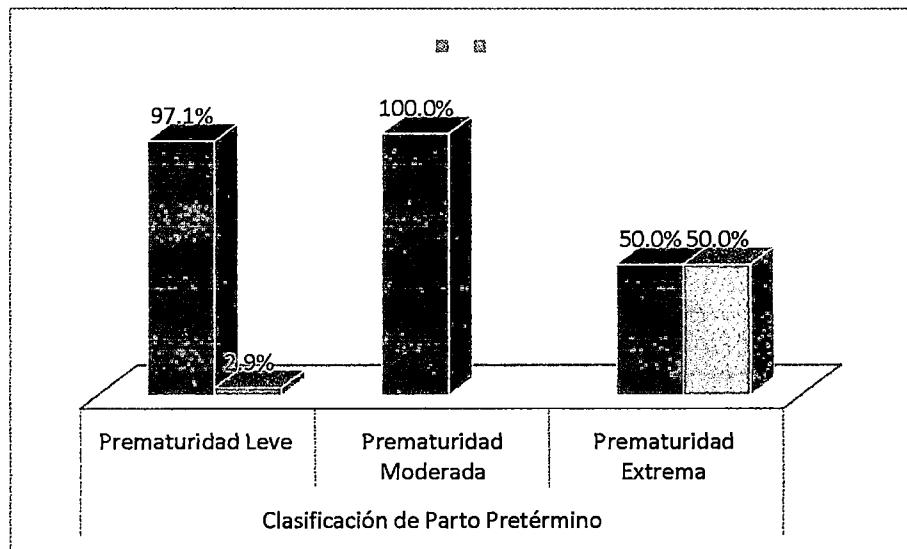
*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,09$  ( $p > 0,05$ )



**Interpretación:**

La tabla 16, describe la relación que existe entre la muerte fetal in útero y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 33 (97,1%) de gestantes con prematuridad leve no presentaron muerte fetal in útero, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 6 (100,0%) de gestantes con prematuridad moderada no presentaron muerte fetal in útero y una gestante que presenta prematuridad extrema si presentó muerte fetal in útero.



**Figura 16.** Muerte Fetal in In Útero

**Tabla 17:** Embarazo múltiple y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Embarazo Múltiple	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	34	100,0	6	100,0	1	50,0	41	97,6
Si	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	2,4
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0

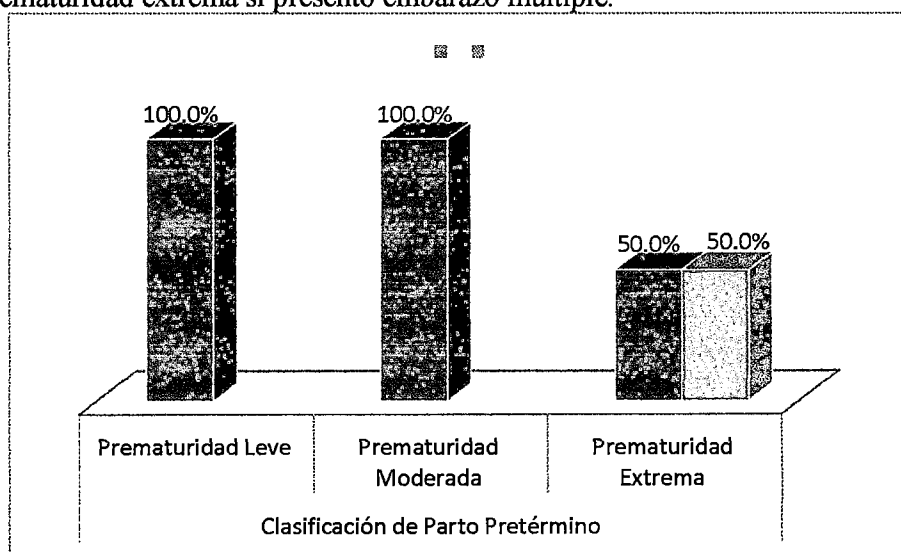
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,008$  ( $p < 0,05$ )

#### Interpretación:

La tabla 17, describe la relación que existe entre el embarazo múltiple y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 34 (100,0%) de gestantes con prematuridad leve no presentaron embarazo múltiple; 6 (100,0%) de gestantes con prematuridad moderada no presentaron embarazo múltiple y una gestante con prematuridad extrema si presentó embarazo múltiple.



**Figura 17.** Embarazo Múltiple

**Tabla 18:** Placenta previa y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

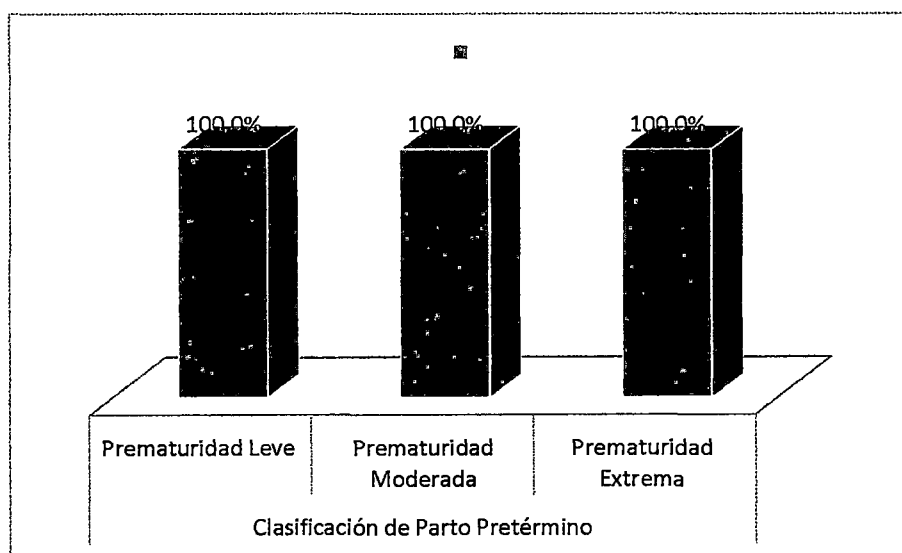
Placenta Previa	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

**Interpretación:**

La tabla 18, describe la relación que existe entre placenta previa y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014, el cual refleja que 34 (100,0%) de gestantes con prematuridad leve; 6 (100,0%) de gestantes con prematuridad moderada y 2 (100,0%) de gestantes con prematuridad extrema, no presentaron placenta previa.



**Figura 18.** Placenta Previa

- No se calculará ningún estadístico porque Placenta Previa es una Constante.

**Tabla 19:** desprendimiento prematuro de placenta y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.

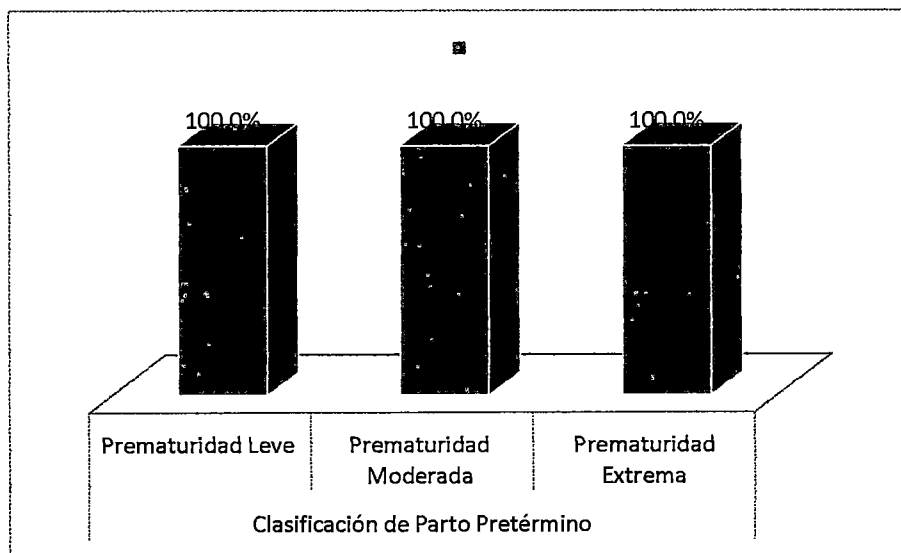
Desprendimiento Prematuro de Placenta	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

**Interpretación:**

La tabla 19, describe la relación que existe entre el desprendimiento prematuro de placenta y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014, el cual refleja que 34 (100,0%) de gestantes con prematuridad leve; 6 (100,0%) de gestantes con prematuridad moderada y 2 (100,0%) de gestantes con prematuridad extrema, no presentaron desprendimiento prematuro de placenta.



**Figura 19.** Desprendimiento Prematuro de Membranas

- No se calculará ningún estadístico porque Desprendimiento Prematuro de Placenta es una Constante.

**Tabla 20:** Oligohidramnios y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Oligohidramnios	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	29	85,3	3	50,0	2	100,0	34	81,0
Si	5	14,7	3	50,0	0	0,0	8	19,0
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,10$  ( $p > 0,05$ )

**Interpretación:**

En la tabla 20, describe la relación que existe entre oligohidramnios y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 29 (85,3%) de gestantes con prematuridad leve no presentaron oligohidramnios, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 3 (50,0%) de gestantes con prematuridad moderada no presentaron oligohidramnios y 2 (100,0%) de gestantes que presenta prematuridad extrema no presentaron oligohidramnios.

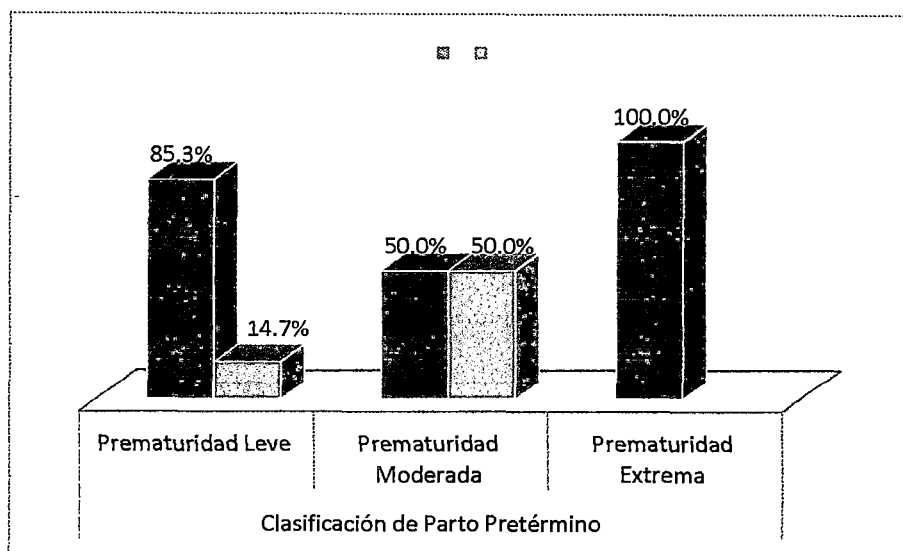


Figura 20. Oligohidramnios

### 3.3. DATOS DE LA VARIABLE INTERVINIENTE:

#### Complicaciones Maternas

**Tabla 21:** Terminación del parto y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Terminación del Parto	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vaginal	22	64,7	5	83,3	2	100,0	29	69,0
Cesárea	12	35,3	1	16,7	0	0,0	13	31,0
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0

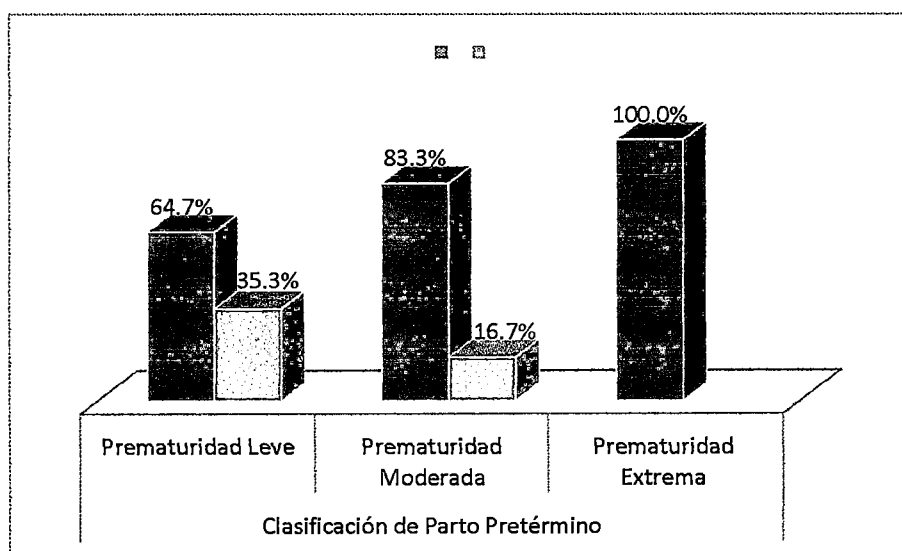
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,41$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 21, describe la relación que existe entre terminación del parto y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 22 (64,7%) de gestantes con prematuridad leve presentaron terminación del parto vaginal, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 5 (83,3%) de gestantes con prematuridad moderada presentaron terminación del parto vaginal y 2 (100,0%) de gestantes que presenta prematuridad extrema presentaron terminación del parto vaginal.



**Figura 21. Terminación del Parto**

**Tabla 22:** Hemoglobina sanguínea después del parto y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Hemoglobina Sanguínea después del Parto	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin Anemia	9	26,5	2	33,3	1	50,0	12	28,6
Anemia Leve	10	29,4	0	0,0	0	0,0	10	23,8
Anemia Moderada	15	44,1	4	66,7	1	50,0	20	47,6
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

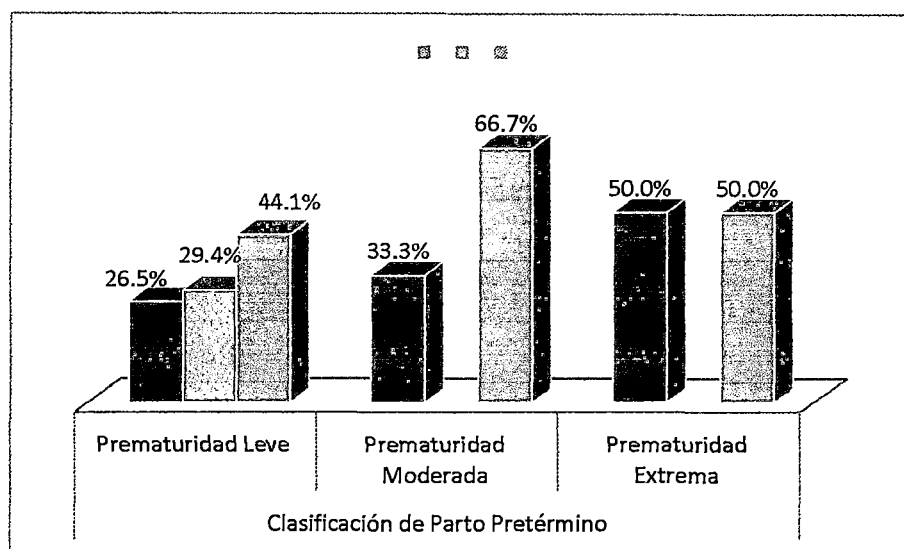
*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,50$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 22, describe la relación que existe entre hemoglobina sanguínea después del parto y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 15 (44,1%) de gestantes con prematuridad leve presentaron anemia moderada, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 4 (66,7%) de gestantes con prematuridad moderada presentaron anemia moderada y una gestante con prematuridad extrema presentaba anemia moderada.





**Figura 22.** Hemoglobina después del Parto

**Tabla 23:** Retención de restos placentarios y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Retención de Restos Placentarios	Clasificación de Parto Pretérmino						TOTAL	
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
No	29	85,3	1	16,7	0	0,0	30	71,4
Si	5	14,7	5	83,3	2	100,0	12	28,6
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0

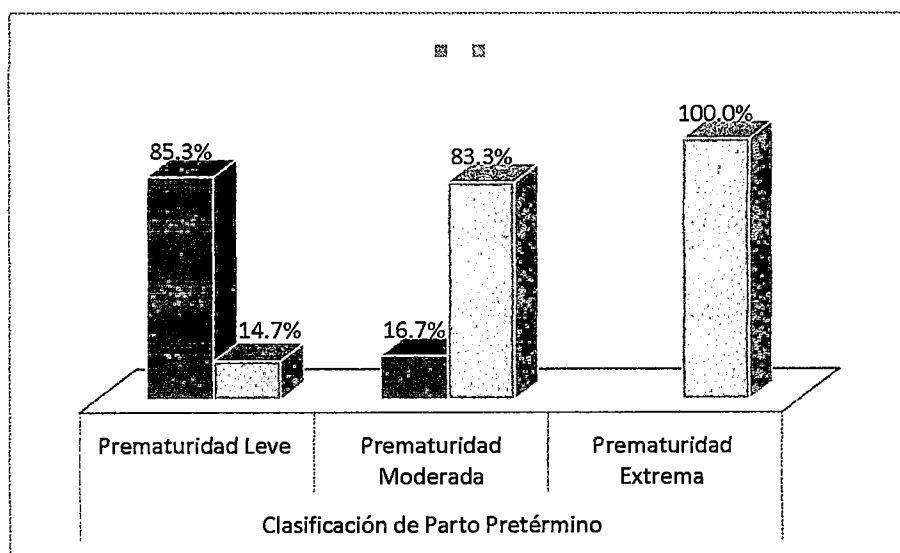
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,00$  ( $p < 0,05$ )

**Interpretación:**

La tabla 23, muestra la relación que existe entre retención de restos placentarios y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 29 (85,3%) de gestantes con prematuridad leve no presentaron retención de restos placentarios, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 5 (83,3%) de gestantes con prematuridad moderada si presentaron retención de restos placentarios y 2 (100,0%) de gestantes con prematuridad extrema presentaron retención de restos placentarios.



**Figura 23.** Restos Placentarios

## Complicaciones Perinatales

**Tabla 24:** Clasificación según edad gestacional al nacer y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Clasificación según Edad Gestacional Al Nacer	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adecuado para la Edad Gestacional	23	67,6	4	66,7	0	0,0	27	64,3
Pequeño para la Edad Gestacional	11	32,4	2	33,3	2	100,0	15	35,7
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

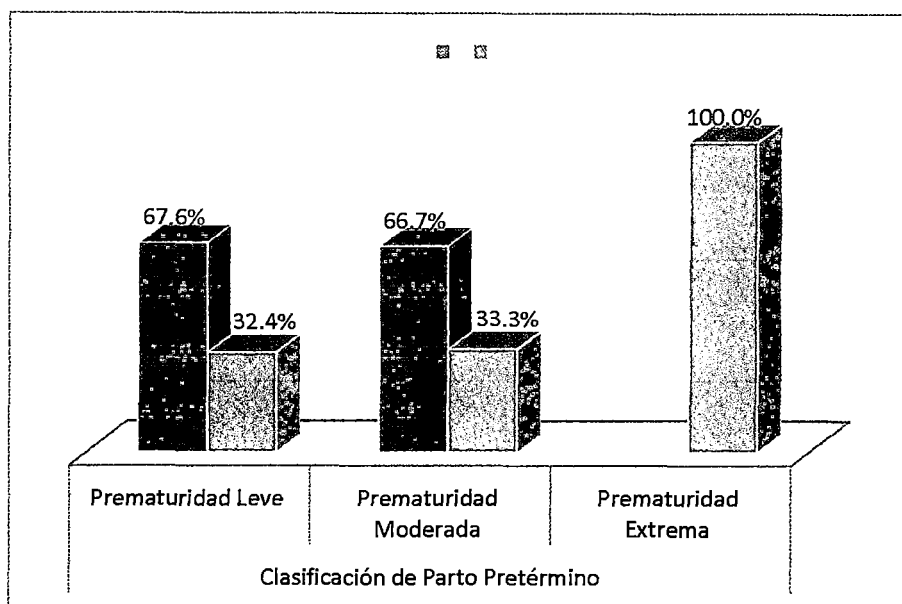
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,15$  ( $p > 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 24, describe la relación que existe entre la clasificación según edad gestacional al nacer y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 23 (67,6%) de gestantes con prematuridad leve presentan un adecuada edad gestacional al nacer, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 4 (66,7%) de gestantes con prematuridad moderada presentan un adecuada edad gestacional al nacer y 2 (100,0%) de gestantes con prematuridad extrema son pequeños para la edad gestacional al nacer.



**Figura 24.** Clasificación según Edad Gestacional al Nacer

**Tabla 25:** clasificación según peso al nacer y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Clasificación según Peso al Nacer	Clasificación de Parto Pretérmino						TOTAL	
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Peso Normal	25	73,5	2	33,3	0	0,0	27	64,3
Peso Bajo	9	26,5	4	66,7	0	0,0	13	31,0
Peso Muy Bajo	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	2,4
Peso Extremadamente Bajo	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	2,4
<b>TOTAL</b>	34	100,0	6	100,0	2	100,0	42	100,0

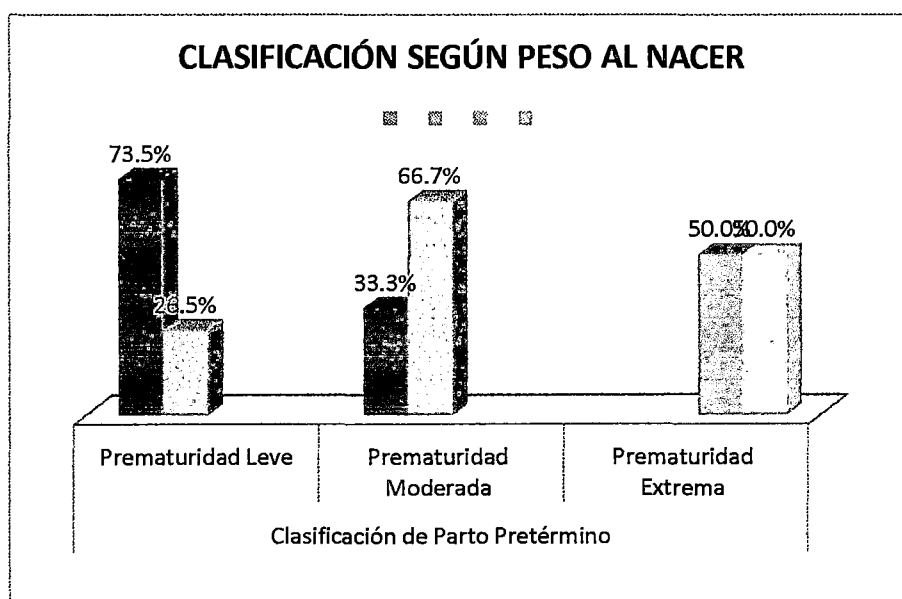
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,00$  ( $p < 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 24, describe la relación que existe entre la clasificación según peso al nacer y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 25 (73,5%) de gestantes con prematuridad leve presentaron un peso normal al nacer, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 4 (66,7%) de gestantes con prematuridad moderada presentaron un peso bajo al nacer y una gestante con prematuridad extrema presento un peso extremadamente bajo al nacer.



**Figura 25.** Clasificación según Peso al Nacer

**Tabla 26:** Complicaciones perinatales y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Complicaciones Perinatales	Clasificación de Parto Pretérmino							
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada		Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR)	11	32,4	5	83,3	1	50,0	17	40,5
Hipoglicemia	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Muerte Neonatal	1	2,9	1	16,7	1	50,0	3	7,1
Otros	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,4
Ninguna	20	58,8	0	0,0	0	0,0	20	47,6
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

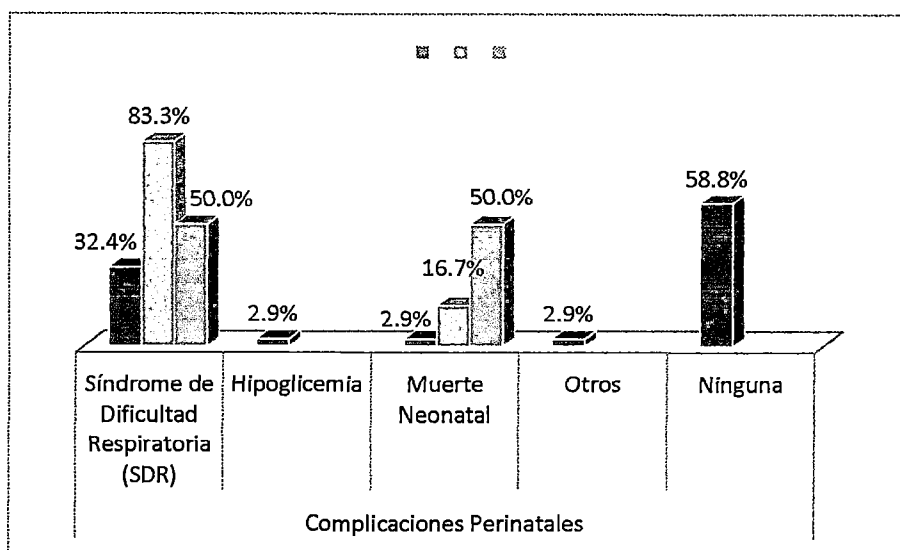
*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,05$  ( $p = 0,05$ )

### Interpretación:

La tabla 26, describe la relación que existe entre complicaciones perinatales y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando, el cual refleja que 20 (58,8%) de gestantes con prematuridad leve no presentaron complicaciones perinatales, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total; 5 (83,3%) de gestantes con prematuridad moderada presentaron síndrome de dificultad respiratoria (SDR) y una gestante con prematuridad extrema presentó muerte neonatal.



**Figura 26.** Complicaciones Perinatales

### COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS DIMENSIÓN FACTORES GINECO - OBSTÉTRICOS

**Tabla 27:** Infección del tracto urinario (ITU) y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Infección del Tracto Urinario (ITU)	Clasificación de Parto Pretérmino					
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada y Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	26	76,5	1	14,3	27	65,9
Si	8	23,5	7	85,7	15	34,1
<b>TOTAL</b>	34	100,0	8	100,0	42	100,0

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,03$  ( $p < 0,05$ )

### Planteamiento

**H1:** Existe relación entre la infección del tracto urinario (ITU) y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**H0** No existe relación entre la infección del tracto urinario (ITU) y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Valor de P=** 0,003= 0,3%

Con un error de 90% podemos decir que existe relación entre la infección del tracto urinario (ITU) y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Tabla 28:** Embarazo múltiple y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Embarazo Múltiple	Clasificación de Parto Pretérmino					
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada y Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	34	100,0	7	97,2	41	97,6
Si	0	0,0	1	2,8	1	2,4
<b>TOTAL</b>	34	100,0	8	100,0	42	100,0

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,008$  ( $p < 0,05$ )



### Planteamiento

**H1:** Existe relación entre el embarazo múltiple y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**H0** No existe relación entre el embarazo múltiple y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Valor de P=** 0,008= 0,8%

Con un error de 0,8% podemos decir que existe relación entre el embarazo múltiple y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

### DIMENSIÓN COMPLICACIONES MATERNAS

**Tabla 29:** Retención de restos placentarios y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Retención de Restos Placentarios	Clasificación de Parto Pretérmino					
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada y Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	29	85,3	1	14,3	30	73,2
Si	5	14,7	7	85,7	12	26,8
<b>TOTAL</b>	34	100,0	8	100,0	42	100,0

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,00$  ( $p < 0,05$ )

### Planteamiento

**H1:** Existe relación entre retención de restos placentarios y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Ho** No existe relación entre retención de restos placentarios y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Valor de P=** 0,00= 0,0%

Con un error de 0,0% podemos decir que existe relación entre retención de restos placentarios y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

### DIMENSIÓN COMPLICACIONES PERINATALES

**Tabla 30:** Clasificación según peso al nacer y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Clasificación según Peso al Nacer	Clasificación de Parto Pretérmino					
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada y Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Peso Normal	25	73,5	2	26,6	27	65,9
Peso Bajo	9	26,5	4	57,1	13	31,7
Peso Muy Bajo	0	0,0	1	14,3	1	1,2
Peso Extremadamente Bajo	0	0,0	1	0,0	1	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>0,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,00$  ( $p < 0,05$ )

### Planteamiento

**H1:** Existe relación entre la clasificación según peso al nacer y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**H0** No existe relación entre la clasificación según peso al nacer y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Valor de P=** 0,00= 0,0%

Con un error de 0.0% podemos decir que existe relación entre la clasificación según peso al nacer y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Tabla 31:** Complicaciones perinatales y su relación con la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

Complicaciones Perinatales	Clasificación de Parto Pretérmino					
	Prematuridad Leve		Prematuridad Moderada y Prematuridad Extrema		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR)	11	32,4	6	85,7	17	41,5
Hipoglicemia	1	2,9	0	0,0	1	2,4
Muerte Neonatal	1	2,9	2	14,3	3	4,9
Otros	1	2,9	0	0,0	1	48,8
Ninguna	20	58,8	0	0,0	20	47,6
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

*Elaboración:* Propia.

$X^2 = 0,05$  ( $p = 0,05$ )

**Planteamiento**

**H1:** Existe relación entre complicaciones perinatales y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Ho** No existe relación entre complicaciones Perinatales y la Clasificación de Parto Pretérmino de Gestantes Adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

**Valor de P= 0,05= 5%**

Con un error de 5% podemos decir que existe relación entre complicaciones perinatales y la clasificación de parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de enero a diciembre del 2014.

## DISCUSION

El presente estudio tiene como objetivo conocer los factores de riesgo que desencadenan el parto pretermino y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014. Respecto al parto pretermino de 42 gestantes adolescentes se encontró que 27 (64,3 %) eran adolescentes tardías (17-19 años) y 15 (35,7 %) eran adolescentes medianas (14-16 años), donde la edad gestacional promedio es de 34 semanas; y 81,0% presentaron prematuridad leve; este resultado se asemeja con la tesis del Dr. Riscarle Manrique quien indica que el total de adolescentes que presentaron la condición de parto pretermino; 39 (57,4 %) fueron adolescentes tardías y 29 (42,6 %) fueron adolescentes intermedias. La edad gestacional promedio entre 34 y 36 semanas (8).

Los factores de riesgo que se asocian al parto pretermino y sus complicaciones materno perinatales se discutirán de acuerdo al orden en que se analizaron las dimensiones; comenzando por la dimensión factores gineco-obstétricos: en la tabla 27 nos muestra que el 34,1 % de gestantes adolescentes tuvieron infección del tracto urinario (ITU) y un 65,9 % que no presentaron esta patología. Y con un valor de  $p = 0,03$  decimos que existe relación entre la infección del tracto urinario y el parto pretermino. Estos resultados lo comparamos con el estudio de Fernando Caicedo encontrando similitud ya que menciona que la incidencia de infecciones urinarias y vaginales durante el embarazo es más frecuente en adolescentes, esto concuerda con la

literatura donde se reportan incidencias más altas de estas patologías en adolescentes (5). Huaroto Palomino Karina; también fundamenta en el estudio de 107 participantes, entre casos y controles, solo el 65,4 % presentaron antecedentes patológicos, 74.2 % para los casos y 61.8 % para los controles, presentando la mayor frecuencia los casos de infecciones urinarias con el 40.2 %; 58.1 % para los casos y 32.9 % para los controles, seguida de vaginosis bacteriana con el 8.4%, cuyos factores se asocian con parto pretérmino (9). Rodríguez Díaz menciona que la infección de vías urinarias (valor  $p=0,0020$ ;  $OR=2,9688$ ) se asociaron a parto prematuro; ya que aquellas gestantes con infecciones sistémicas tienen más probabilidad de tener un parto pretérmino. Dentro de ellas la bacteriuria asintomática es la principal causante de riesgo de parto pretérmino y su tratamiento lo disminuye. Es posible demostrar infecciones con pocas manifestaciones clínicas en algunas embarazadas que estimularon el comienzo del parto prematuro (10). Existen múltiples evidencias de causalidad entre la relación de infección y parto pretérmino.

Seguidamente discutiremos los resultados de la tabla 15 en cuanto a ruptura prematura de membranas (RPM) , donde su incidencia llama la atención porque es un factor que deberá ser puesto en consideración para evitar las complicaciones, en el presente estudio 73.5 % gestantes adolescentes con prematuridad leve presentaron RPM, siendo este grupo en mayor proporción con respecto al total y, 57.1 % con prematuridad moderada y severa; este resultado se asemeja con en el estudio J. Guadalupe Panduro quien indica que las complicaciones durante el embarazo, en el grupo A (adolescentes  $\leq 18$ ): 124 (22.5%) presentaron rotura prematura de membranas, y se

encontró una razón de momios de 1.93 (1.39-2.9) y fue más frecuente en el grupo de adolescentes (6). También Juan Fernando Bojanini menciona que en 176 gestantes adolescentes con parto pretermino, 67 (20,2 %) presentaron ruptura prematura de membranas (12).

En la tabla 17 y 28 se observa el embarazo múltiple en 2,8 % de las gestantes adolescentes, y con un valor de  $p = 0,008$  decimos que existe relación entre embarazo múltiple y el parto pretermino, y se confirma lo que Fany Patricia García menciona que de 358 gestantes con parto pretermino 6 (2%) respectivamente presentaron embarazo múltiple (7).

En la tabla 29 se analiza la dimensión complicaciones maternas, en el cual se observa que 26,8 % presentaron retención de restos placentarios y 73,2 % no presentaron, por lo que concluimos que es la complicación más frecuente en gestantes adolescentes con parto pretérmino. Este resultado contrastado con el estudio de Juan Fernando Bojanini contradice mencionando *que* el 5,4% de las pacientes adolescentes y el 3,6% de las adultas presentaron algún tipo de complicación posparto; la endometritis fue la principal causa en ambos grupos. La infección de la herida quirúrgica fue más frecuente en adolescentes, probablemente por condiciones inherentes a su edad que hacen que muchas de ellas tengan deficiencias importantes de hierro e incluso anemia, como lo menciona Lynch o por la indicación para la cesárea (12).

En la tabla 30 tenemos la dimensión complicaciones perinatales, donde analizaremos la clasificación según peso al nacer del prematuro; se obtuvo los

siguientes resultados: el 73,5% de recién nacidos con peso normal en gestantes con prematuridad leve y el 57,1% de recién nacidos con peso muy bajo en gestantes con prematuridad moderada y severa; por lo que concluimos que la edad gestacional materna en el parto prematuro influye en el peso al nacer. Este resultado contrastado con el estudio de Huaroto Palomino Karina se asemeja al mencionar que los factores de riesgo neonatales para parto pretérmino hallados fueron: bajo peso al nacer (OR 66,536 IC 18,015-248,746) y gemelaridad OR 14.23 (IC1.610-129,245) (9). También Juan Fernando Bojanini en su estudio menciona que el bajo peso al nacer fue mayor en el grupo de adolescentes, reforzando lo que señalan Orvos, Gama y Sayagues, lo cual podría ser explicado por el mayor porcentaje de partos pretérmino (12).

En la tabla 31 analizaremos las complicaciones perinatales que presentan los recién nacidos de gestantes adolescentes con parto pretermino, donde el 32,4 % de recién nacidos presentaron dificultad respiratoria en el grupo de gestantes con prematuridad leve y el 85,7 % en gestantes con prematuridad moderada y severa, esto es debido la patología prevalente del pretermino que es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación tras placentaria; por lo que asemeja con el estudio de Guadalupe Panduro Barón que menciona que hubo 71 recién nacidos en gestantes adolescentes y las complicaciones fueron: 46 (64.8%) con síndrome de dificultad respiratoria, 9 (12.7%) con muerte fetal, 6 (8.5%) con sepsis, 5 (7.0%) con malformaciones, 3 (4.2%) con oligohidramnios severo (6).



## CONCLUSIONES

1. En cuanto a la dimensión sociodemográficos se han analizado el grado de instrucción, procedencia, estado civil y ocupación no encontrando una relación de dependencia con el parto pretermino.
2. Que el parto pretérmino tiene una relación de dependencia con los factores gineco obstétricos encontrando a la infección del tracto urinario (Si 35,7%), ruptura prematura de membranas (Si 69,0 %) y embarazo múltiple (Si 2,4 %) como sus factores desencadenantes.
3. En cuanto a la dimensión complicaciones materno perinatales son se ha encontrado asociación de la retención de restos placentarios (Si 28,6%), clasificación según peso al nacer (peso normal 64,3%) y complicaciones perinatales (SDR 40,5 %) con el parto pre término de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando.
4. Finalmente concluimos que los factores de riesgo gineco obstétricos se encuentran desencadenando el parto pretermino y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.

## SUGERENCIAS

### **De acuerdo a las conclusiones se sugiere:**

1. Difundir los resultados del presente estudio señalando que la dimensión socio demográfica no es un factor de riesgo para el parto pre término; por ello el personal debe poner más énfasis en los factores gineco obstétricos.
2. Al personal de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando la gestión para la implementación de materiales y equipos de laboratorio para la realización de urocultivos, ya que los exámenes de orina no dan resultados de especificidad en cuanto al patógeno causante de estas infecciones urinarias. En caso de ruptura prematura de membranas y embarazo múltiple se recomienda la captación temprana de las gestantes adolescentes y concientizarlas en la importancia y ventajas del control prenatal para la prevención oportuna y tratamiento adecuado de complicaciones.
3. Al personal del Hospital Román Egoavil Pando en especial a médicos y obstetras fortalecer las estrategias de diagnóstico temprano de la retención de restos placentarios y del SDR perinatal. Asimismo es necesario implementar recursos tecnológicos y humanos, en el Hospital Román Egoavil Pando para atender a recién nacidos prematuros y establecer un sistema de referencia prenatal eficaz que cuenten con unidades de cuidados intensivos neonatales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe. preocupa incremento del embarazo adolescente América Latina. SEMLAC. [Internet]. 2010 [Citado 05 de Marzo de 2015]; (15); 20. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>
2. ENDES. Encuesta demográfica y de salud Familiar. ENDES [Internet]. 2011 [Citado 15 de Marzo del 2015]; 4-7. Disponible en: [unfpaperu@unfpa.org.pe](mailto:unfpaperu@unfpa.org.pe)
3. Jaime Botero Uribe, Alfonso Júbizhazbun, Guillermo Henao. Obstetricia y ginecología. 7ma ed. Colombia. Tinta Fresca; 2004
4. Oyarzún E. Parto Prematuro. Clínicas Perinatológicas Argentinas 2007; 1:32-76.
5. Fernando Caicedo, Fabián Emiliano Ahumada, Marco Andrés Bolaños, Oscar Javier Ortega, Cristian David Tejada. Complicaciones maternas neonatales en pacientes embarazadas adolescentes y mayores de 35 años. Rev de Gineco Obstet / Colom. [Internet] 2010 [Citado el 05 Marzo del 2015]; 21 (8): 1-12. Disponible en: [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Ffacultadsalud.unicauca.edu.co%2FRevista%255CPDF%255C2010%255C120206201002.pdf&ei=NGuZUrTgCoqQkAf69YG4Dg&usg=AFQjCNFGuA9GnmP6LQ\\_UkRKRrOPtDUYmgg](http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Ffacultadsalud.unicauca.edu.co%2FRevista%255CPDF%255C2010%255C120206201002.pdf&ei=NGuZUrTgCoqQkAf69YG4Dg&usg=AFQjCNFGuA9GnmP6LQ_UkRKRrOPtDUYmgg)
6. J Guadalupe Panduro Barón, Priscila Magaly Jiménez Castellanos, J Jesús Pérez Molina, Elizabeth Guadalupe Panduro Moore, Damián Peraza Martínez, Norma Argelia Quezada Figueroa. Embarazo en Adolescentes y sus Repercusiones Materno Perinatales. Ginecol Obstet Méx. [Internet] 2012 [Citado el 05 Marzo del 2015]; 80 (11): 695-705. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211c.pdf>
7. Fany Patricia García Coto, Fabián Pardo Cruz, Carlos Zúñiga Mazier. Factores Asociados al Parto Prematuro en el Departamento De Lempira, Honduras. REV MED HONDUR. [Internet] 2012 [Citado el 10 Marzo del 2015]; 80 (4): 153-

157. Disponible en:  
<http://65.182.2.244/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-4.pdf>
8. Según Riscarle Manrique, Airlen Rivero, Magaly Ortunio, Marianela Rivas, Rosa Cardozo, Harold Guevara. Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [Internet] 2009 [Citado el 10 Marzo del 2015]; 68(3): 144-149. Disponible en:  
<http://www.rev.obst.ginecol.vezuel.edu.pe/index.php/ppa/article/view/68>
  9. Huaroto Palomino Karina, Paucca Huamancha Miguel Angel, Polo Alvarez Meliza, Meza Leon Jesus Nicolaza. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en el hospital regional de Ica, 2012. *Rev.méd.panacea.* [Internet] 2013 [Citado el 10 Marzo del 2015]; 3(2): 22-26. Disponible en:  
<http://www.rev.med.panacea.unica.edu.pe/index.php/med/article/view/54>
  10. Rodríguez Días, David René, Morales Castañeda, Víctor De Francisco, Escudero Farro, et al. Factores de Riesgo Maternos Asociados a Parto Pretérmino. *UCV-Scientia.* [Internet] 2014 [Citado el 10 Marzo del 2015]; 06 (2): 143-147. Disponible en:  
<http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/134>
  11. Juliana Vallejo Barón. Embarazo en adolescentes y sus Complicaciones. *Rev. méd de costa rica y centro américa.* [Internet] 2013 [Citado el 10 Marzo del 2015]; 605 (3): 65-69. Disponible en:  
<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=80&ved=0CGUQFjAJOEY&url=http%3A%2F%2Fwww.binasss.sa.cr%2Frevistas%2Frmcc%2F605%2Fart12.pdf&ei=Dn-ZUurwF8jckQeVkyHYDQ&usg=AFQjCNGtlEM4Ez4MaBjv9ehvf7C0Pt6pHg>
  12. Juan Fernando Bojanini B., Joaquín Guillermo Gómez D. Resultados Obstétricos y Perinatales en adolescentes. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* [Internet] 2004. [Citado el 10 Marzo del 2015]; 55 (2): 114-121. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214306003>
  13. J. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernández del Castillo S. Rene Ballón Uriza. *Ginecología y obstetricia aplicada.* 2da ed. México: El manual moderno; 2003.

14. Johns Hopkins, Nicholas C. Lambrou, Abraham N. Morse y Edward E. Wallach. Johns Hopkins: ginecología y obstetricia. 1ra ed. Madrid: Marban Libros; 2001.
15. González Paredes A, Álvarez P, Martínez Navarro L. Fundamentos de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Editorial: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Depósito M-18199; 2007
16. Alberto Villanueva, Maria del milagro Perez Fajardo, Hugo Martínez Ayala, Enrique García Lara. Características Obstétricas de la adolescente Embarazada. Ginec Obst Mex [Internet] 2002. [Citado el 10 Marzo del 2015]; 67 (2): 354-359. Disponible en:  
<http://bvssida.insp.mx/articulos/2851.pdf>
17. José Pacheco Romero. Manual de Obstetricia. 6ta ed. Lima: R&F Publicación y Servicios; 2011.
18. F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom, editores. Williams Obstetricia. 21a ed. España: Panamericana; 2002.
19. Juan Aller, Gustavo Pagés. Obstetricia Moderna. 3ª ed. Venezuela: Mc Graw Hill-Interamericana; 2012
20. Orlando Rigol Ricardo, et al. Obstetricia y Ginecología. 1ª ed. Ciudad de La Habana-Cuba: Ciencias Médicas; 2004.
21. Washington Muñoz. Obstetricia Fisiológica. 1ª ed. Concepción: Universidad de Concepción; 1997.
22. E. Gredilla, M. Gimeno, E. Canser, B. Martínez, A. Pérez Ferrer, F. Gilsanz. Tratamiento de la anemia en el postparto y en el postoperatorio inmediato de cirugía ginecológica, con hierro intravenoso. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. [Internet] 2006. [Citado el 30 Marzo del 2015]; 53 (4): 208-213. Disponible en:  
[file:///C:/Users/PC05/Downloads/02e7e532cb8fa2ac19000000%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC05/Downloads/02e7e532cb8fa2ac19000000%20(1).pdf)
23. Mascaro PS., Alvarado CÑ, Félix Dasio Ayala Peralta., Fortunato Mezarina Trujillo, José Gamboa Barrantes, Homero Mejia Chávez. Amenaza parto pretérmino. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y

perinatología. 2010; 91-98.

24. Alexis Palencia C., MD. Parto prematuro. Rev Universidad de Antioquia - UMNG. [Internet] 2010 [Citado el 30 Marzo del 2015]; 9(4):10-18 Disponible en:  
[http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&ved=0CDwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.scp.com.co%2Fprecop%2Fprecop\\_files%2Fmodulo\\_9\\_vin\\_4%2FPrecop\\_9-4-B.pdf&ei=1n-ZUpmnNs62kAfUj4GYDQ&usg=AFQjCNFYZcq26H2rrrOWxFMd878CFFFRs](http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=4&ved=0CDwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.scp.com.co%2Fprecop%2Fprecop_files%2Fmodulo_9_vin_4%2FPrecop_9-4-B.pdf&ei=1n-ZUpmnNs62kAfUj4GYDQ&usg=AFQjCNFYZcq26H2rrrOWxFMd878CFFFRs)  
g

# ANEXOS

**ANEXO 01  
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICION	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> Parto Pretermino	Cualitativa	Patología Obstétrica	Clasificación de Parto Pretérmino (Segun Lumley)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematuridad leve (de 32 a 36 semanas de gestación)</li> <li>• Prematuridad moderada (de 28 a 31 semanas de gestación)</li> <li>• Prematuridad extrema (de 20 a 27 semanas de gestación)</li> </ul>	Ordinal	Historia Clínica  Ficha de recolección de datos.
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Factores de Riesgo	Cualitativa	Social y demográfica	Clasificación de la adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescencia Temprana(10-13 años)</li> <li>• Adolescencia media (14-16 años)</li> <li>• Adolescencia Tardía (17-19 años)</li> </ul>	Ordinal	Historia Clínica  Ficha de recolección de datos.
			Nivel de Escolaridad	Analfabeta Primaria Secundaria superior	Nominal	
			Lugar de residencia	Urbano Rural Urbano Marginal		
			Estado Civil	Casada Soltera Conviviente Viuda		
			Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ama de casa</li> <li>- Estudiante</li> <li>- Trabajadora con esfuerzo físico intenso</li> <li>- Trabajadora sin esfuerzo físico intenso</li> <li>- Otros</li> </ul>		



NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICION	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Factores de Riesgo	Cualitativa	Ginecológicos y Obstétricos	Número de Parejas Sexuales	Continua	Numérica	Historia Clínica
			Numero de Gestaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primigesta</li> <li>• Segundigesta</li> <li>• Tercigesta</li> <li>• Multigesta</li> </ul>	Ordinal	Ficha de recolección de datos.
			Control Prenatal	Más de 6 controles Menos de 4 controles	Nominal	
	Cualitativa		Enfermedades Hipertensivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre eclampsia leve (&lt;160/110 mmhg)</li> <li>• Pre eclampsia severa (&gt;160/110 mmhg)</li> <li>• Eclampsia (&gt;160/110 mmhg)</li> </ul>	Nominal	Historia Clínica  Ficha de recolección de datos.
			Infección del Tracto Urinario	SI NO		
			Infecciones Vaginales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidiasis</li> <li>- Vaginosis Bacteriana</li> <li>- Trichomoniasis vaginal</li> <li>- otros</li> </ul>		
			Ruptura Prematura de Membranas	Si No		
			Muerte fetal in útero	Si No		
			Embarazo múltiple	Si No		
			Oligohidramnios	SI NO		
			Hemorragias del Segundo Trimestre	Placenta previa SI - NO		
Desprendimiento prematuro Placenta SI - NO						

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICION	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
<p><b>VARIABLE INTERVINIENTE</b> Complicaciones del Parto Pretermino</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Complicaciones Maternas</p>	<p>Terminación del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginal</li> <li>- Cesárea</li> </ul>	<p>Nominal</p>	<p>Historia Clínica</p>
			<p>Anemia post Parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>		<p>Ficha de recolección de datos.</p>
			<p>Restos Placentarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>		
		<p>Complicaciones Perinatales</p>	<p>Clasificación según Edad Gestacional al Nacer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AEG (Percentil 10 a 90)</li> <li>• PEG (Percentil &lt;10)</li> <li>• GEG (Percentil &gt;90)</li> </ul>	<p>Ordinal</p>	<p>Historia Clínica</p>
			<p>Clasificación según Peso al Nacer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso Bajo (1500 - 2499 Kg)</li> <li>• Peso Muy Bajo (1000 - 1499 Kg)</li> <li>• Peso Extremadamente Bajo (1000 Kg)</li> </ul>		
			<p>Patologías</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Membrana Hialina</li> <li>• Distrés Transitorio o Hipoxia</li> <li>• Hipoglicemia</li> <li>• Anemia Ferropénica</li> <li>• Muerte Neonatal</li> <li>• Sepsis Neonatal</li> <li>• Otros</li> </ul>	<p>Nominal</p>	

**ANEXO 02**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**  
**FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN**  
**GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTO	ESTADISTICO
<p><b>Pregunta General</b>                      ¿Cuáles son los factores de riesgo desencadenantes del parto pretermino y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014?</p> <p><b>Preguntas Especificas</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos que desencadenan el parto pretermino en gestantes adolescentes del hospital Román Egoavil Pando?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo gineco-obstétricos que desencadenan el parto pretermino en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones materno perinatales de gestantes adolescentes con parto pretermino del Hospital Román Egoavil Pando?</p>	<p><b>Objetivo General</b>                      Conocer los factores de riesgo que desencadenan el parto pretermino y sus complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.</p> <p><b>Objetivos Especificos</b></p> <p>➤ Identificar los factores de riesgo sociodemográficos desencadenantes del parto pretermino en gestantes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando.</p> <p>➤ Identificar los factores de riesgo gineco-obstétricos desencadenantes del parto pretermino en gestantes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando.</p> <p>➤ Identificar las complicaciones materno perinatales que presentan las gestantes adolescentes con parto pretermino del servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando.</p> <p>➤ Determinar la relación de dependencia entre los factores de riesgo (sociodemográficos y gineco obstetricos) y el parto pretermino.</p>	<p><b>Hi<sub>1</sub>:</b> Existe relación directa de dependencia entre los factores de riesgo sociodemográficos y el parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.</p> <p><b>Ho<sub>1</sub>:</b> No existe relación directa de dependencia entre los factores de riesgo sociodemográficos y el parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014</p> <p><b>Hi<sub>2</sub>:</b> Existe relación directa de dependencia entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y el parto pretérmino de gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.</p> <p><b>Ho<sub>2</sub>:</b> No existe relación directa de dependencia entre los factores de riesgo gineco-obstétricos y el parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014.</p>	<p><b>Variable independiente</b>                      Factores de riesgo</p> <p><b>Variable dependiente</b>                      Parto Pretermino</p> <p><b>Variable interviniente</b>                      Complicaciones Materno Perinatales</p>	<p><b>Población:</b>                      Se tomará como población referencial de estudio a todas las pacientes gestantes adolescentes con atención de partos pretérminos registrados en Libro de Partos del Hospital Román Egoavil Pando</p> <p><b>Muestra:</b>                      El cálculo de la muestra será No Probabilística intencionada; según el número de casos atendidos. Para su selección se considerará los siguientes criterios de inclusión y exclusión:</p> <p><b>criterios de inclusión:</b>                      - pacientes adolescentes con diagnóstico de parto pretermino</p> <p><b>criterios de exclusión:</b>                      - pacientes adolescentes que no tengan diagnóstico de parto pretermino</p>	<p><b>Área de Estudio</b>                      Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014</p> <p><b>Tipo De Investigación</b>                      - Descriptiva                      - Observacional                      - Retrospectivo                      - Transversal</p> <p><b>Nivel de Investigación</b>                      - Relacional</p> <p><b>Diseño:</b>                      - Diseño transeccional correlacional</p> <p><b>Esquema:</b></p> <p><b>M:</b> Muestra  <b>Y:</b> Parto Pretermino  <b>X:</b> Factores de Riesgo desencadenantes  <b>R:</b> Dependencia</p>	<p><b>Técnica Análisis</b>                      documental</p> <p><b>Instrumento:</b>                      Ficha de Recolección de Datos</p>	<p>Chi 2 de Independencia</p>



## ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN – HUANUCO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



**FACTORES DE RIEGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y  
SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES  
ADOLESCENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROMÁN  
EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014**

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de HCL: \_\_\_\_\_

Edad Gestacional en el momento del parto: \_\_\_\_\_

#### I. CLASIFICACIÓN DE PARTO PRETÉRMINO

- a. Prematuridad leve (de 32 a 36 semanas de gestación)
- b. Prematuridad moderada (de 28 a 31 semanas de gestación)
- c. Prematuridad extrema (de 20 a 27 semanas de gestación)

#### II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

##### 1) Edad

- a. 10 – 13 años
- b. 14 – 16 años
- c. 17 a 19 años

##### 2) Grado de instrucción

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- a. Secundaria
- b. Superior

##### 3) Procedencia

- a. Urbano
- b. Rural
- c. Urbano Marginal

- 4) Estado civil
  - a. Casada
  - b. Soltera
  - c. Conviviente
  - d. Viuda
  
- 5) Ocupación
  - a. Ama de casa
  - b. Estudiante
  - c. Trabajadora con esfuerzo físico intenso
  - d. Trabajadora sin esfuerzo físico intenso

### III. FACTORES GINECO OBSTÉTRICOS

1. Número de Parejas Sexuales
  - a. 1
  - b. 2
  - c. Más de 2
  
2. Numero de Gestaciones
  - a. Primigesta
  - b. Segundigesta
  - c. Tercigesta
  - d. Multigesta
  
3. Control prenatal
  - a. > de 6 controles
  - b. ≤ de 6 controles
  
4. Enfermedades Hipertensivas
  - a. Pre eclampsia leve
  - b. Pre eclampsia severa
  - c. Eclampsia
  - d. Síndrome Hellp
  
5. Infecciones asociadas al Embarazo:
  - a. ITU  
SI ( )                      NO ( )
  - b. Infecciones Vaginales
    - a) Candidiasis
    - b) Vaginosis Bacteriana
    - c) Trichomoniasis vaginal
    - d) Otras

6. Ruptura Prematura de Membranas
    - a. Si
    - b. No
    - c.
  7. Muerte fetal in útero
    - d. Si
    - e. No
  8. Embarazo múltiple
    - a. Si
    - b. No
  9. Enfermedades Hipertensivas
    - a. Preeclampsia Leve
    - b. Preeclampsia Severa
    - c. Eclampsia
  10. Hemorragias del Segundo Trimestre
    - a. Placenta Previa  
SI ( )                      NO ( )
    - b. Desprendimiento prematuro de Placenta  
SI ( )                      NO ( )
  11. Oligohidramnios
    - a. Si
    - b. No
- IV. COMPLICACIONES MATERNAS
1. Terminación del parto
    - a. Vaginal
    - b. Cesárea
  2. Hemoglobina sanguínea después del parto
    - a.  $\leq 11$  gr/dl
    - b.  $> 11$  gr/dl
  3. Retención de restos placentarios
    - a. Si
    - b. No

## V. COMPLICACIONES PERINATALES

### 1. Clasificación según edad Gestacional

- a. AEG (percentil 10 a 90)
- b. PEG (percentil <10)
- c. GEG (percentil >90)

### 2. Clasificación según Peso al Nacer

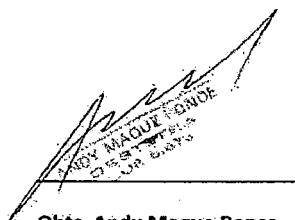
- a. Peso Normal (2500 - 3999 Kg)
- b. Peso Bajo (1500 - 2499 Kg)
- c. Peso Muy Bajo (1000 - 1499 Kg)
- d. Peso Extremadamente Bajo (1000 Kg)

### 3. Complicaciones Perinatales

- a. Síndrome de Membrana Hialina
- b. Síndrome de Dificultad Respiratoria
- c. Hipoglicemia
- d. Anemia Ferropénica
- e. Muerte Neonatal
- f. Sepsis Neonatal
- g. Otros

**ANEXO 04****CONSTANCIA DE VALIDACION**

Quién suscribe **Obts. Maque Ponce Andy**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES. SEDE DE INTERNADO Y EXTERNADO ENERO A DICIEMBRE DEL 2014", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

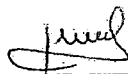
A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the text "ANDY MAQUE PONCE" and "OBSTETRA ASISTENCIAL DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES".

**Obts. Andy Maque Ponce**  
**OBSTETRA ASISTENCIAL DEL CENTRO**  
**DE SALUD APARICIO POMARES**



**ANEXO 05****CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quién suscribe **Obts. Atala Zulma Pérez Acosta**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES. SEDE DE INTERNADO Y EXTERNADO ENERO A DICIEMBRE DEL 2014", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



---

**Obts. Atala Zulma Pérez Acosta**  
**OBSTETRA ASISTENCIAL DEL CENTRO**  
**DE SALUD APARICIO POMARES**

**ANEXO 06****CONSTANCIA DE VALIDACION**

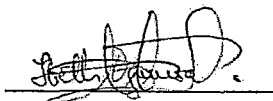
Quién suscribe **Obts. Cesar López Godoy**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES. SEDE DE INTERNADO Y EXTERNADO ENERO A DICIEMBRE DEL 2014", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



**OBST. CESAR LÓPEZ GODOY**  
**OBSTETRA ASISTENCIAL DEL**  
**HOSPITAL DE NIVEL II ESSALUD**

**ANEXO 07****CONSTANCIA DE VALIDACION**

Quién suscribe **Obts. Figueroa Sánchez Ibeth**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES. SEDE DE INTÉRNADO Y EXTERNADO ENERO A DICIEMBRE DEL 2014", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



**Obts. Figueroa Sánchez Ibeth**  
DOCENTE DE LA FACULTAD DE  
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

**ANEXO 08****CONSTANCIA DE VALIDACION**

Quién suscribe **Mg. María del Pilar Melgarejo Figueroa**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES. SEDE DE INTERNADO Y EXTERNADO ENERO A DICIEMBRE DEL 2014", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



**Mg. María del Pilar Melgarejo Figueroa**  
**DOCENTE DE LA FACULTAD DE**  
**OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL**

## ANEXO 09



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO  
 FACULTAD DE OBSTETRICIA  
 "Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

**RESOLUCIÓN Nº 069-2015-UNHEVAL-FOBST-D**

Huánuco, 26 de marzo del 2015

**VISTO:**

La solicitud presentado por el alumno **CUEVA MENDOZA Eberhard** sobre exclusividad de tema y designación de asesor;

**CONSIDERANDO:**

Que, según solicitud Nº 238515 el alumno de la Facultad de Obstetricia **CUEVA MENDOZA Eberhard** solicita la exclusividad del título (tema): "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014" y nombramiento de asesora de tesis;

Que, con Proveído S/N el Instituto de Investigación, indica que hecho la verificación del título (tema) a Investigar: ); "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014" queda registrado como exclusividad en el Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de una investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final designando para tal fin DE LA Dra. Mary Maque Ponce, en el título a investigar: ); "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014" del alumno **CUEVA MENDOZA Eberhard**;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, de acuerdo a la Resolución Nº 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de Enero del 2013;

**SE RESUELVE:**

- 1º **APROBAR** como exclusividad el título de Investigación: ); "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014" del alumno **CUEVA MENDOZA Eberhard** y queda registrado en el Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2º **NOMBRAR** a la Dra. Mary Maque Ponce Asesora del alumno **CUEVA MENDOZA Eberhard** para la elaboración de su Proyecto de Investigación, hasta la presentación y sustentación del mismo;
- 3º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

*Mary Maque Ponce*  
 Mg. Diana A. Montoya de Lara Suarez  
 DECANA

cc.  
 INFO  
 INTERESADOS  
 ARCHIVO

Av. Universitaria N° 601-607 - Cayhuayna - Telef 591077

## ANEXO 10



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA  
Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación

**RESOLUCIÓN N° 0109-2015-UNHEVAL-FOBST-D**

Huánuco, 29 de abril del 2015.

**VISTO:**

El Informe N° 01-DD-FO-UNHEVAL-2015 del Obst. Leon Rocano Rojas y el Oficio N° 005-DD-FO-UNHEVAL-2015 de la Mg. Jessye Ramos García de la Comisión Revisora Ad hoc del proyecto de tesis presentado por el alumno **CUEVA MENDOZA Eberhard** de la Facultad de Obstetricia;

**CONSIDERANDO:**

Que encontrándose el Informe N° 01-DD-FO-UNHEVAL-2015 del Obst. Leon Rocano Rojas y el Oficio N° 005-DD-FO-UNHEVAL-2015 de la Mg. Jessye Ramos García de la Comisión Ad hoc del proyecto de tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014", donde indica que se encuentra APTO para su aprobación y ejecución;

Que, el alumno **CUEVA MENDOZA Eberhard** adjunta 02 ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014", para su aprobación; habiendo quedado registrado en el Instituto de Investigación, el mismo que se encuentra inscrito en el Libro de Registro de la Facultad de Obstetricia; y, según el Art. 18° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad que indica "Emitida la Resolución del Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis";

Que, estando a las atribuciones conferidas al Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de enero del 2013;

**SE RESUELVE:**

1° **APROBAR**, el Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014", presentado por el alumno **CUEVA MENDOZA Eberhard** de la Facultad de Obstetricia, asesorado por la Dra. Mary Maque Ponce.

2° **DAR A CONOCER**, la presente resolución a los órganos correspondientes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

*[Firma]*  
Mg. Digna A. Manrique de Luna Suarez  
DECANA

CON DISTRIBUCIÓN  
Expediente  
Instituto Invest.  
Ansoni

## ANEXO 11

**SOLICITO: CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR PROYECTO DE TESIS APLICANDO UNA FICHA DE RECOLECCIÓN DATOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y ADMISION.**

Yo, Eberhard CUEVA MENDOZA, identificado con DNI N° 46008815 y domiciliado en el Jr. César Vallejo Mz. E1 Lt. N° 6-San Luis del Distrito de Amarilis; en mi condición de alumno del último año de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco, ante Usted me presento y digo:

Que, con Resolución N° 0109-2015-UNHEVAL-FOBST-D, se aprobó el Proyecto de Tesis Titulado "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014" para optar el título profesional de Obstetra, en tal sentido solicito a su despacho una constancia de autorización para ejecutar el mencionado proyecto de tesis aplicando una ficha de recolección datos en el Servicio de Obstetricia y Admisión.

Sin otro particular pido a usted acceder a mi solicitud por considerarlo necesario en mi propósito de alcanzar el título profesional de Obstetra.

Villa Rica, 25 de Mayo del 2015

Adjunto:

01 copia fedatada de la resolución de aprobación de proyecto de tesis.  
01 copia de constancia de Internado.

Atentamente,



Eberhard Cueva Mendoza  
TESISTA  
FO/ UNHEVAL

C.C.  
Archivo

MINISTERIO DE SALUD	
HOSPITAL APOYO VILLA RICA	
TRAMITE DOCUMENTARIO	
Registro N°	775
Folio	09
Fecha	25 MAY 2015
Hora	10:00 am
Recibido por	

ANEXO 12



"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Villa Rica 02 de Junio del 2015

**PROVEIDO N° 019-2015-DE-H.R.E.P. VR**

Visto el expediente con registro N° 775-2015 de fecha 25 de Mayo del 2015 que contiene (04) Cuatro Folios presentado por el Sr. **Eberhard CUEVA MENDOZA** estudiante de Obstetricia de la Universidad Nacional "Hermilio Valdizan Medrano"- Huánuco donde solicita autorización para ejecutar Proyecto de Tesis titulado " **FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014**". La Dirección Ejecutiva, El Jefe del Servicio de Obstetricia y el Jefe del Área de Recursos Humanos del Hospital "Román Egoavil Pando" Villa Rica, **OPINAN NO TENER NINGUN INCONVENIENTE EN ACEPTAR DICHA PETICION.**

Por tanto corresponde hacer de conocimiento del Interesado remitiendo lo actuado a la Red de Salud Oxapampa para su conocimiento y trámite administrativo correspondiente.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL R.E.P. VILLA RICA  
Rómulo C. GAMBOA GONZALES

HOSPITAL VILLA RICA R.E.P.  
MARITZA CARDILLO VARGAS  
OBSTETRICIA 142  
MINISTERIO DE SALUD  
Hospital R.E.P. Villa Rica  
Dr. José Aldaya Pita  
Director Ejecutivo  
DIRECCION  
VILLA RICA



## ANEXO 13



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" - HUÁNUCO  
FACULTAD DE OBSTETRICIA  
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"



**RESOLUCIÓN Nº 0153-2015-UNHEVAL-FOBST-D**  
Huánuco, 03 de julio del 2015.

**VISTO:**

La solicitud presentado por el alumno CUEVA MENDOZA Eberhard.

**CONSIDERANDO:**

Que, en el Art. 19º del Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad indica "Una vez que el tesisista ha elaborado el Borrador de Tesis con el visto bueno de su Asesor y obteniendo el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de trámite, se designe el Jurado de Tesis...". Art. 20º dice: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, en coordinación con el Jefe de Departamento Académico y en ausencia con el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, en la que debe ser integrado por cuatro (04) profesores ordinarios, tres (03) serán titulares y un (01) accesorio..."

Que, el alumno CUEVA MENDOZA Eberhard ha culminado la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO ENERO A DICIEMBRE 2014", bajo el asesoramiento de la Dra. Mary Maque Ponce, quien con el Informe Nº 003-2015-MLMP-D-FOBST/UNHEVAL de fecha 02 de julio del 2015, comunica la culminación de elaboración del Borrador de Tesis y que cumple con los estándares exigidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia de la UNHEVAL y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis.

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Obstetricia mediante Resolución Nº 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 enero 2013:

**SE RESUELVE:**

- 1º **DESIGNAR**, dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014" presentado por el alumno CUEVA MENDOZA Eberhard, debiendo el jurado estar integrado de la manera siguiente:

PRESIDENTA : Mg. Clara Fernandez Picón  
SECRETARIA : Obst. Leon Rocano Rojas  
VOCAL : Mg. Jessye Ramos García  
ACCESITARIA : Mg. Ruth Cordova Ruiz

- 2º **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

*[Firma]*  
Mg. Diana L. Mena de Leon Rojas  
DECANA

AC: OBSTETRICIA  
BRAMOS  
INTERESADOS  
ARCHIVO



**RESOLUCIÓN N° 0156-2015-D-F-OBST-UNHEVAL**

Huánuco, 10 de julio del 2015

**VISTO:**

La solicitud N° 0256347 de fecha 06 de julio del 2015 presentado por el bachiller CUEVA MENDOZA Eberhard, quien pide fecha, hora para sustentación adjuntando los Informes de Tesis.:

**CONSIDERANDO:**

Que, el bachiller CUEVA MENDOZA Eberhard; solicita fecha, hora y lugar para la Sustentación de su tesis: "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014";

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informa que se encuentra APTO para ser sustentado dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad;

Que, el Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad en el Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, en su art. 27° dice : " Una vez completado el jurado de tesis señalar día, hora y lugar de la sustentación..."

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Obstetricia mediante Resolución N° 053--2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de Enero;

**SE RESUELVE:**

1° **FIJAR** como fecha de sustentación de la Tesis: **FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014";** presentado por el bachiller CUEVA MENDOZA Eberhard :

DIA : MARTES 14 DE JULIO DEL 2015.

HORA : 09:00 A.M.

LUGAR : Aula 301 pab. III 3er. piso

2° **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrado por los siguientes docentes:

- |                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| - Mg. Clara Fernandez Picón | Presidenta  |
| - Obst. León Rocano Rojas   | Secretario  |
| - Mg. Jesye Ramos Garcia    | Vocal       |
| - Mg. Ruth Córdoba Ruíz     | Accesitaria |

3° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Mg. Digna A. Martínez de Lara Suárez  
DECANA

CON DISTRIBUCIÓN  
Expediente  
Jurados  
Interesado.



### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 14 días del mes de Julio del 2015  
 siendo las 09:10 horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se  
 reunieron en el aula 301 - F003 - FO, los miembros integrantes del Jurado examinador  
 de la Sustentación de Tesis Titulada: "FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES  
 DEL PARTO PRETERMINO Y SUS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN  
 GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE ENERO  
 A DICIEMBRE DEL 2014" presentado por el bachiller CUEVA MENDOZA Eberhard  
 para obtener el TITULO DE OBSTETRA estando integrado por los siguientes  
 docentes:

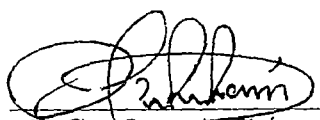
- Mg. Clara Fernandez Picón                                  PRESIDENTA
- Obst. León Rocano Rojas                                      SECRETARIO
- Mg. Jessye Ramos García                                      VOCAL
- Mg. Ruth Cordóva Ruíz    ACCESITARIA

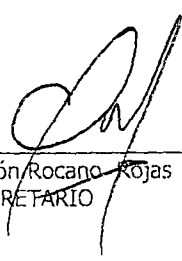
Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar,  
 efectuándose la votación con el siguiente resultado:

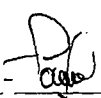
Tres Papeleta (s) APROBADOS  
 ..... Papeleta (s) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 1.7 y cualitativa de : Muy bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.  
 En fe, de lo cual firmamos.

  
 \_\_\_\_\_  
 Mg. Clara Fernandez Picón  
 PRESIDENTA

  
 \_\_\_\_\_  
 Obst. León Rocano Rojas  
 SECRETARIO

  
 \_\_\_\_\_  
 Mg. Jessye Ramos García  
 VOCAL

\_\_\_\_\_  
 Mg. Ruth Cordóva Ruíz  
 ACCESITARIA