

UNIVERSIDAD NACIONALHERMILIO VALDIZAN

FACULTAD DE OBSTERICIA



TESIS

**FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO
PRETERMINO EN GESTANTES, HOSPITAL
AMAZONICO - UCAYALI - 2014.**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA.

TESISTAS: JUSTO AUGURTO, Avilia

LUCERO VILLANUEVA, Margaret Luvi

ASESORA: Mg. ESPINOZA TARAZONA, Yola

HUÁNUCO - PERÚ

2015

FACTORES PREDISPONENTES DE PARTO PRETERMINO

EN GESTANTES, HOSPITAL AMAZONICO

UCAYALI – 2014.

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicado a nuestro padre celestial por guiarnos espiritualmente y darnos la fuerza necesaria para lograr nuestras metas. A nuestros adorados padres por darnos el apoyo incondicional, moral, emocional que día a día se esforzaron por darnos lo mejor y sacarnos adelante y a todas las madres gestantes que han sido participe de nuestra formación profesional. A nuestros abuelos: por dedicarnos su vida entera a nuestro cuidado y sobre todo a enseñarnos lo hermoso que es la vida e inculcarnos principios y valores a seguir y a todas las madres gestantes.

AGRADECIMIENTO

- ✓ A la Facultad de Obstetricia de la universidad Nacional Hermilio Valdizán por haber adquirido amplios conocimientos y destrezas de aprendizaje en nuestras aulas universitarias.
- ✓ Al personal profesional del hospital amazónico que fueron uno de los pilares más importante para nuestra formación personal, compartiendo conocimientos y experiencias de sus saberes.
- ✓ A nuestros distinguidos jurados: Obst. Digna Manrique de Lara Suarez, Obst. Víctor Quispe Sulca. Y al Obst. León Rocano Rojas, con el aporte de sus conocimientos en la revisión final de nuestra tesis.
- ✓ A todos los Obstetras y gineco obstetras del hospital Amazónico, en especial a la obstetra Roció Villavicencio Cuenca que nos brindó su apoyo y conocimiento, durante el avance de nuestra investigación.
- ✓ A nuestra querida asesora de tesis Mg. Yola Espinoza Tarazona por su asesoramiento y dedicación para lograr nuestro proyecto de tesis.
- ✓ A nuestros padres por su apoyo y comprensión permanente permitiéndonos a superar nuestras dificultades que se presentaron durante nuestro proceso de aprendizaje.

- ✓ A nuestros hermanos por su apoyo moral y económico durante nuestra formación profesional.

- ✓ Y a nuestro personal administrativo de la facultad de obstetricia, a la Sra.: Sully, Sr. pedro por el apoyo incondicional.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (OMS 1970-77). El límite inferior de edad gestacional (EG) que establece el límite entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo con las OMS, 20 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla (10). Esta entidad tiene una frecuencia de presentación aproximada del 10-15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. El Parto Pretérmino es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y causa de morbi-mortalidad neonatal a nivel nacional. Actualmente se reconoce que su etiopatogenia es multifactorial, estando involucrados factores de riesgo dependientes de la madre, el feto. Es así que, mientras los indicadores de esta patología no muestran una tendencia a disminuir, la búsqueda por factores de riesgo predictivos más confiables que llevaría finalmente a estrategias de intervención efectivas, se ha intensificado. Como parte de este esfuerzo global, se presenta la siguiente investigación con el fin de contribuir a la identificación de los factores predisponentes encontrados el mismo que permitirá hacer un manejo y diagnóstico oportuno en las mujeres gestantes en el Hospital Amazónico. Así mismo esperamos que sirva como documento fuente para futuras investigaciones. Estas condiciones nos han motivado a profundizar en el estudio de los factores predisponentes al parto pretermino, formulando la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores predisponentes del parto

pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014? Cuyo objetivo general es determinar los factores predisponentes del parto pretermino en gestantes. La presente investigación se encuentra estructurada en 5 capítulos: el capítulo I abarca el planteamiento del problema con la descripción del problema, la formulación del problema, los objetivos, la importancia y la justificación; en el capítulo II se considera el marco teórico dentro de ello conformado por los antecedentes internacionales, nacionales y locales, las bases teóricas y la definición de términos básicos; en el capítulo III se encuentra la hipótesis, las variables y la operacionalización de variables; en el capítulo IV el marco metodológico incluye el ámbito de estudio, el tipo y nivel de investigación, el diseño de estudio la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento de datos y el aspecto ético; en el capítulo V se muestran los resultados a los que se arribaron con la investigación; finalmente, se muestran las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

RESUMEN

Nuestra investigación tuvo como objetivo fundamental determinar los factores predisponentes del parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico - Ucayali, 2014. La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal, constituyendo actualmente uno de los problemas más preocupantes de la asistencia perinatal. Es un estudio descriptivo simple, no experimental, retrospectivo y transversal, cuya población estuvo constituido por todas las pacientes con gestación que culminó en parto Pretérmino, durante el periodo planteado, tal cifra fue de 885 gestantes aplicando la formula sin desviación estándar, la muestra a estudiar fue de 268 gestantes seleccionado por muestreo aleatorio simple; Luego del análisis estadístico se determinó que los factores predisponentes asociados al parto Pretérmino, uno de los factores viene a ser los factores sociodemográficos , teniendo en cuenta los siguientes aspectos; en cuanto al grado de instrucción el 39,55% de los casos estudiados tuvieron secundaria incompleta siendo el más frecuente; en cuanto a la Edad, se aprecia que las pacientes entre edades de 18 a 34 años son los más frecuentes con un 66,79% del total, en el Estado Civil se aprecia que el 76,12% de las pacientes fueron convivientes, es el más frecuente; sobre la Ocupación de las pacientes el 82,84% entonces en su mayoría son ama de casa ; dentro de los antecedentes gineco obstétricos el más resaltante es el antecedente de parto pretermino con 13,43% de los casos; dentro de las infecciones de transmisión sexual la Vaginosis bacteriana con el 9,70% que se encuentra como factor predisponentes para la infección de parto pre término; dentro de los Factores

Maternos el 55,60% de las pacientes estudiadas presentaron infecciones del tracto urinario, teniendo en cuenta que este factor materno es el más resaltante para influir en un parto pre termino ; en cuanto a la rotura prematura de membranas las de mayor tuvieron un porcentaje de 11,57% y menor de 6 horas , obtuvo el mismo porcentaje de 11,57% determinando parto pre termino en ambos casos, del total de gestantes Hospitalizadas por parto pretermino fue de 9,3% con una predisposición mínima hicieron parto pretermino y las pacientes que no se hospitalizaron fueron el 90,7% de los casos estudiados y en cuanto a la hipertensión inducida por el embarazo, fue un total de 79,5% de las pacientes, siendo el más alto porcentaje haciendo parto pretermino en este rubro, acompañado de otros como: Eclampsia, Preeclampsia Severa, Preeclampsia leve, en el segundo, tercero y cuarto lugar de frecuencias.

SUMMARY

Our research had as main objective to determine the predisposing factors of preterm birth in pregnant women at the Hospital Amazon - Ucayali, 2014. Prematurity is the leading cause of perinatal mortality, currently constitute one of the most worrying problems of perinatal care. It is not experimental, retrospective and cross simple descriptive study, whose population consisted of all patients with pregnancy that ended in preterm delivery during the period stated, that figure was 885 pregnant women applying the formula without standard deviation, the sample study of 268 pregnant women was selected by simple random sampling; After the statistical analysis it was determined that preterm birth associated predisposing factors, one factor becomes sociodemographic factors, taking into account the following aspects; regarding the level of education the 39,55% of the cases studied had incomplete secondary being the most frequent, in terms of age, we see that patients between the ages of 18-34 years are the most frequent with 66.79 % of the total, in the status shown that 76.12% of patients were cohabiting, is the most common; about the Occupation of 82.84% patients then are mostly housewife; within the most remarkable reproductive background is a history of preterm birth with 13.43% of cases; in sexually transmitted infections bacterial vaginosis with the 9.70% that is as pre disponentes factor for infection of preterm birth; Maternal factors within the 55,60% of the patients studied presented urinary tract infections, considering that this mother is the most salient factor to influence pre term birth; in terms of premature rupture of membranes had the highest percentage of 11.57% and less than six hours, got the same percentage of 11.57% preterm birth in determining

both cases, the total of pregnant women hospitalized for preterm labor was 9.3% with a minimum predisposition preterm birth and did not hospitalized patients were 90.7% of the cases studied and in terms of pregnancy-induced hypertension, was a total of 79.5% of patients, with the highest percentage by preterm labor in this area, together with others such as eclampsia, Preeclampsia Severa, mild preeclampsia in the second, third and fourth frequency.

INDICE

Pág.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema.....	17
1.2.1. Problema principal.....	17
1.2.2. Problema específicos.....	17
1.3. Objetivo.	
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2. Objetivos específicos.....	18
1.4. Justificación e. importancia.....	19
1.5. Limitaciones.....	19

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	21
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	23
2.1.3. Antecedentes locales.....	26
2.2. Bases teóricas.....	27
2.3. Definición de términos básicos.....	47

III. HIPOTESIS, VARIABLES

3.1. Hipótesis.....	51
----------------------------	-----------

3.2. Variables.....	51
3.2.1. Variable independiente.....	51
3.3. Operacionalización de variables.....	51

IV. MARCO METODOLOGÍCO

4.1. Ámbito de estudio.....	55
4.2. Tipo y Nivel de investigación.....	55
4.3. Diseño de la investigación.....	55
4.4. Población y muestra	
4.4.1. Población.....	57
4.4.2. Muestra.....	57
4.4.3. Tipo de muestreo.....	57
4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
4.5.1. Técnicas.....	58
4.5.2. Instrumentos.....	58
4.6. Procesamiento de datos	
4.6.1. Procedimiento de recolección de datos.....	58
4.6.2. Técnicas de procesamiento de datos.....	58
4.6.3. Prueba estadística.....	58
4.7. Aspecto ético.....	59

V. RESULTADOS

5.1. Resultados.....	60
5.2. Análisis estadístico.....	80
Conclusiones.....	86

Recomendaciones.....	88
Referencias bibliográficas.....	89
Anexos.....	93

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTO DEL PROBLEMA

En el quehacer diario de nuestras prácticas realizadas en el hospital Amazónico de Ucayali, pudimos observar la alta incidencia de partos preterminos, lo que nos llevó a realizar esta investigación, teniendo en cuenta que el tema de parto pretermino sigue siendo un tema de salud importante debido a que cada año nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros y la gran mayoría de ellos nacen en países pobres (1). Esa elevada cifra se traduce en que actualmente uno de cada diez bebés llega al mundo con 37 o menos semanas de gestación.

Las tasas de partos prematuros de los 184 países del mundo de los que se tienen datos como España que se encuentra en el puesto 145 con un índice del 7,4 %. La mayoría de los países latinoamericanos se sitúa por debajo del 10% (2).

Los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detección de “embarazo de alto riesgo”, han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematurez.

En el ámbito epidemiológico, la prematurez constituye una de las principales causas de morbilidad perinatal. El parto prematuro no sólo tiene graves repercusiones en la morbilidad perinatal e infantil, sino que además representa un verdadero desafío al sistema de salud pública.

En el Perú un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal mostró una incidencia de 5,02% en 1996, la que según estadística del mismo Instituto aumentó al 6.3% en el 2007 (3). Varias etiologías están involucradas en la patogénesis del parto pre término (4). Lo que explica porque es tan difícil prevenir y erradicarlo.

Parte importante del manejo del parto Pretérmino es tener presente que constituye uno de los principales factores de riesgo de la morbilidad infantil en el mundo. Siendo mayor y muy variada en las comunicaciones de países en desarrollo. Un estudio peruano encontró que la altura de 3200 metros duplicaba la incidencia de partos Pretérmino (5). A pesar que los nacimientos menores de 32 semanas de gestación representan solo 1% a 2% de todos los nacimientos, dan cuenta de cerca de 50% de la morbilidad neurológica a largo plazo y cerca de 60% de la mortalidad perinatal. La tasa de mortalidad perinatal en el Perú en el año 2000, según ENDES, fue 23,1 por mil nacimientos, similar al 22,9 del estudio del Sistema Informático Perinatal (SIP) de 9 hospitales del Ministerio de Salud, correspondiente al año 2000.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal:

¿Cuáles son los factores predisponentes del parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014?

1.2.2. Problema específico:

- Cuáles son los factores sociodemográficos que conllevan a un parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.
- Cuáles son los antecedentes gineco obstétricos como factor predisponente para parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.
- Cuáles son los Antecedentes de riesgo materno como factores predisponentes para parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.
- Cuáles son los factores de riesgo fetales que predisponen a parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores predisponentes del parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.

1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los factores sociodemográficos que conllevan a un parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.
- Estudiar los antecedentes gineco obstétricos como factor predisponente para parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.
- Estudiar los Antecedentes de riesgo materno como factores predisponentes para parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.
- Analizar los factores de riesgo fetales que predisponen a parto pretermino en gestantes, Hospital Amazónico - Ucayali - 2014.

1.4. JUSTIFICACION

El Parto Pretérmino es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y causa de morbi-mortalidad neonatal a nivel nacional. Por ende la presente investigación se justifica por su aporte teórico

La presente investigación pretende contribuir al aporte del conocimiento básico y sobre todo al manejo de las pacientes que acuden al Hospital Amazónico, con esta complicación quienes serán nuestras beneficiarias indirectas y por ende aquellos neonatos en que el impacto de morbi-mortalidad será menor. Esperamos que el presente estudio de investigación contribuya a generar estrategias para mejorar el manejo de estas pacientes basados al conocimiento de los principales factores predisponentes encontrados el mismo que permitirá hacer un manejo y diagnóstico oportuno en las mujeres gestantes en el Hospital Amazónico. Así mismo esperamos que sirva como documento fuente para futuras investigaciones.

1.5. LIMITACIONES

- ✓ Bajos recursos económicos que no nos permitió hacer un estudio más amplio del tema.
- ✓ Limitada información sobre cifras relacionadas al parto pre termino a nivel regional Dirección Regional de Salud.
- ✓ Historias clínicas con datos incompletos que no permitieron la recolección de información al 100 %.

- ✓ Falta de accesibilidad a las historias clínicas en un determinado tiempo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. INTERNACIONALES

- **DR: Juvenal CALDERON GUILLEN, Genaro VEGA MALAGON y Col. (México – 2007), “FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO”,** En la Revista Mexicana Medica de IMSS el tema “Factores de riesgo materno asociados al parto pretermino” el objetivo de su investigacion fue determinar los factores de riesgo materno asociados al parto pretermino en el Hospital Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. Material y métodos: se realizó un estudio de casos y controles, del 1 de septiembre de 2007 al 30 de junio de 2008. Casos: 138 mujeres que culminaron su embarazo antes de la semana 37. Controles: 138 pacientes con parto a término. Para el análisis estadístico se empleó χ^2 , t de Student y razón de momios. Resultados: en el periodo de estudio se atendieron 8910 eventos obstétricos, de los cuales 600 (6.73 %) fueron Pretérmino. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto Pretérmino con diferencia significativa

($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia. Conclusión: con excepción del síndrome de preeclampsia-eclampsia, la incidencia de parto Pretérmino así como sus factores asociados fueron similares a los encontrados en la literatura (6).

- **DR. Pedro, ROMO LARIS (Colima – 2007), “FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES QUE PRESENTARON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO”**, Este es un estudio transversal analítico se evaluó un total de 77 pacientes (100%) de las cuales 65 (84,4%) ingresaron al estudio y 12 (15.6%) pacientes (fueron excluidas) por no tener todos los datos completos. El rango de edad fue de 14 a 40 años. Se incluyeron a todas las pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario con embarazo de 21 a 37 semanas, fueron valoradas de acuerdo a los criterios e índice tocolítico de Gruber Baungarten. A todas las pacientes se aplicó un cuestionario donde se discernía entre otros factores, el antecedente de parto Pretérmino, la edad, estado civil, grado de escolaridad, relaciones sexuales durante el embarazo, infección de vías urinarias y cervicovaginitis (7).

2.1.2. NACIONALES

- **Fernando, PARRA VELARDE (Tacna – 2012), “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA”**, la investigación tiene como objetivo determinar factores de riesgo materno, fetal y socio demográficos asociados a parto Pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el período 2010-2012. Es un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo Pretérmino, durante el periodo planteado, tal cifra fue de 642, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo 416 casos aptos, seleccionando la muestra por muestreo aleatorio simple, para mejorar la potencia estadística se escogió una relación 1:2 respecto a los controles, seleccionándose 400 controles. Luego del análisis estadístico se tiene que, los factores asociados al parto Pretérmino son la edad materna < 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico < 2 años, la ganancia durante el embarazo < 8kg, preeclampsia y ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltera y la ocupación de agricultora (8).
- **Según HUAROTO PALOMINO Karina, PAUCCA HUAMANCHA Miguel Angel, y col (Ica – 2012), “FACTORES DE RIESGO MATERNOS, OBSTÉTRICOS Y FETALES ASOCIADOS AL**

PARTO PRETÉRMINO, EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA”,

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. La población fue de 2500 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 categóricas 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 Pretérmino fueron madres adolescente (OR 2.993 IC [1,123-7,660] X² 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; X² 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; X² 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; X² 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).

- **Según Romero CASTELLANOS MAYDA, (Trujillo – 2008), “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO, HOSPITAL LAZARTE ECHIGARAY”,** se encontró que las causas más frecuentes para presentar parto pretermino fueron: la infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas. Concluyendo que el antecedente de parto pretermino, infección de vías urinarias, anemia, hipertensión inducida por el embarazo y ruptura prematura de membranas son factores que condicionan parto pretermino. En su estudio se halló el 27.3% de las madres de los productos prematuros y el 10.4% de aquellos no productos que tenía antecedentes parto pretermino (22).
- **Según Lizbeth Estefanía DÍAZ POLO, (LIMA – 2010), “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN”,** se realizó un estudio retrospectivo y Los resultados fueron 81 pacientes con diagnóstico de parto pre término, con significancia estadística en las siguientes variables: Se evidencio que gestantes más pobres y con menor nivel educativo presentan mayor incidencia de parto Pretérmino. Que el 21% de los partos pre término, estuvo asociado a la ruptura prematura de membranas (OR 4.03) dato que se encuentra dentro del rango de incidencia, ya que Aagaard-Tiller (2005) señala una incidencia de la ruptura prematura de membrana pre término entre 30 y 40% y Fabián (2008) observó 11.67% de ruptura prematura de membranas. Las gestantes con pre eclampsia

tuvieron un riesgo 20 veces más de presentar parto pre término. El 34.6% con parto pre término presentó pre eclampsia, de ellas el 42.8% fue pre eclampsia severa, 25% leve y 32.14% síndrome de HELLP; dato similar al observado por Salviz en su estudio en el Hospital Cayetano Heredia, donde encontró un 30 % de parto Pretérmino en pacientes con pre eclampsia.

- **Según Fernando CARPIO PANTA, (Lambayeque – 2013), “FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADAS AL DESARROLLO DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE”,** El antecedente de parto Pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la Vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto Pretérmino.

2.1.3. REGIONALES

No se encontraron antecedentes relacionados al tema.

BASES TEORICAS

2.2. PARTO PRETERMINO

El parto prematuro es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (OMS 1970-77). El límite inferior de edad gestacional (EG) que establece el límite entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo con las OMS, 20 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla (10). Esta entidad tiene una frecuencia de presentación aproximada del 10-15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas.

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%(11).

La etiología de la prematurez rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis uteroplacentaria y las lesiones intrauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobredistensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre (12).

2.2.1. FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETERMINO

❖ FACTORES MATERNOS

- **Nivel socio económico:** La incidencia del parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia.
- **Edad materna:** según la investigación realizada por Lloysith Amasifuen Sangama, afirma que las características sociodemográficas de las poblaciones de estudio se concentraron el mayor porcentaje en la población mestiza con 73.53% entre las edades de 20 - 34 años y con el 23.53% ≤19 años. En las gestantes nativas Quechua con el 55% se concentraron entre las edades de 20 – 34 (12). Debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica, 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. Según otros autores:

Edad menor de 17 años o mayor de 35 años (17).

Edad menor de 15 años y mayor de 39 (18).

Edad menor de 18 años y mayor de 35 años (19).

- **Paridad:** 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 según **Trelles**, quien determinó que las pacientes con más de 4 partos previos tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de presentar prematuridad. Lo encontrado en el mencionado estudio, puede deberse a complicaciones obstétricas y a lesiones del cuello uterino obtenidas en los partos previos (20). Según **Riva** que concluye que la paridad, el riesgo social, el antecedente de aborto y el antecedente de infección urinaria durante la gestación actual no se asociaron con parto Pretérmino (21). 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) (13).

- **Esfuerzo físico:** El esfuerzo físico intenso provoca una descarga de adrenalina con una redistribución del flujo sanguíneo hacia las áreas musculares provocándose una disminución de la circulación útero-placentaria, lo cual no repercute en condiciones normales en mujeres habituadas, ya que el feto dispone de los mecanismos necesarios para redistribuir también sus flujos circulatorios y preservar sus áreas más importantes para su supervivencia.

Es evidente que tenemos que identificar unos límites que nos aseguren que una determinada actividad física durante el período prenatal va a ser beneficiosa y no va a comprometer el bienestar del feto. Efectivamente, se sabe que realizar sobreesfuerzos físicos de manera habitual durante la gestación se puede acompañar de un mayor riesgo de prematuridad, de malformaciones fetales y de CIR (11).

- **Atención prenatal:** El mayor componente de la prevención del nacimiento de un niño Pretérmino incluye el seguimiento de acuerdo al riesgo, intervención educativa 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 al médico (el número debe ser de cinco 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; por ejemplo, al tener entre cinco y diez controles, esta tiene 7,7 veces la posibilidad de que nazca un bebe antes de las 37 semanas, si es comparada con aquella paciente que ha tenido diez o más controles.

- **Estado nutricional:** 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

premature de la placenta, diabetes; generando un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distocias y complicaciones del parto(14).

- **Las relaciones sexuales durante el embarazo:** Se ha correlacionado a la amenaza de parto prematuro con la actividad sexual, cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación, pero no se sabe con certeza si se debe a la asociación con infecciones genitourinarias, que a su vez se relacionan con la ruptura prematura de membranas como su causa principal. La actividad sexual aumenta en el 80% de los casos durante el segundo trimestre, lo cual puede coincidir con un aumento de las infecciones del tracto urinario y por consiguiente riesgo de amenaza de parto prematuro. Si se considera que existen prostaglandinas en el semen y éstas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos, conjuntamente con la reacción producida por un proceso infeccioso, el aspecto mecánico del coito y las contracciones producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca la amenaza de parto prematuro, y debe incluirse

todavía el aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante, ya que pueden existir otros factores que tal vez no se estén tomando en cuenta.

- **Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción:** Los componentes del tabaco como la nicotina y el monóxido de carbono atraviesan y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte el monóxido de carbono, causa; la formación de carboxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro. El alcohol durante el embarazo puede provocar una serie de defectos de nacimiento, que pueden variar de poco importantes a graves. Éstos incluyen retraso mental, problemas de aprendizaje, emocionales o de comportamiento, o defectos en el corazón, la cara y otros órganos. El más grave es el síndrome del alcohol fetal (FAS), una combinación de defectos de nacimiento físico y mental. El consumo de alcohol durante el embarazo incrementa también el riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg), de muerte fetal intraútero, parto prematuro.

El consumo de drogas durante los primeros meses del embarazo, puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo. En una etapa posterior puede generar un parto prematuro (antes de las 37 semanas de embarazo) o hacer que el feto no crezca lo suficiente. Como consecuencia de ello, los fetos expuestos a estas drogas tienen más riesgo de nacer con bajo peso (menos de 2.5 kg) y estos, tienen 20 veces más probabilidades de morir durante su primer mes de vida que los recién nacidos con peso normal, o de desarrollar incapacidades permanentes, como retraso mental y parálisis cerebral (11).

- **Anormalidades congénitas uterinas:** Los úteros dobles, bicorne, unicornes, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza de parto prematuro, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial. Los miomas uterinos provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales, y déficit del flujo sanguíneo uterino, que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto, presentándose de esta manera una amenaza de parto prematuro. Por último la incompetencia ístmico cervical, cuya etiología puede ser congénita, traumática, o funcional, puede producir amenaza de parto prematuro.

- **Infección del tracto urinario (ITU):** Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática. Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro. El paso del germen o sus toxinas al compartimento fetal, o la repercusión materna del proceso infeccioso, sobre todo cuando hay afectación secundaria hepática, pulmonar, cuadro séptico generalizado o shock séptico, todo ello actúa negativamente sobre el desarrollo del embarazo. El 25% de las pacientes que presentan pielonefritis aguda durante el embarazo, son atribuibles a bacteriuria asintomática, tratada de forma inadecuada. Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son: *E. coli*, *Reihsielía*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* y *Streptoeoccus*, en este último caso resulta imprescindible descartar su presencia simultánea en la vagina (15).
- **Enfermedades de transmisión sexual (ETS):** La infección ascendente desde el tracto genital inferior estimula la reacción inflamatoria que libera citoquinas desde las células endoteliales, entre las que se encuentran 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 prematuro. Leitich y col. Demostró que la presencia de Vaginosis bacteriana se asocia a parto pretermino, Además todas estas enfermedades, indirectamente, pueden ser responsables de afecciones en recién nacidos o, incluso, causante de aborto espontaneo, embarazo ectópico y cáncer cervicouterino. Los patógenos más habituales implicados son: chlamydia, trichomonas, neisseriagonorrhoeae, organismos causantes de la vaginosis bacteriana, treponema pallidum y micoplasma (16).

- **Enfermedades hipertensivas del embarazo:** 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 morbimortalidad materno fetal con una incidencia a nivel mundial del 1 al 10% según los distintos países. La diferenciación entre la hipertensión gestacional y la preeclampsia es esencial, ya que la preeclampsia es una enfermedad grave con importantes repercusiones perinatales, mientras que la hipertensión gestacional presenta una hipertensión normalmente leve con resultados perinatales

similares a la población de gestantes normales. La presencia de proteinuria es el signo diferencial entre ambas entidades. Aproximadamente, sólo el 20% de las pacientes que consultan por hipertensión presentaran criterios de preeclampsia / eclampsia, mientras que el resto son clasificadas como hipertensión gestacional.

- **Ruptura prematura de membranas (RPM) y Corioamnionitis:** La Ruptura prematura de Membranas (RPM) se presenta en un 16% a 21% en embarazo a término y 15% a 45% en el embarazo pretérmino. La morbimortalidad 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%). La corioamnionitis es la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), en general de origen infeccioso. Es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo el parto prematuro y la sepsis neonatal. La infección intraamniótica presenta una prevalencia en los partos pretérmino del 10 al 40%. Como complicación obstétrica, la infección intraamniótica aparece de forma más frecuente en pacientes con rotura prematura de membranas, 13-60% de los

casos, que en pacientes con amenaza de parto prematuro y membranas íntegras, 5-15%.

La invasión microbiana de la cavidad amniótica no sólo es considerada factor de riesgo para parto pretérmino, sino también de rotura de membranas espontánea, corioamnionitis clínica y resultados neonatales adversos (índices de Apgar más bajos, distrés respiratorio, sepsis, hemorragia intraentricular, displasia broncopulmonar, bajo peso al nacer y daño cerebral perinatal).

- **Diabetes Gestacional:** En el embarazo existe una situación fisiológica de resistencia insulínica, y por ello, la diabetes es una de las patologías más frecuentes en el mismo, poniendo en riesgo el pronóstico tanto materno como fetal. Las posibles complicaciones maternas incluyen el aumento de la incidencia de infecciones, polihidramnios y estados hipertensivos del embarazo. En cuanto al feto hay un aumento de la morbilidad perinatal a causa de la prematuridad, restricción del crecimiento, macrosomía, traumatismo obstétrico, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia y síndrome de distres respiratorio (11).

❖ FACTORES FETALES

- **Muerte Fetal Intrauterina:** La muerte fetal representa uno de los acontecimientos más desafortunados dentro de la Obstetricia. Las enfermedades o condiciones que originan muertes anteparto, , divide a las causas en maternas (hidropesía no inmunitaria, infecciones, crecimiento intrauterino retardado, gestación múltiple), responsables de aproximadamente el 5-10% de las muertes; fetales (rotura prematura de membranas, insuficiencia placentaria, asfixia intraparto, placenta previa, transfusión feto fetal, corioamnionitis), que son las más frecuentes detectándose en un 25-40%; y placentarias (enfermedades respiratorias, enfermedades del aparato urinario, diabetes, trastornos hipertensivos, traumatismos, parto anormal, sepsis, acidosis) en un 25-35% 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 otros casos se puede producir la muerte anteparto por una alteración del metabolismo como hipo o hiperglucemias, por mecanismos inmunitarios o infecciosos.

- **Embarazo múltiple:** La gestación múltiple es uno de los temas que más interés ha despertado últimamente dentro de la obstetricia. Las comunicaciones sobre el embarazo y parto gemelar son numerosas y reflejan el interés multidisciplinario que existe en el estudio de este fenómeno biológico, tanto por sus frecuentes complicaciones obstétricas, (amenaza de parto prematuro, aumento de incidencia de cesárea, mortalidad perinatal y materna y prematuridad elevadas). El embarazo gemelar es 7 veces mayor para presentar parto pretermino , según hallado por Kurdi en el Hospital de la Fuerza Armada de Arabia Saudita en el 2004 y Arango (2008) en Colombia (23).
- **Malformaciones congénitas:** Entre el 5 y 6% de los recién nacidos presentan algún tipo de defecto congénito; ello quiere decir que nacen alrededor de 20.000 a 25.000 niños al año con anomalías o malformaciones diversas. Estos defectos congénitos constituyen la primera causa de mortalidad perinatal (35%), y una de las primeras razones de infertilidad y prematurez.
- **Retardo de crecimiento intrauterino:** El retraso de crecimiento intrauterino (RCIU) se define como la situación que provoca un peso neonatal por debajo del percentil 10 para la edad gestacional. Son fetos que no desarrollan su potencial de crecimiento, por causas genéticas o por factores ambientales.

Los recién nacidos con RCIU patológico tienen un mayor riesgo de morbilidad perinatal, así como posibles repercusiones neonatales, en la infancia y en la vida adulta (hipertensión arterial, coronariopatías etc...). Por tanto, es muy importante hacer un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

- **Desprendimiento prematuro de placenta (DPP):** Su presentación más frecuente se sitúa en el tercer trimestre de gestación aunque se puede presentar desde el comienzo de la viabilidad fetal, es decir, desde la semana 24, en incluso antes. El DPPNI es una de las causas más frecuentes de hemorragias del tercer trimestre. Presenta una mortalidad perinatal elevada, aproximadamente el 25% debido fundamentalmente a la anoxia fetal, la hemorragia fetal y la prematuridad.
- **Placenta Previa (PP):** 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 morbilidad materno fetal.
- **Oligoamnios, polihidramnios:** El oligoamnios, definido como el volumen de líquido amniótico por debajo de la media en 2 DS 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.

Polihidramnios definido como la cantidad de líquido amniótico superior a 2.000 ml, aunque puede no llegar a ser significativo clínicamente hasta alcanzar un volumen de 3.000-4.000 ml. Según el índice de Phelan, definimos polihidramnios con un índice de líquido amniótico > 24 cm. Es un marcador útil para identificar fetos con riesgo de malformaciones congénitas, siendo el corte de 24-25 cm más sensible que el de 18cm. La tasa de cesáreas puede aumentar en los casos de polihidramnios a término, probablemente por la asociación con macrosomía (11).

2.2.2. 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.

2.2.3. 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.

2.3. Definición de términos básicos

- **Factores Predisponentes:** son justamente aquellos que te predisponen, que te ponen en frente a una posible causa de enfermedad.
- **Gestante:** Que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto.
- **Parto:** Es el conjunto de fenómenos fisiológicos que terminan y acompañan la expulsión del feto viable (u óbito) y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a atreves del canal del parto.
- **Parto pretermino:** Es cuando el parto ocurre entre las 22 semanas y 36 semanas completas, con un niño con peso de 500 a 2,500 grs.
- **Atención prenatal:** Conjunto de acciones y procedimientos sistémicos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que puedan ocasionar morbimortalidad materna y perinatal.
- **Anormalidades congénitas uterinas:** Una malformación uterina es el resultado de un desarrollo anormal de los conductos mullerianos durante la embriogénesis. Los síntomas van desde una amenorrea,

infertilidad, pérdida recurrente de embarazos y dolor hasta un funcionamiento normal dependiendo de la naturaleza del defecto.

- **Preeclampsia:** Trastorno de la gestación que se presenta después de las 22 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial, asociada a proteinuria. Esta puede ser leve con un presión arterial de $< 160/ 110$ mm Hg con ausencia de daño de órgano blanco, o severa con una presión arterial de $> 160/ 110$ mm Hg con evidencia de daño de órgano blanco.
- **Eclampsia:** Complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones.
- **Ruptura prematura de membranas:** Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación.
- **Corioamnionitis:** La Corioamnionitis es una infección que afecta las membranas que rodean al feto. Estas membranas se llaman corion y amnios. También es una infección del líquido amniótico, el líquido que rodea y protege el feto.
- **Desprendimiento prematuro de placenta:** Es la separación parcial o total, de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento.

- **Placenta Previa:** Se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Se clasifica en: Oclusiva; no permite el parto vaginal; y no oclusiva; permite el intento de parto vaginal.
- **Enfermedades de transmisión sexual (ETS):** Son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o el parto, desde la madre al hijo.
- **Infección del tracto urinario (ITU):** La infección urinaria, infección de orina, o infección del tracto urinario (ITU), es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. Los síntomas que acompañan a una infección de orina son los que componen el síndrome miccional, teniendo en cuenta que las infecciones de orina también pueden ser asintomáticas.
- **Retardo de crecimiento intrauterino:** La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o crecimiento intrauterino retardado (CIUR), es un término médico que describe el retraso del crecimiento del feto,

haciendo que su peso esté por debajo del percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional.¹Puede ser causa de malnutrición materna y fetal, intoxicación con nocivos genéticos, tóxicos o infecciosas o por cualquier factor que cause supresión del desarrollo del feto.

- **Óbito Fetal:** Se define como la **muerte fetal** "in útero" durante la gestación, a partir de las 22 semanas y hasta el momento del parto.

CAPITULO III

HIPOTESIS

3.1. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

HI: Las infecciones del tracto urinario, ruptura prematura de membrana y la Vaginosis bacteriana son los factores predisponentes de Parto pretermino en gestantes, HOSPITAL AMAZONICO - UCAYALI - 2014.

H0: Las infecciones del tracto urinario, ruptura prematura de membrana y la Vaginosis bacteriana no son factores predisponentes de Parto pretermino en gestantes, HOSPITAL AMAZONICO - UCAYALI - 2014.

3.2. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- ❖ Factores predisponentes del parto pretermino

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
		1) Edad Menores de 14 y mayores de 35 años.

	<p>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</p>	<p>2) Grado de instrucción Menor o igual a primaria incompleta.</p> <p>3) Procedencia Yarinacocha. Callería. Manantay. Otros.</p> <p>4) Estado civil Casada. Soltera. Conviviente. Viuda.</p> <p>5) Ocupación Ama de casa. Estudiante. Trabajo independiente. Trabajo dependiente. Otros.</p>
<p>FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO</p>	<p>ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS</p>	<p>a) Si Antecedentes de partos previos es > de 5.</p> <p>b) Si hubo Antecedentes de parto pretermino.</p> <p>c) Si presento Antecedentes de ITS.</p>
		<p>1) Control Prenatal.</p>

	<p>ANTECEDENTES DE RIESGO MATERNO</p>	<p>Menor de 6 controles prenatales.</p> <p>2) Infecciones frecuentes.</p> <p>a) Infecciones del tracto urinario. b) Pielonefritis. c) Corioamnionitis. d) Ninguno.</p> <p>3) Si es multípara.</p> <p>4) Si las Membranas están rotas.</p> <p>5) Ubicación placentaria.</p> <p>a) Placenta de inserción baja. b) Placenta previa total. c) Placenta previa total d) Desprendimiento prematuro de placenta.</p> <p>6) Líquido amniótico.</p> <p>a) Oligoamnios leve. b) Oligoamnios moderado. c) Oligoamnios Severo. d) Polihidramnios.</p> <p>7) Hemoglobina</p> <p>a) Anemia leve.</p>
--	--	---

		<p>b) Anemia moderada. c) Anemia severa.</p> <p>8) Si hubo Hospitalización por parto pretermino.</p> <p>9) Si presento alguna Enfermedades Hipertensivas.</p> <p>a) Pre eclampsia leve. b) Pre eclampsia severa. c) Eclampsia. d) Hipertensión crónica.</p> <p>10) Si hay Consumo de sustancias toxicas.</p>
	<p>FACTORES RIESGO FETALES</p>	<p>1) Sino presento Isoinmunizacion.</p> <p>2) Si presento Muerte intra útero.</p>

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital AMAZONICO de Nivel II – 2, en el Departamento de Ucayali, Provincia Coronel Portillo y Distrito de Yarinacocha, en el jirón Aguaytía N° 605.

4.2. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACION

4.2.1. NIVEL DE INVESTIGACION

Según Arias, el nivel de investigación que se utilizó es el “descriptivo”, el cual permite describir las situaciones, los fenómenos o los eventos que nos interesan, midiéndolos, y evidenciando sus características.

4.2.2. TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de estudio en la presente investigación se ha determinado por sus características de exhaustivo y excluyente, y el Nivel de estudio por la definición de su línea de investigación en salud es:

- **Descriptivo:** porque describe fenómenos sociales y clínicos en un circunstancia temporal y geográfica determinada.
- **No experimental:** porque no se manipulan las variables.

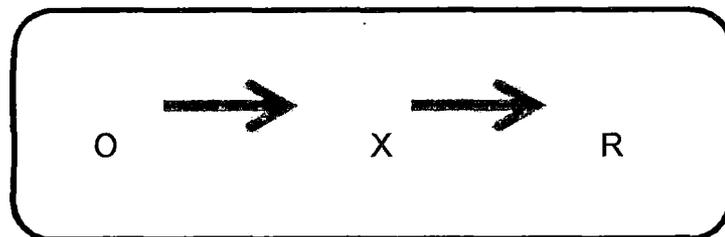
- **Retrospectivo:** son aquellos en el que el investigador indaga sobre hechos ocurridos en el pasado.
- **Transversal:** cuando se estudia las variables simultaneas en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

4.3. Diseño y esquema de la investigación

4.3.1. Diseño de la investigación

Diseño descriptiva simple.

4.3.2. Esquema



O: Recolección de datos.

X: Análisis de datos.

R: Resultado.

4.4. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

4.4.1. POBLACION

Gestantes hospitalizadas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital AMAZONICO, haciendo un total de 885.

4.4.2. MUESTRA

Se aplicó la formula muestral sin desviación estándar:

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

Dónde:

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza.

N = Población.

P = Probabilidad de éxito.

Q = Probabilidad de no éxito.

E = Error muestral máximo.

Resultando un total de 268 gestantes a tomar de la población de estudio. Al Momento de tomar la muestra se procedió a aplicar la técnica de muestro aleatorio simple, cada 4 historias clínicas de 885.

4.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la validación de la hipótesis:

VALIDACION INDIRECTA: aplicada a la variable independiente por ser teórico, ya que también requerirá de contrastación y confirmación de si hay o no recuperación en su aplicación.

4.5.1. Para la recopilación de los datos las técnicas a usarse serán las siguientes:

- **ANÁLISIS DOCUMENTAL:** por medio de esta técnica se hará un estudio de las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico parto pretermino.

4.5.2. En concordancia con las técnicas mencionadas los instrumentos que se usaron son:

- **FICHA DE RECOLECCION DE DATOS EN EL ANALISIS DOCUMENTAL:** donde se utilizó las historias clínicas de los pacientes en estudio.

4.6. Técnica de procesamiento y presentación de datos:

Los datos obtenidos se procesaron haciendo uso de las técnicas básicas de la estadística, mediante programas como: MICROSOFT, WORD 2010 Y MICROSOFT EN EXEL 2010, y el SPSS versión 21,

siendo la presentación de los datos por medio del sistema de tablas y cuadros. Para analizar datos ya tabulados se hizo uso de cuadros estadísticos y gráficos destacando así los frecuentes que dan respuesta al problema planteado.

La información se obtuvo del departamento de estadística del Hospital AMAZONICO, a través de las historias clínicas, para lo cual se contó con un registro de recolección de datos.

4.7. Aspecto Ético:

Para llevar a cabo la correcta aplicación de los instrumentos para la recolección de datos de cada historia clínica que forman parte de la muestra de estudio se realizó la solicitud respectiva a la Dirección Ejecutiva y Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Amazónico con la finalidad de obtener la autorización correspondiente en cumpliendo de esta manera con lo estipulado por las normas de investigación.

CAPITULO V

5.1. RESULTADOS

TABLA 01: GRADO INSTRUCCION

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
ILETRADA	6	2,2
PRIMARIA COMPLETA	16	6,0
PRIMARIA INCOMPLETA	36	13,4
SECUNDARIA COMPLETA	72	26,9
SECUNDARIA INCOMPLETA	106	39,6
SUP. UNIVERSITARIO	21	7,8
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	11	4,1
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

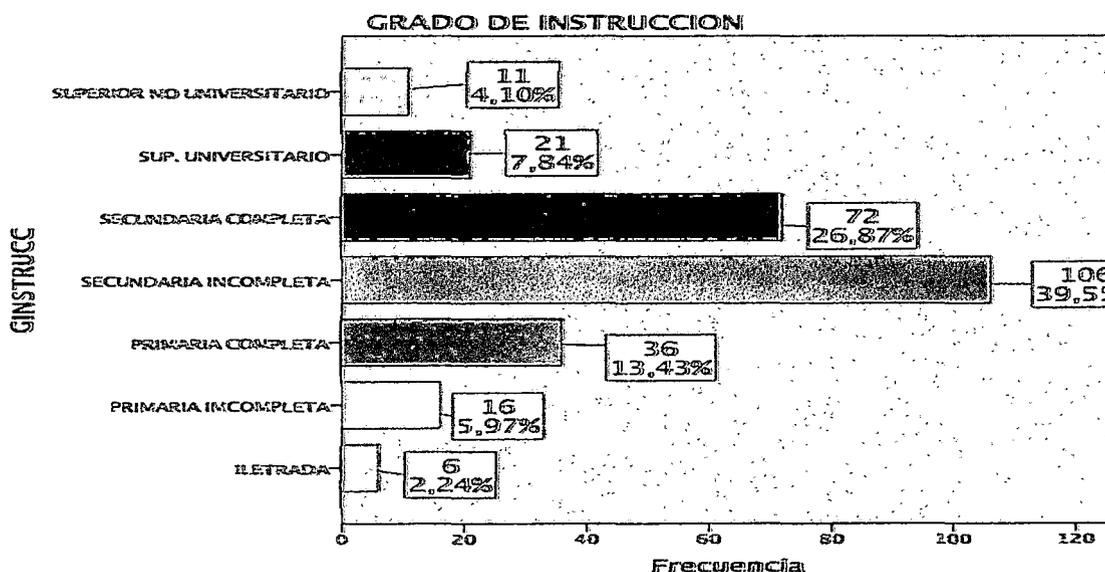


Grafico N° 01: En el cuadro y el grafico se aprecia que el 39,55% de los casos estudiados tienen secundaria incompleta. Las gestantes con secundaria completa ocuparon un segundo lugar en frecuencia con 26,9% y las iletradas fueron los menos frecuente con solo 2,24% (6).

TABLA 02: EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<15	8	3,0
15 – 17	41	15,3
18 – 34	179	66,8
>35	40	14,9
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

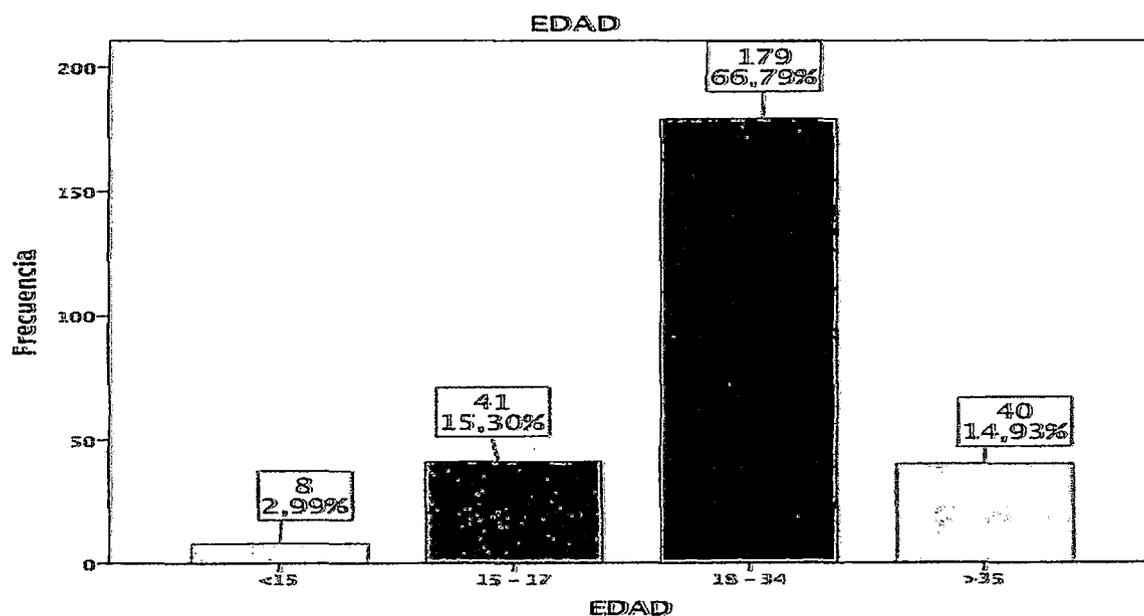


Gráfico N° 02: Se aprecia que las gestantes entre edades de 18 a 34 años son los más frecuentes con unos 66,79% del total estudiados. Las gestantes entre edades de 15 a 17 años (15,30%: 41 gestantes) y mayor de 35 años (14,93%: 40 gestantes) tienen casi la misma frecuencia. Siendo las pacientes menores de 15 años con menos frecuencia de partos pre término (8 pacientes), sin embargo se considera significativo para este grupo.

TABLA 03: PROCEDENCIA

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
YARINACOCHA	131	48,9
CALLERIA	48	17,9
MANANTAY	13	4,9
HUANUCO	13	4,9
CERRO DE PASCO	6	2,2
LORETO	2	,7
OTROS	55	20,5
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

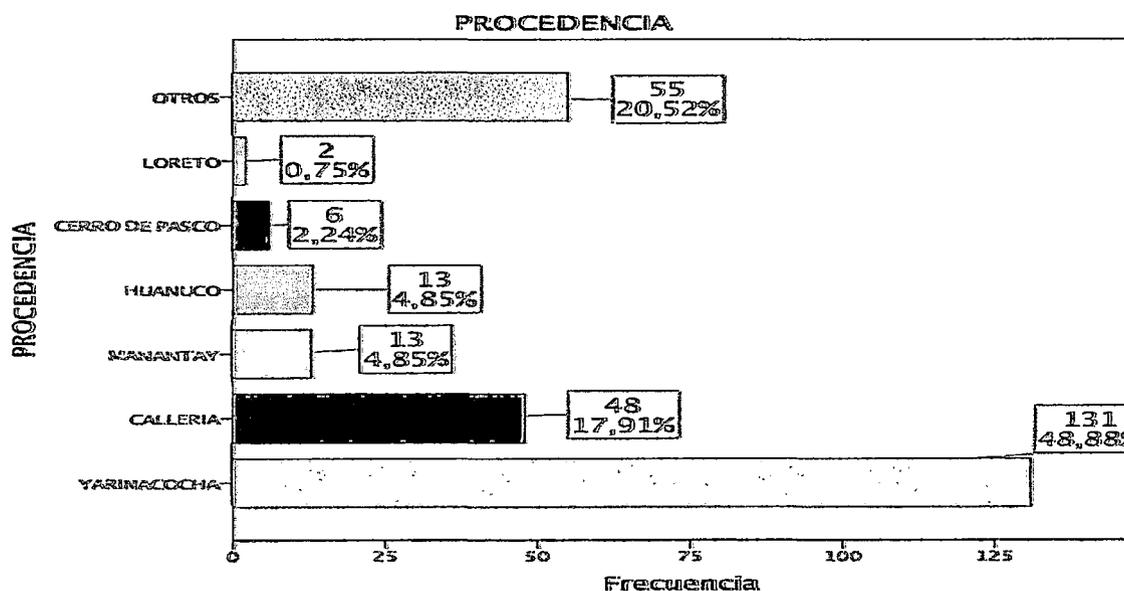


Grafico N° 03: Se aprecia que el 48,88% de las gestantes, vivieron en el distrito de Yarinacocha y las gestantes que vivieron en otros lugares como Calleria (17,91%), Manantay (4,85%), Huánuco (4,85%), Cerro de Pasco (2,24%) Loreto (0,75%), se obtuvieron los resultados en porcentaje bajo según frecuencias con 20,52% del total de casos.

TABLA 04: ESTADO CIVIL

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERA	38	14,2
CASADA	26	9,7
CONVIVIENTE	204	76,1
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

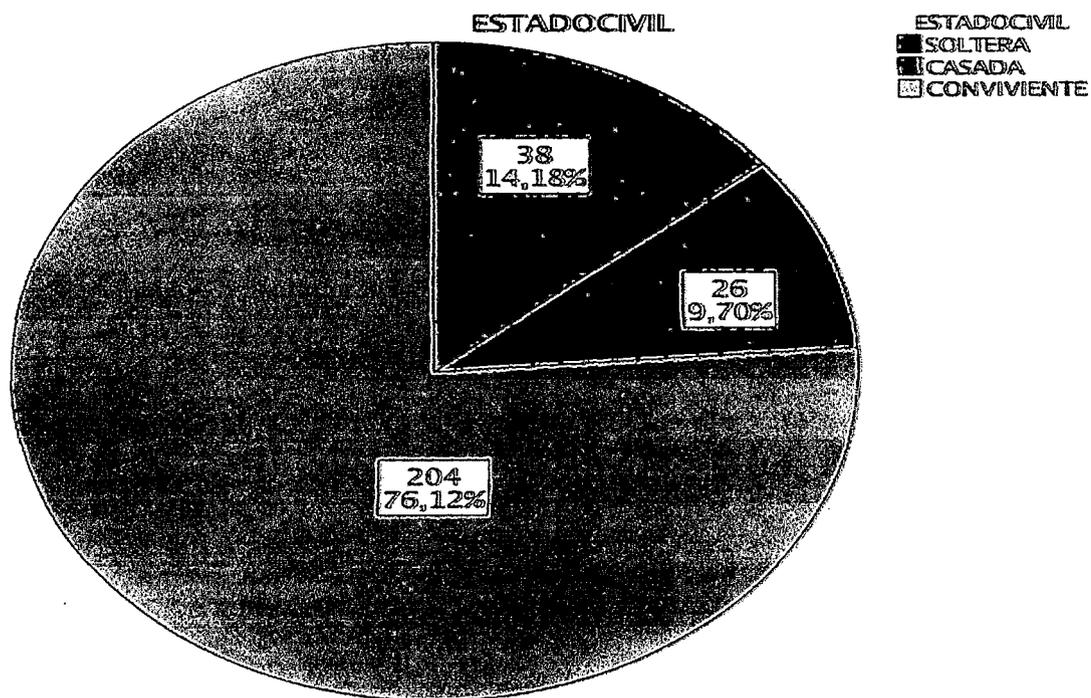


Gráfico N° 04: Se aprecia que el 76,12% de las pacientes son convivientes, ocupando el primer lugar en frecuencias y solo el 9,70% de las gestantes son casadas.

TABLA 05: OCUPACION

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	222	82,8
ESTUDIANTE	20	7,5
DEPENDIETE	13	4,9
INDEPENDIENTE	13	4,9
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

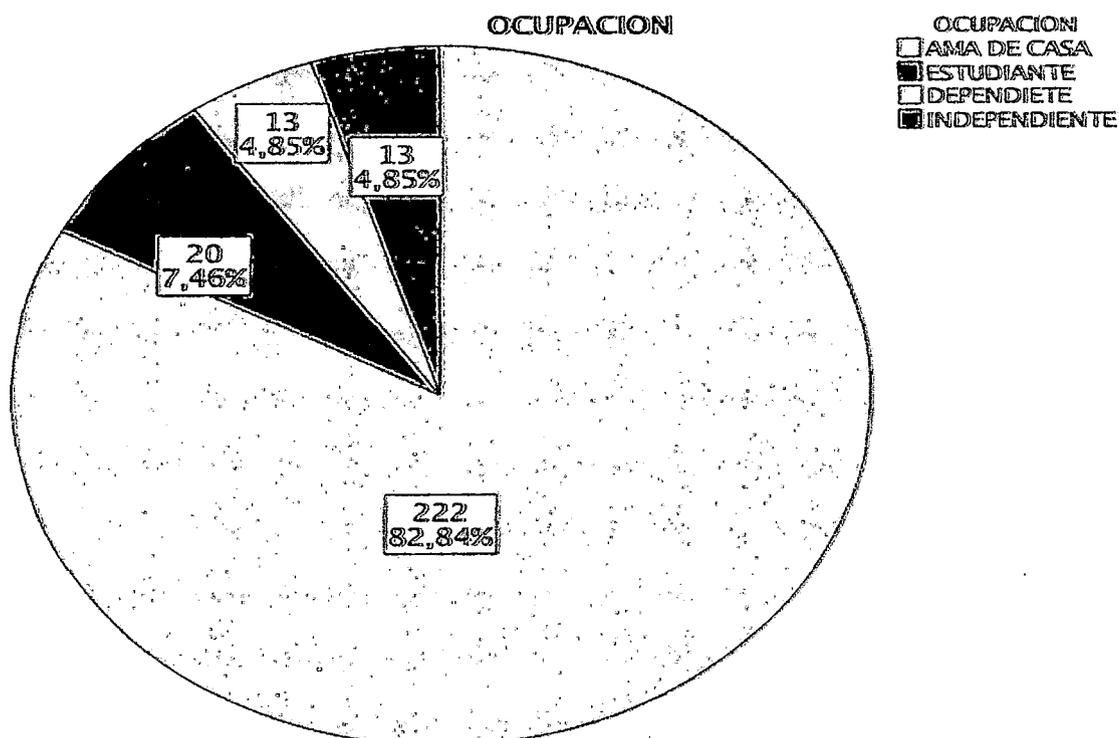


Grafico N° 05: Sobre la ocupación de las gestantes: el 82,84% son ama de casa, el 7,46% fueron estudiantes, ocupa el segundo lugar, las que fueron dependiente e independientes tuvieron 4.85% en ambos casos.

TABLA 06: ANTECEDENTES DE PARTOS PREVIOS

Antecedentes de partos previos	Frecuencia	Porcentaje
0	106	39,6
1 – 2	111	41,4
3 – 4	30	11,2
4 – 5	21	7,8
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos.

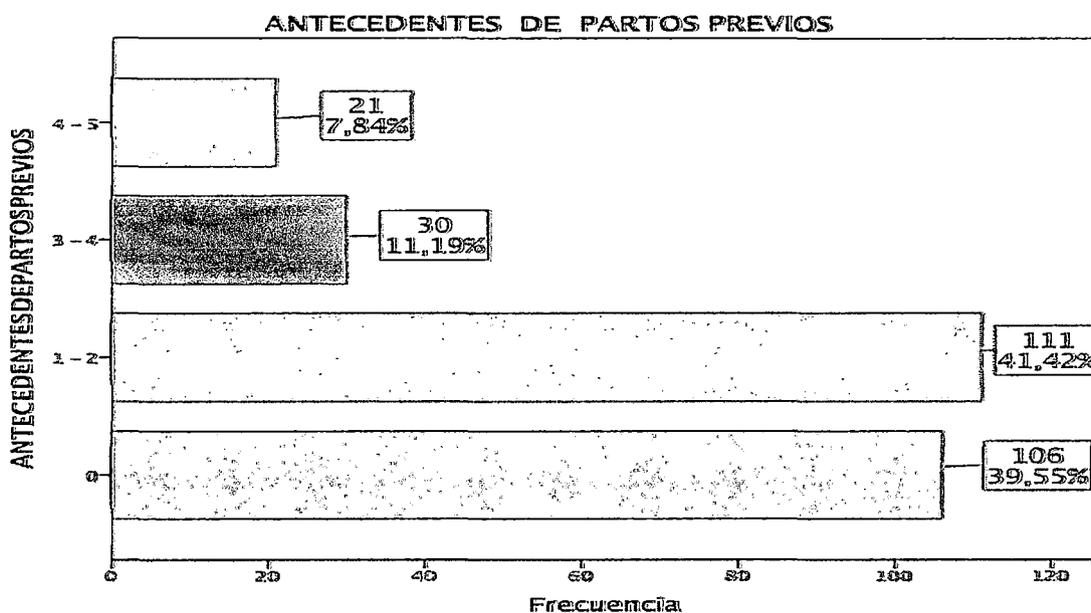


Grafico N° 06: En el grafico se aprecia que las gestantes con partos previos de 1 a 2 partos, fueron la que ocuparon el primer lugar en frecuencia con 41,42%, las gestantes que no tuvieron partos previos ocupan el segundo lugar en frecuencia con un 39,55% de los casos. Las gestantes con 3 - 4 hijos hacen un porcentaje de 11%. Y como último tenemos a las gestantes que tienen más de 5 hijos haciendo un total de 21 gestantes (7,84%).

TABLA 07: ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO

Antecedentes de parto pre término	Frecuencia	Porcentaje
0	232	86,6
1 – 2	36	13,4
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

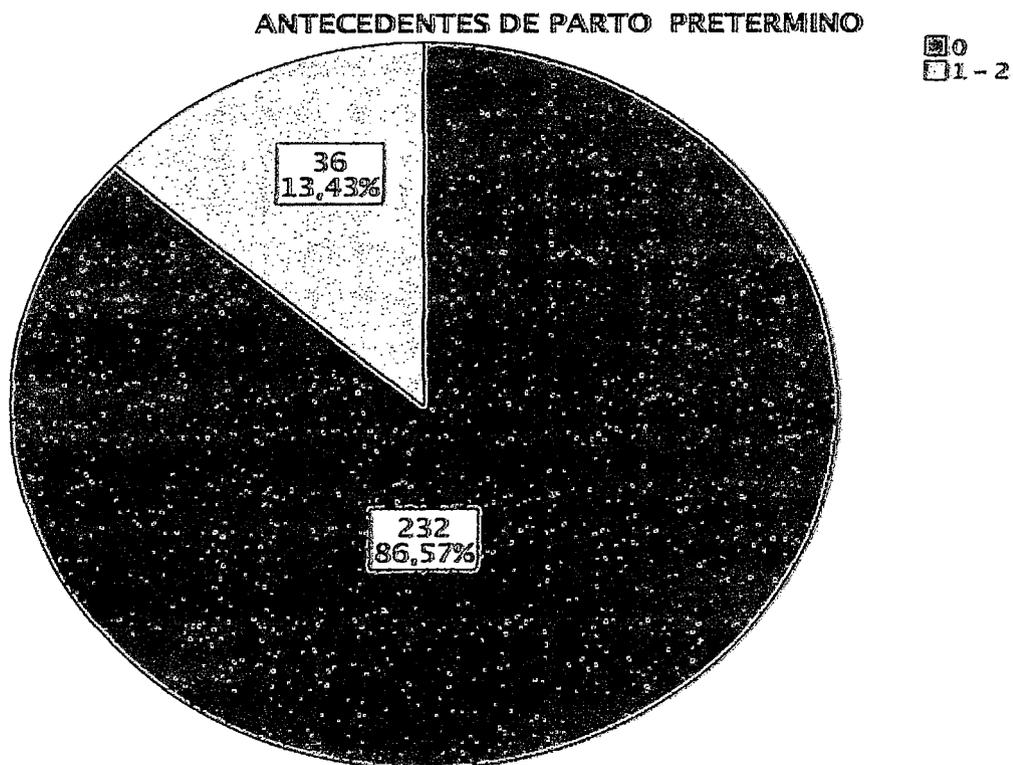


Grafico N° 07: Las gestantes con antecedente de parto pretermino hacen un porcentaje de 13,43% (36 gestantes) de los cuales el 86,57% (232 gestantes) no tuvieron antecedentes de partos preterminos.

TABLA 08: ANTECEDENTES DE ITS

Antecedentes de Infección de transmisión Sexual	Frecuencia	Porcentaje
SIFILIS	5	1,9
VAGINOSIS BACTERIANA	26	9,7
CONDILOMATOSIS	5	1,9
VIH	2	,7
OTROS	6	2,2
N.A	224	83,6
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

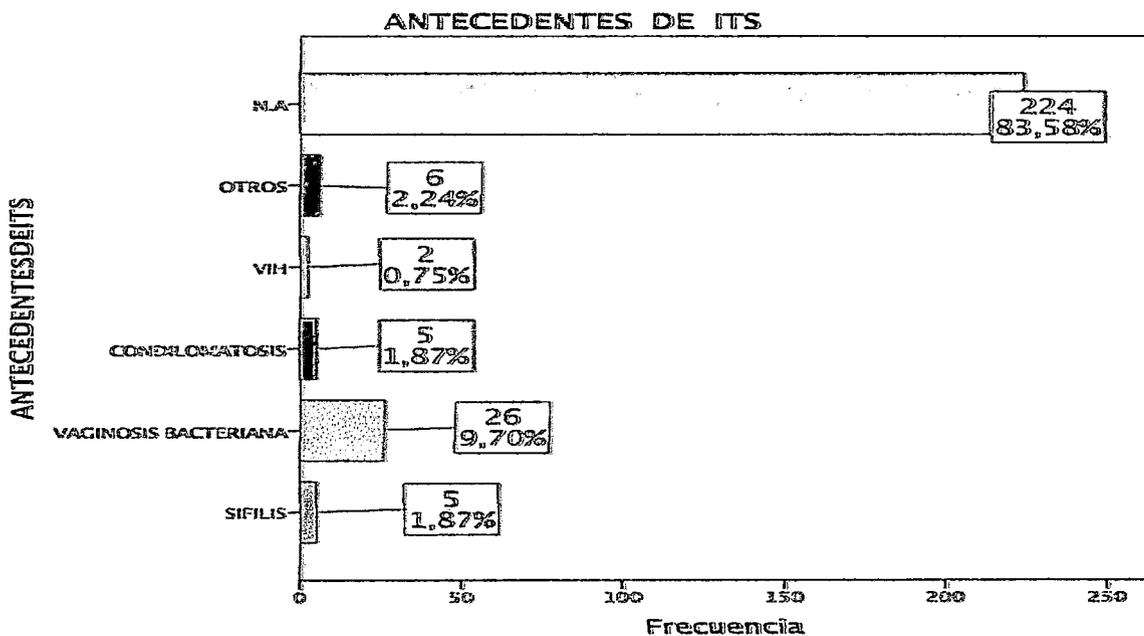


Gráfico N° 08: Las gestantes que no tuvieron antecedentes de infección de transmisión sexual, fueron 83,58%, ocupando el primer lugar en frecuencia; la Vaginosis bacteriana solo hacen un porcentaje de 9,70% ocupando el segundo lugar; la sífilis y la condilomatosis ocupan en tercer lugar como antecedente de parto pretermino ambos con 1,87%.

TABLA 09: NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

Nº de controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
0	34	12,7
1 – 2	57	21,3
3 – 4	73	27,2
5 – 6	69	25,7
> 6	35	13,1
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

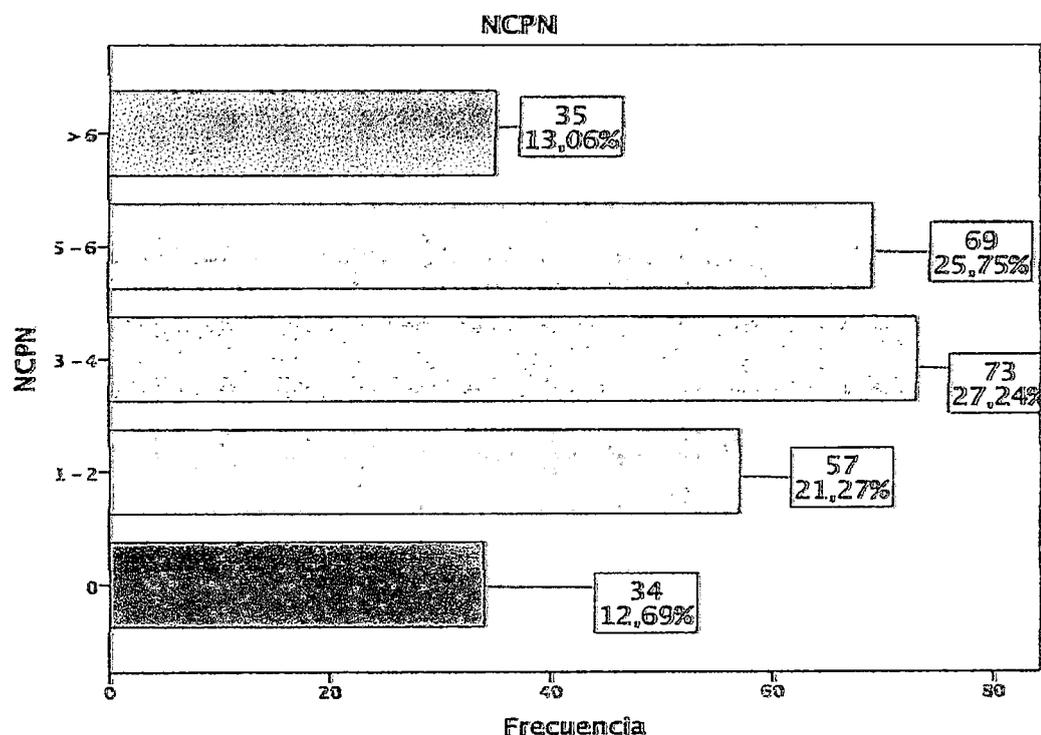


Grafico N° 09: Las gestantes que tuvieron más de 6 controles prenatales solo fueron el 13 % del total de estudio; gestantes con 3 – 4 controles prenatales 27,24%; y de 5 – 6 con 25,75% de los casos. Así también 12,69% de los casos que no se hicieron ningún control prenatal, en este caso es significativo, ya que todas las gestantes deben ser captadas en su oportunidad.

TABLA 10: TIPOS DE INFECCIONES

Tipos de Infecciones	Frecuencia	Porcentaje
ITU	149	55,6
PIELONEFRITIS	1	,4
CORIOANIOMNITIS	1	,4
N.A	117	43,7
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos.

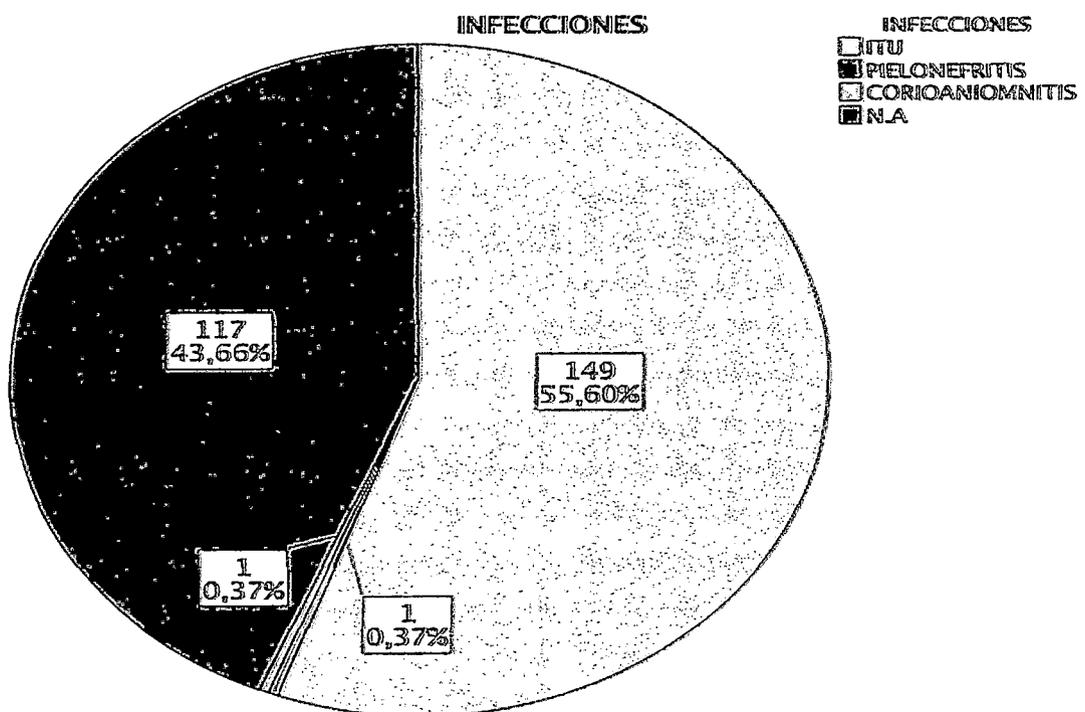


Gráfico N° 10: Del total de las gestantes estudiadas, El 55,60% presentaron infecciones del tracto urinario, en segundo lugar se encuentra las gestantes que no presentaron ningún tipo de infección, con 43,66% de los casos, solo un 0,37% presentaron pielonefritis y Corioamnionitis, en ambos casos.

TABLA 11: EMBARAZO MULTIPLE

Embarazo múltiple	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	5,6
NO	253	94,4
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

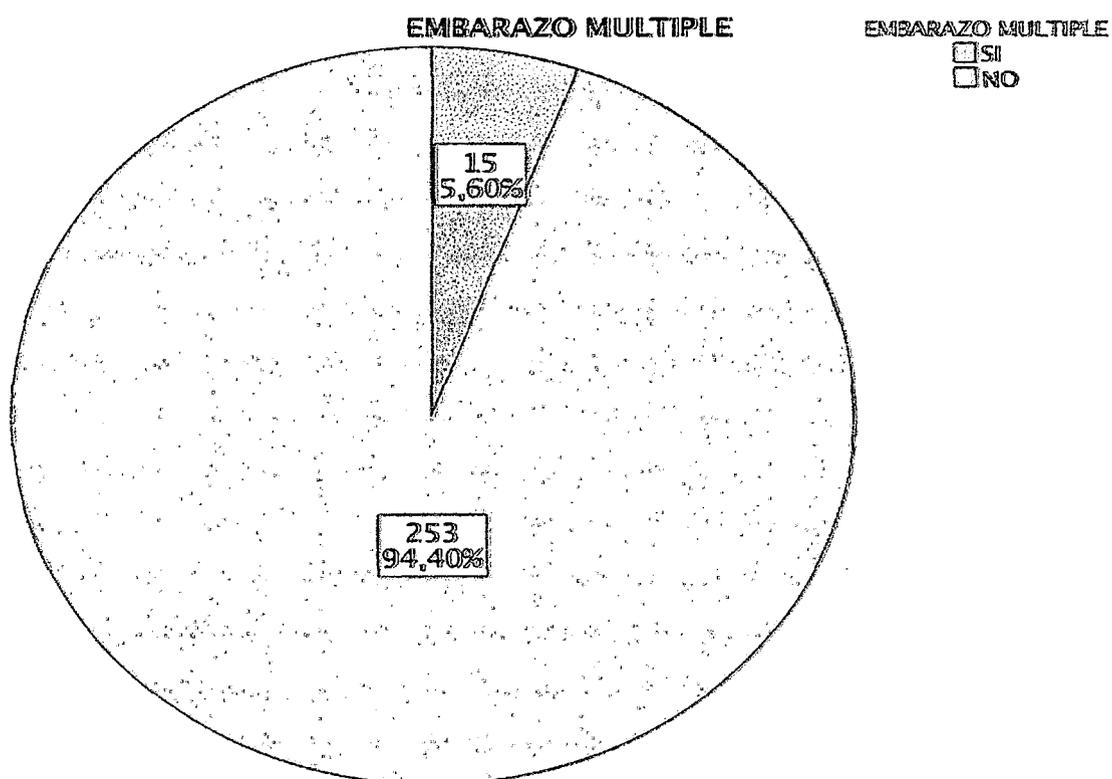


Grafico N° 11: Sobre el embarazo múltiple, el 94,40% no tuvieron antecedentes previos; el 5,60% gestantes si lo tuvo antecedentes de embarazos múltiples.

TABLA 12: RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS (RPM)

Ruptura prematura de membranas	Frecuencia	Porcentaje
< 6 RPM	31	11,6
> 6 RPM	31	11,6
INTEGRAS	206	76,9
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

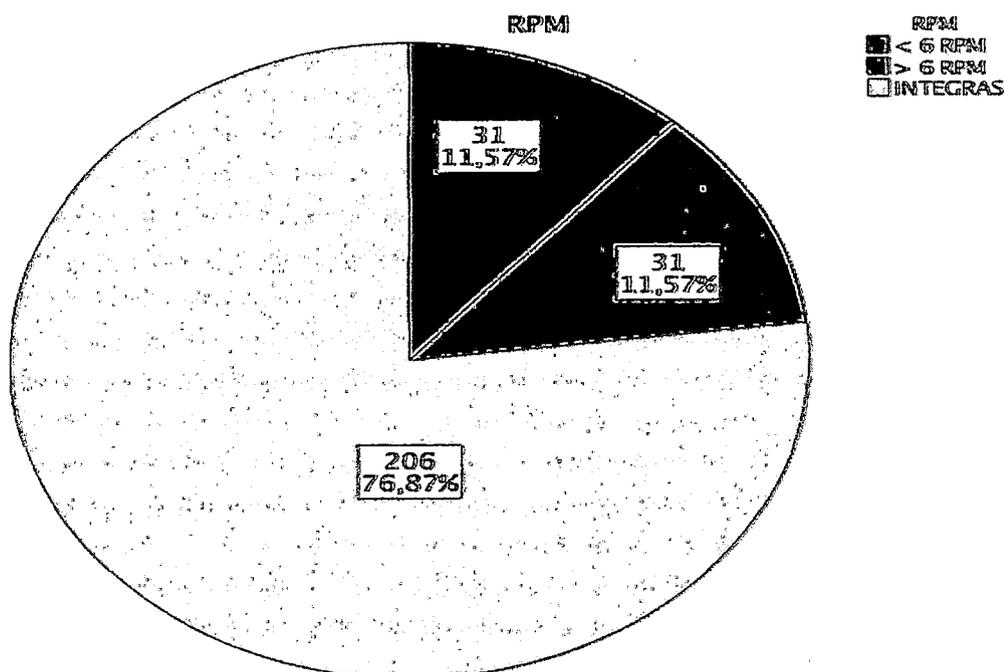


Grafico N° 12: En el 76,87% de los casos estudiados se encontraron con antecedentes de membranas integra; el 11,57% de las gestantes tenían antecedentes de ruptura prematura de membranas. Con ruptura prematura de membranas de menos de 6 horas y las de más de 6 horas, tuvieron un porcentaje de 11,57% en ambos casos.

TABLA 13: IMPLANTACION PLACENTARIA

Implantación placentaria	Frecuencia	Porcentaje
PIN	257	95,9
PIB	1	,4
PPT	7	2,6
DPP	3	1,1
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

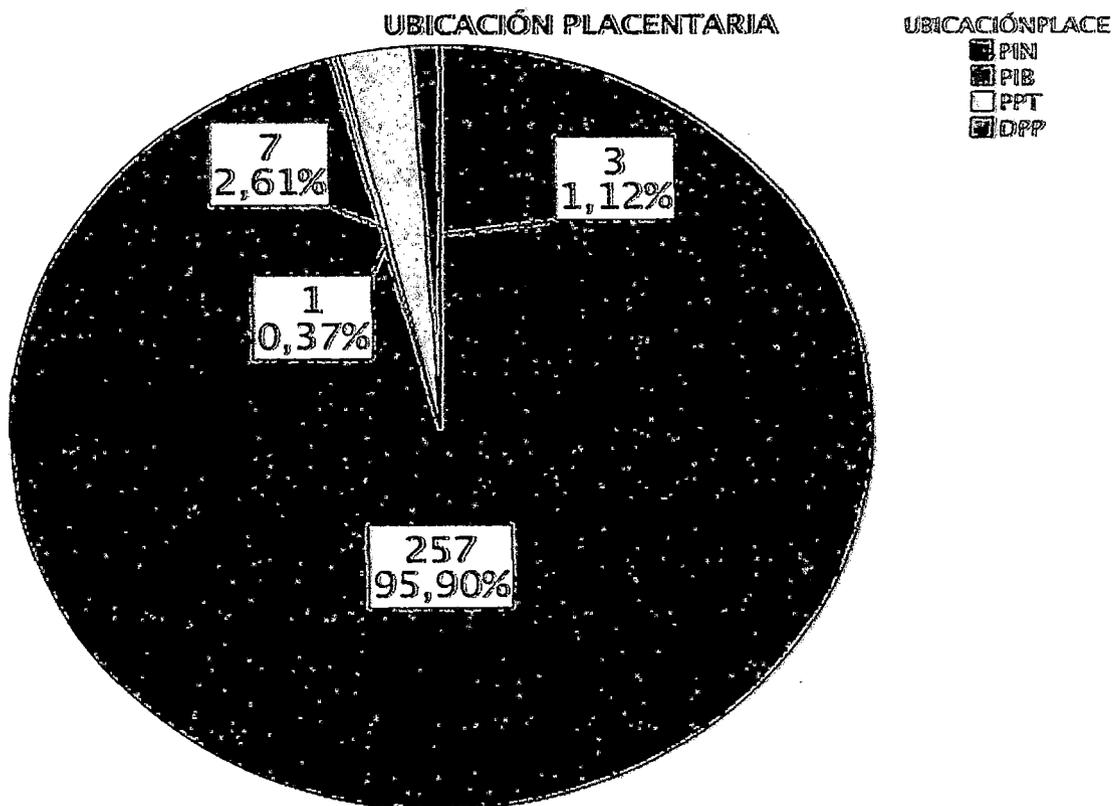


Grafico N° 13: El 95,90% presentaron Placenta de Inserción normal, el segundo lugar lo presento la Placenta Previa Total, con 2,61% de las mujeres estudiadas.

TABLA 14: LÍQUIDO AMNIOTICO

Líquido amniótico	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	235	87,7
O. LEVE	4	1,5
O. MODERADO	1	,4
O. SEVERA	22	8,2
POLIHIDRAMIOS	6	2,2
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

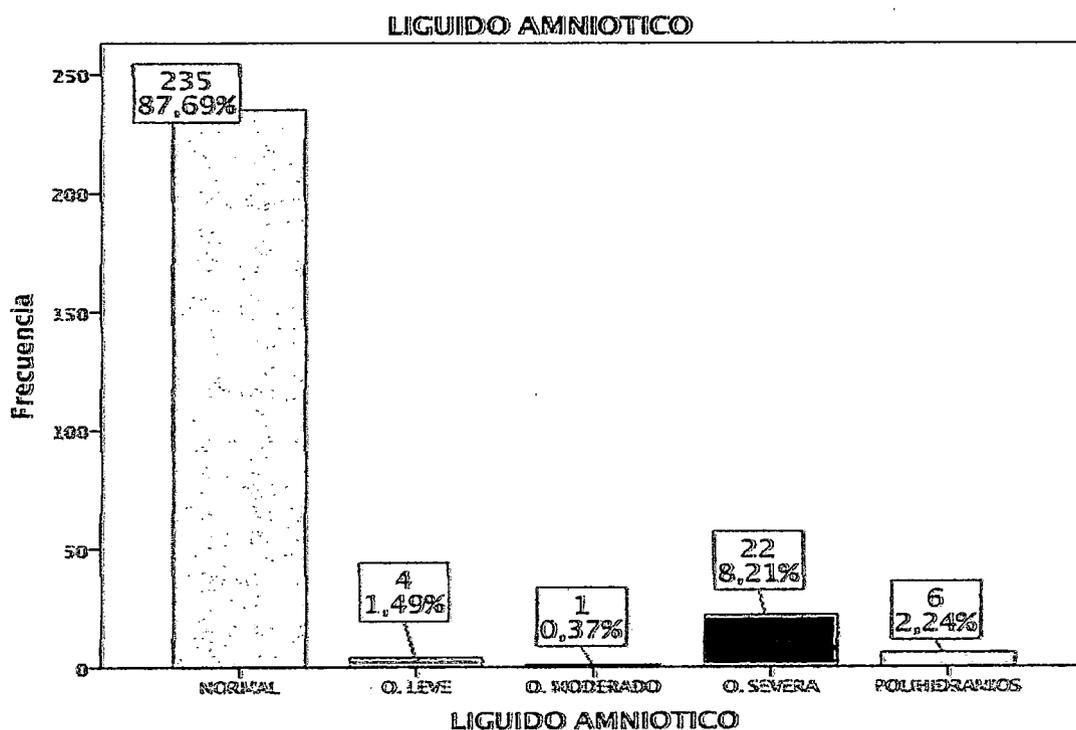


Grafico N° 14: Se aprecia que las gestantes que presentaron líquido amniótico normal fueron 87,69% de las gestantes en estudio, en segundo lugar la oligohidramnios severa, con 8,21%, sin embargo el polihidramnios, la moderada y la leve, tienen, 2,24%, 1,49% y 0,37% de los casos estudiados.

TABLA 15: HEMOGLOBINA (HB)

Hemoglobina	Frecuencia	Porcentaje
HB NORMAL	145	54,1
ANEMIA LEVE	74	27,6
ANEMIA MODERADA	46	17,2
ANEMIA SEVERA	3	1,1
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

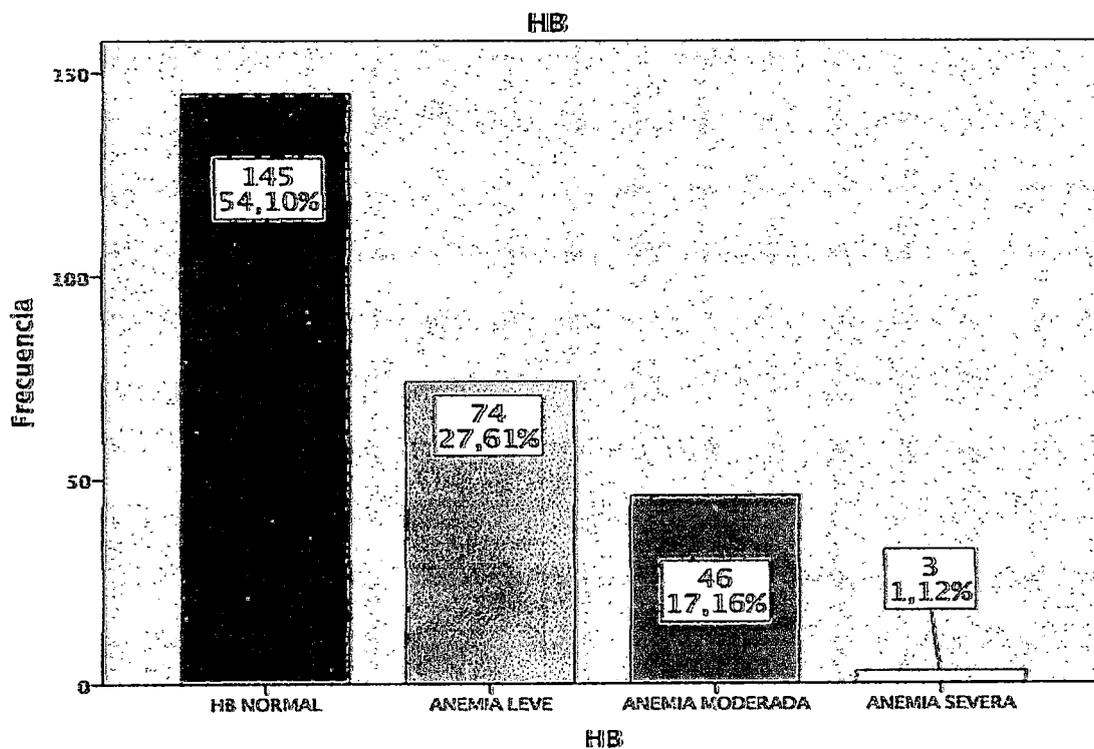


Grafico N° 15: El total de gestantes estudiados presentaron hemoglobina (HB) normal (54,10%), seguidos según el recuento de los datos con la anemia leve con (27,61%), anemia moderada (17,16%) y anemia severa (1,12%). Es decir las pacientes que más se atendieron y tuvieron parto pre término.

TABLA 16: HOSPITALIZACION POR AMENAZA DE PARTO PRETERMINO (APPT)

Hospitalización por amenaza de parto pre término	Frecuencia	Porcentaje
NO	243	90,7
SI	25	9,3
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

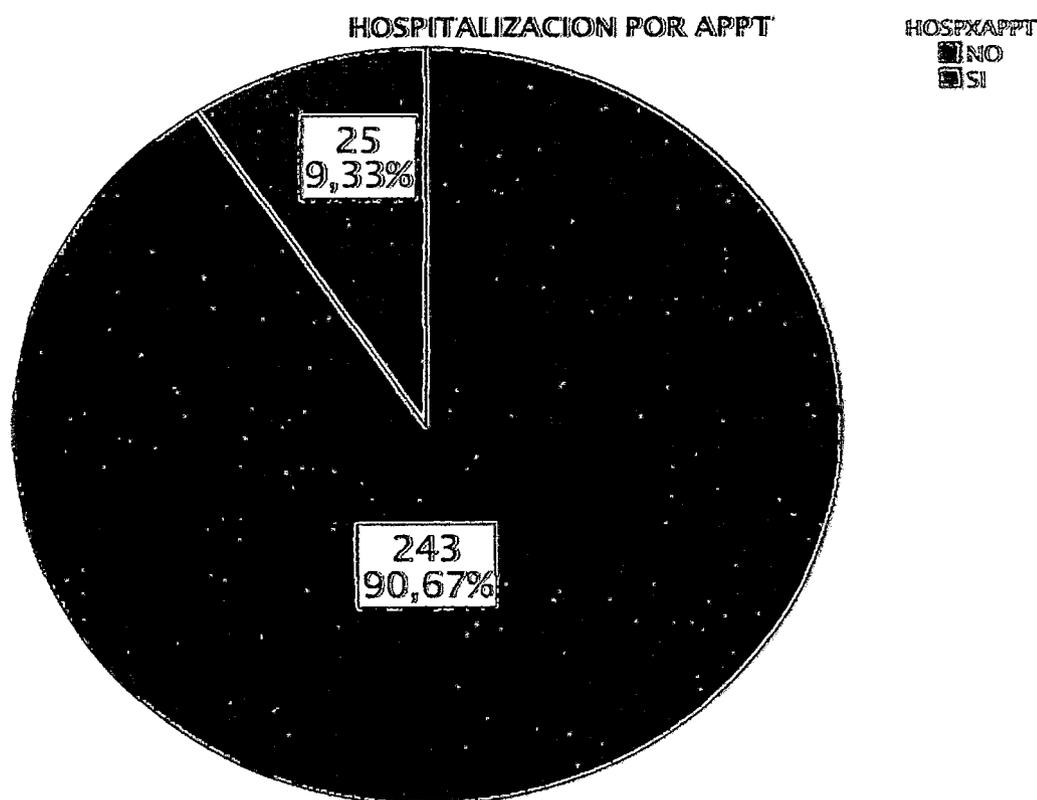


Grafico N° 16: Las gestantes que se hospitalizaron por presentar amenaza de parto pretermino solo fue el 9,3% y las pacientes que no se hospitalizaron fueron el 90,7% de los casos estudiados.

TABLA 17: TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

Trastornos hipertensivos en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
H. I. G	213	79,5
P. LEVE	5	1,9
P. SEVERA	10	3,7
ECLAMPSIA	40	14,9
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

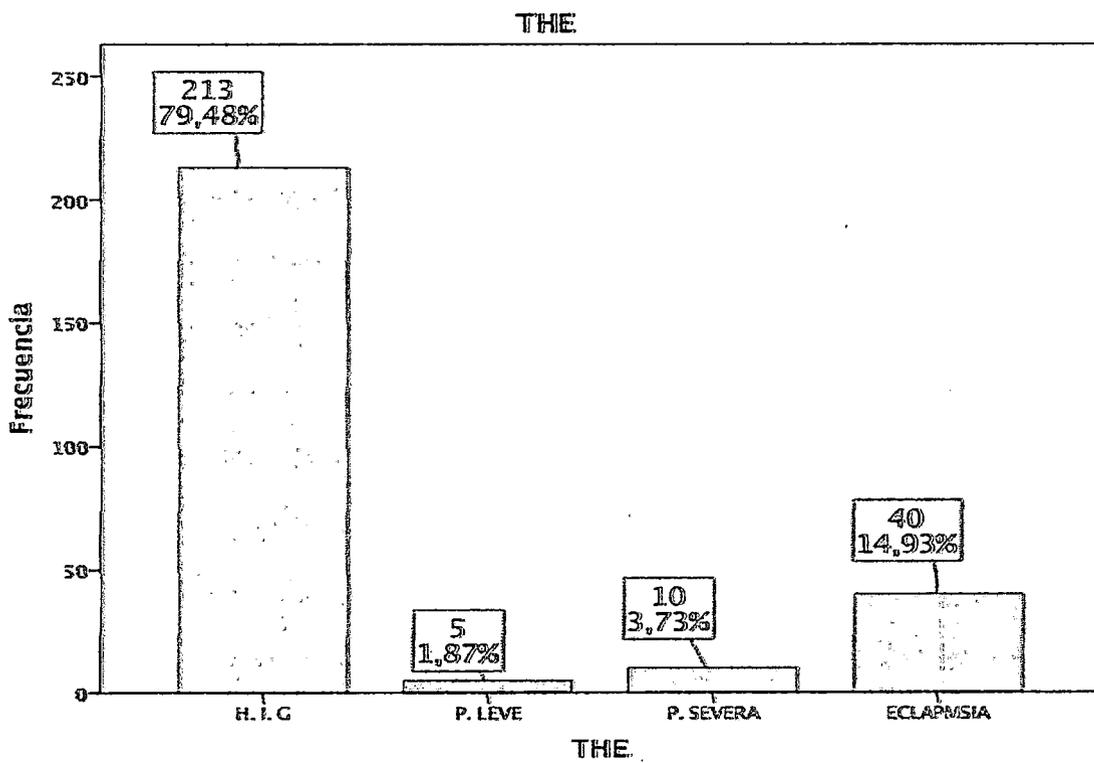


Grafico N° 17: La hipertensión gestacional, fue un total de 79,5% de las gestantes, siendo el más alto porcentaje en este rubro, acompañado de otros como: Eclampsia, Preeclampsia Severa, Preeclampsia leve, en el segundo, tercero y cuarto lugar de frecuencias.

TABLA 18: MALFORMACIONES CONGENITAS

Malformaciones congénitas	Frecuencia	Porcentaje
CON MALFORMACIONES CONGENITAS	4	1,5
SIN MALFORMACIONES CONGENITAS	264	98,5
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

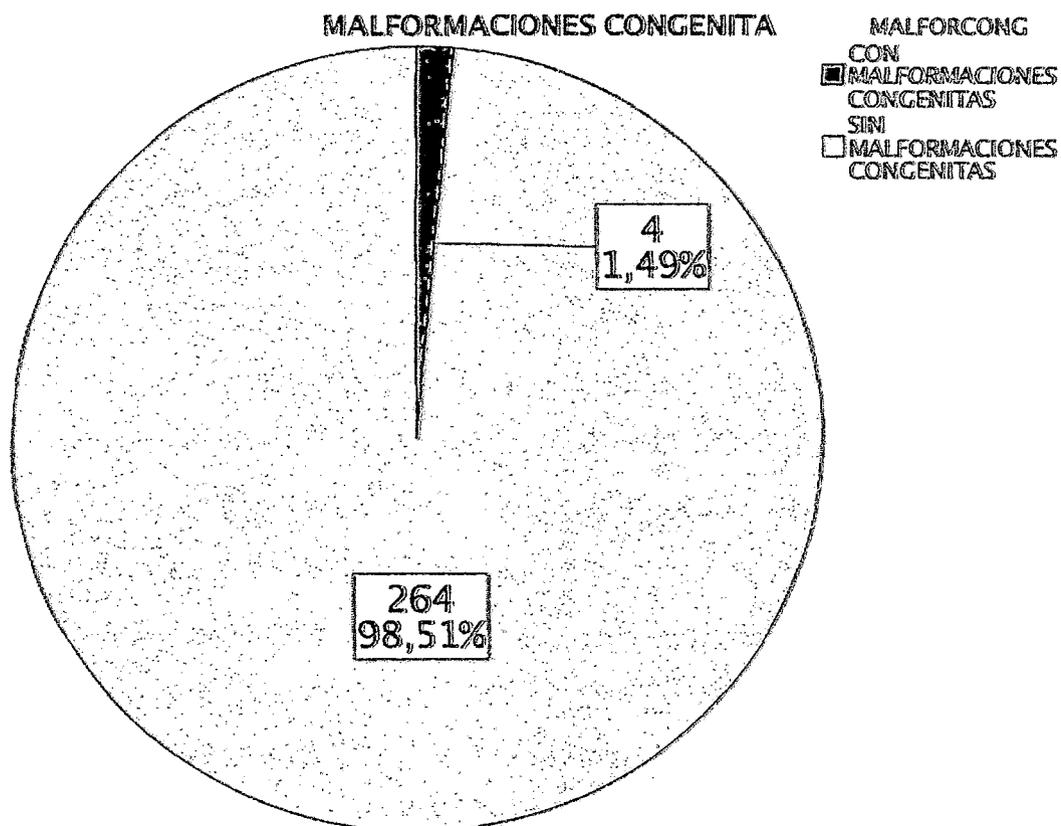


Grafico N° 18: El 98,51% de los casos no presentaron malformaciones congénitas, frente a un 1,5% (4 gestantes) de los casos estudiados presentaron malformaciones congénitas.

TABLA 19: VIA DE PARTO

Vía de parto	Frecuencia	Porcentaje
VAGINAL	171	63,8
CESAREA	97	36,2
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

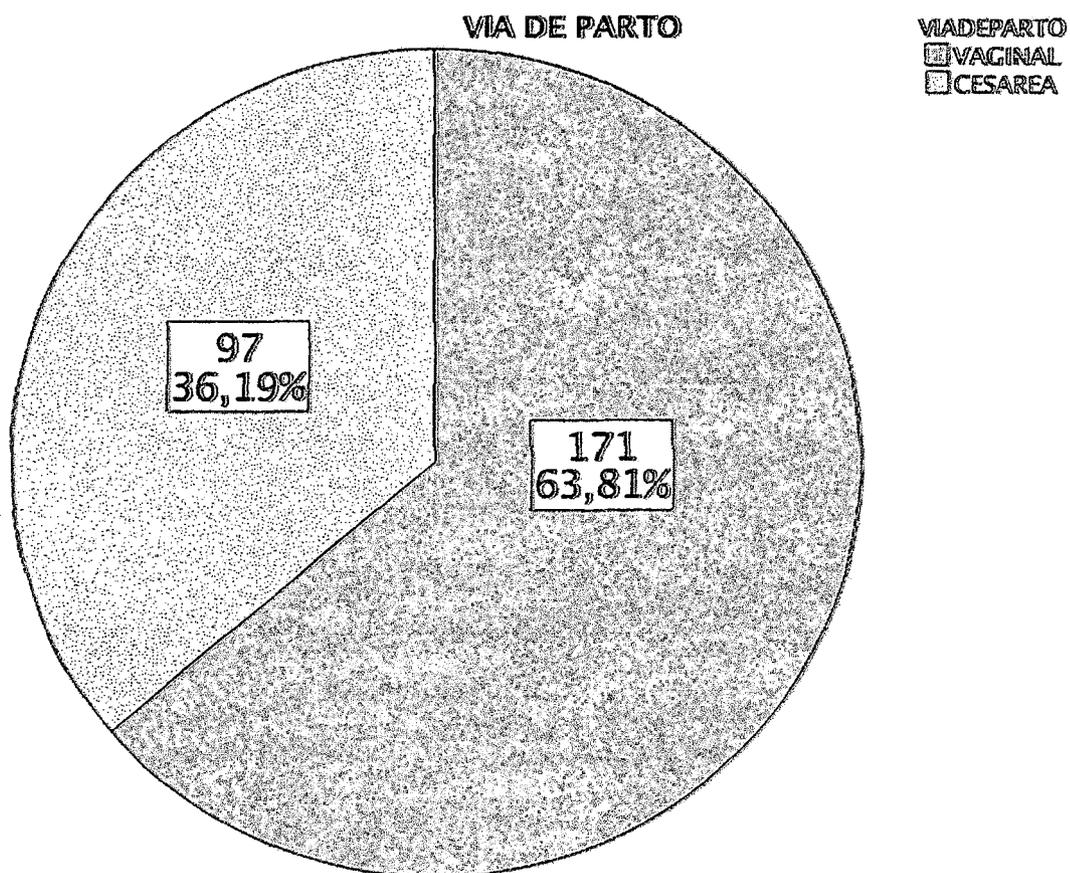


Grafico N° 19: La vía de parto más frecuente fue la vaginal con el 63% de los casos, y sólo el 36,19% de los casos que se optó por la cesárea.

TABLA 20: OBITO FETAL

Óbito fetal	Frecuencia	Porcentaje
SI	14	5,2
NO	254	94,8
Total	268	100,0

FUENTE: ficha de recolección de datos

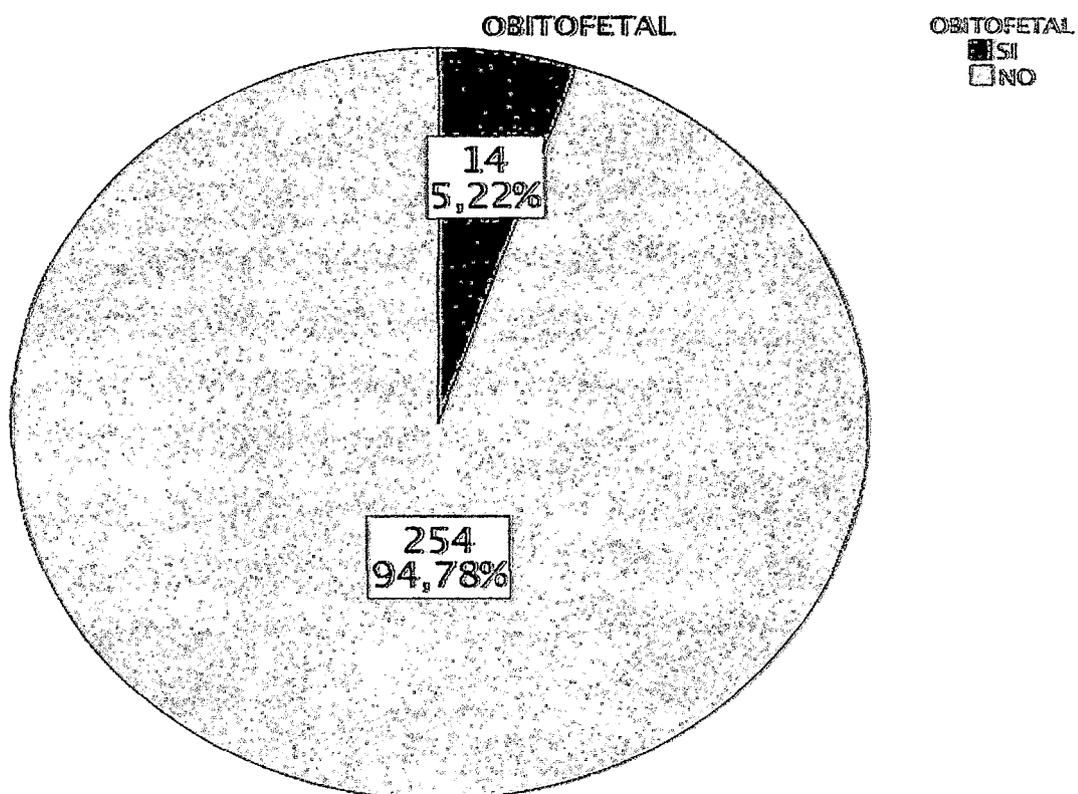


Gráfico N° 20: De todas las gestantes estudiadas 14 terminaron en óbito fetal, haciendo un total del 5,22% (14 gestantes).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de Investigación se realizó, teniendo en cuenta una población total de 885 gestantes, y tomando como muestra a 268 gestantes en base a las historias clínicas en forma intencional en el Hospital Amazónico de Ucayali; a quienes se les suministró en base a los factores predisponentes del Parto Pretermino. Obteniendo los siguientes resultados:

1. Dentro de Los factores socio demográficos, **En un estudio realizado por Pedro, ROMO LARIS**, en cuanto al grado de estudios de un total de 65 pacientes estudiados, 50 pacientes tenían entre primaria, secundaria o sin escolaridad. Respecto a la edad de las gestantes con parto pre término, un **66.79%** (179) que corresponde entre las edades de **18 a 34 años**; y un **15.30%** representan las edades de **15 – 17 años** y En el estado Civil, el **76,12%** de las gestantes fueron convivientes. En la investigación según **Lloysith AMASIFUEN SANGAMA** afirma que las características sociodemográficas de las poblaciones de estudio se concentraron el mayor porcentaje en la población mestiza con **73.53%** entre las edades de **20 -34 años**, con el **23.53% ≤19 años**. En las gestantes nativas Quechua con el **55%** se concentraron entre las edades de **20 – 34** (12). y sobre las características del estado civil, la población mestiza con **58.82%** (20) son conviviente y en la gestantes nativas el mayor número se encontró también con estado civil conviviente **65 %** (14) después seguido de casadas **25%** (5). En nuestro estudio con respecto al lugar de procedencia en su mayoría son de procedencia nativa selvática de la región Ucayali y el estado civil en

nuestro estudio, se asemeja al realizado por Sangama teniendo en cuenta que nuestra muestra es más representativa como se observa en los gráficos 1,2 y 3.

2. Respecto a los antecedentes Gineco Obstétricos: el estudio realizado por **TRELLES**, determinó que las pacientes con **más de 4 partos previos** tienen un riesgo de **2 a 3** veces mayor de presentar prematuridad. Lo encontrado en el mencionado estudio, puede deberse a complicaciones obstétricas y a lesiones del cuello uterino obtenidas en los partos previos, en mujeres de mayor edad que la de nuestra población en estudio (20). **según** nuestro estudio realizado se asemeja a las gestantes con antecedente de partos previos, en el **Grafico nº6** se aprecia que las gestantes de **1 a 2 partos previos** fueron de mayor frecuencia con **41,42%**, este hecho puede deberse a las características de la población estudiada, la cual como fue señalado anteriormente y está formada en su mayoría por mujeres jóvenes , Nuestro hallazgo concuerda también con los resultados encontrados por **Norma , RIVA REÁTEGUI** que concluye que la paridad, el riesgo social, el antecedente de aborto y el antecedente de **ITU** durante la gestación actual se asociaron con parto pre término.

Según **Mayda, ROMERO CASTELLANOS**, en su estudio titulado “Factores de Riesgo Asociados al parto pre término, Hospital Lazarte Echegaray – 2008, concluye que el **27.3%** de las madres de los productos prematuros y el **10.4%** de aquellos no productos que tenía antecedentes parto pre término. La presencia de este antecedente constituye el mejor predictor de un nuevo parto prematuro. Y comparando con nuestro estudio,

se aprecia en el **grafico n°07** que solo el **13,43%** de los casos tuvieron antecedentes de PPT, en comparación con el **86, 57** de los casos no tuvieron antecedentes de PPT, Pero terminaron en parto pretermino.

Asimismo en relación con otros autores nuestro estudio se asemeja con el resultado de **LEITCH y COL.** Quien Demostró que la presencia de Vaginosis bacteriana se asocia a parto pretermino, muchos estudios han demostrado la importancia de la infección en el inicio del parto pretermino. Dos hipótesis explicarían el mecanismo por el cual la Vaginosis Bacteriana juega un rol en el inicio del parto Pretérmino: **primero**, los microorganismos causantes de V.B ascenderían dentro del útero; **segundo**, más probablemente la V.B es un marcador de colonización intrauterina por microorganismos similares. En nuestro estudio realizado las gestantes con antecedentes de ITS ,en el grafico **n°08** se aprecia que 26 gestantes que hacen un porcentaje de **9,70%** presentaron Vaginosis bacteriana como un factor predisponente para PPT .

3. Según antecedentes de riesgo maternos: **ROMERO CASTELLANOS** manifiesta que el **53.2%** de las madres de los productos preterminos tuvieron ruptura prematura de membranas, la cual no afirma que el RPM sigue siendo uno de los factores que predisponen el parto pretermino. **Mientras** que con nuestro resultado de investigación puedo dar mayor alcance , que el **11,57%** de RPM de > de 6 horas ,como también el **11,57%** de RPM de < 6 horas, han determinado que ambos casos hacen el **23%** de RPM y se demostró ser uno de los factores predisponentes de parto pretermino a tener en cuenta. y el **76,87 %** no hicieron RPM

Según el **Dr. Alfredo, VÁSQUEZ VIGOA**, hace referencia que los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) constituyen una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados. En cuanto la preeclampsia se obtuvo como resultado un porcentaje de **5.6%** de las gestantes estudiadas, Si bien es conocido que la pre eclampsia afecta del **3 al 5%** de todas las gestaciones (10-12), no se conoce que se hayan realizado muchos estudios sobre la incidencia de la pre eclampsia en el parto pre término. En el estudio realizado respecto a los THE del total de 268 gestantes que hacen un total de 100 %, el **79,48%** (213) hicieron hipertensión gestacional, es decir no presentaron signos premonitorios. Seguidamente con el **1,87 %**(5) hicieron preeclampsia leve, con el **3.73 %**(10) hicieron pre eclampsia severa, **14,93 %** (40) hizo preeclampsia. Nuestro estudio ha demostrado que casi todas las gestantes de la región selva de Ucayali en algún momento del embarazo presentaron hipertensión gestacional, a pesar de lo indicado no todas llegan a hacer la preeclampsia y eclampsia solo un **20.53 %**. Posiblemente se debe a que la mayoría son controladas en su momento u oportunamente. Por ende tiene semejanza con el estudio y sus definiciones realizado por **Alfredo Vásquez**.

Los pacientes con antecedentes de parto pretermino solo fueron el **13,43%** de los casos en comparación con el **86, 57** de los casos que no tuvieron dicha patología. Romero Castellanos Mayda, hace estudio; Factores de Riesgo Asociados al parto pretermino, Hospital Lazarte Echigaray – 2008, por lo que halló el **27.3%** de las madres de los productos prematuros y el

10.4% de aquellos no productos que tenía antecedentes parto pretermino. La presencia de este antecedente constituye el mejor predictor de un nuevo parto prematuro. El presente estudio, al igual que la literatura nacional e internacional, coincide en que el antecedente de prematuridad representa un factor predisponente de parto pretermino esto puede explicarse por la presencia de características diversas, tanto personales de la madre, que podrían comprender desde aspectos conductuales hasta genéticos, así como agentes y determinantes ambientales, todos los cuales en conjunto al persistir y actuar desde el comienzo de la gestación comprometerían los resultados obstétricos en futuras gestaciones.

Se encontró que el embarazo gemelar está asociado con parto Pretérmino con un porcentaje de 5,60%, lo cual se asemeja con un porcentaje de 6.2% del estudio realizado por Kurdi en el Hospital de la Fuerza Armada de Arabia Saudit y Arango Colombia. El mecanismo de trabajo de parto prematuro en gestaciones múltiples, puede estar relacionado con la distensión uterina, aumento del volumen intrauterino, o complicaciones relacionadas tales como la incompetencia cervical. Sin embargo, también pueden ser causas específicas relacionadas con el medio ambiente endocrino producido por súper ovulación o el embarazo múltiple. Como ejemplo, en las gestaciones múltiples se produce una cantidad proporcionalmente mayor de estrógeno, progesterona, y esteroides sexuales en comparación con embarazos únicos. El aumento de la producción de esteroides en embarazos múltiples puede desempeñar un papel en la iniciación del parto prematuro. En particular, el aumento de los

niveles circulantes de relaxina asociados con la súper ovulación puede causar insuficiencia cervical, con posterior parto prematuro.

Dentro de la Ubicación Placentaria, tenemos Placenta Previa Total, con 2,61% de las mujeres estudiadas, el tercero con 1,1% con Desprendimiento Prematuro de Placenta y en el cuarto lugar con 0,4% se encuentra la Placenta Inserción Baja, demostrándose que es uno de los factores que predisponen al parto pretermino lo cual afirmaría el estudio de Arias y Salafia.

A pesar de los avances en el cuidado del recién nacido Pretérmino y de la existencia de multitud de factores asociados al mismo, sólo son identificables algunos; de allí que la estrategia clínica para intentar su prevención consista adoptar una conducta activa antes de que se desencadene la amenaza de parto Pretérmino y está basada en la detección sistemática de los factores de riesgo desde el primer control prenatal. Sin embargo, sólo cuando se conozcan completamente los principales factores causantes del parto Pretérmino se podrá hacer una prevención adecuada. Los resultados del presente estudio señalan la existencia de factores predisponentes del parto Pretérmino en la gestante en el Hospital Amazónico.

CONCLUSIONES

1. Respecto a los factores socio demográficos se encontró: que las gestantes con mayor factor predisponente de parto pretermino son aquellas mujeres entre 18 a 34 años de edad (**66.79%**), provenientes en su mayoría del distrito de Yarinacocha(**48,88 %**) que indica que la población cercana se identifica con el hospital de su distrito, son convivientes con **76,12 %** (204 gestantes) siendo amas de casa con **82,84 %** (222 gestantes) y con instrucción secundaria incompleta haciendo un porcentaje de **39,55%** que equivale a 106 mujeres gestantes en estudio.
2. Entre los antecedentes gineco obstetras importantes que elevan el riesgo están la hipertensión gestacional (**79,48%**) es el principal factor predisponente de parto pretermino siendo de mayor significancia estadística, es decir no presentaron signos premonitorios. seguidamente con el **1,87 %**(5) hicieron preeclampsia leve, con el **3.73 %**(10) hicieron pre eclampsia severa, **14,93 %** (40) hizo preeclampsia. Nuestro estudio ha demostrado que casi todas las gestantes de la región selva de Ucayali en algún momento del embarazo presentaron hipertensión gestacional, a pesar de lo indicado no todas llegan a hacer la preeclampsia y eclampsia solo un **20.53 %**, posiblemente se debe a que la mayoría son controladas en su momento, infecciones del tracto urinario (**55,60%**), la Vaginosis bacteriana (**9,70%**), sífilis **1,87 %**(5) y VIH **0,75%**(2), anemia severa (**1,1%**) y lo más interesante es que la mayoría de estas patologías pueden diagnosticarse y tratarse en la

atención prenatal Así mismo presentaron antecedente de parto previo de 1 a 2 hijos **41,42 %** , antecedentes de parto pre término **13,43%** , oligohidramnios severo **8,21 %** , Sin atención prenatal el **12,69%**, y en su mayoría solo recibieron de 3 a 4 atenciones prenatales (**27,24%**) es decir las gestantes han tenido controles aunque no lo han logrado completar, pero al menos se controlaron y embarazo múltiple fue solo el **5,60 %** de las gestantes en estudio por ende el **94.40%** (253 gestantes) , no presentaron embarazo múltiple lo que aminora el riesgo de parto pretermino.

RECOMENDACION

1. Sugerir a las Obstetras que realicen actividades preventivas promocionales en vista que la comunidad abarca un mayor porcentaje de población a nivel de la zona rural, con la finalidad de captar a las gestantes y obtengan un control prenatal oportuno y completo.
2. En el estudio realizado se encontró limitaciones en la información de las historias clínicas por tanto se sugiere al personal obstétrico mejorar el llenado de las historias clínicas para poder obtener buena información para futuras investigaciones.
3. Como el Hospital Amazónico es referencial, debe actualizar y sensibilizar a los profesionales Obstetras de los puestos de salud adyacentes, para captar y mejorar la atención de las gestantes

BIBLIOGRÁFICA

1. Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño revisado en:http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html. Revisado el 12-02-2015.
2. Organización Mundial de la Salud y varias ONG, como SavetheChildren y March of Dimes. Revisado el 12- 02- 2015.
3. Mercado R, Vitancio V. Oficina de estadística e informática del Instituto Nacional Materno Perinatal. Estadísticas INMP-2007.
4. Eden R, Penka A, Britt D, Landsberger E, Evans M. Re-evaluating the role of the MFM specialist: lead, follow, or get out of the way. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2005; 18(4):253-8.
5. Carrillo CE, Wong A. Factores asociados al embarazo Pretérmino a nivel del mar y la altura. *Acta Andina*. 1994; 3(1):19-28.
6. DR. Juvenal, CALDERON GUILLEN, Genaro VEGA MALAGON y Col. Factores de riesgo materno asociados al parto pretermino. México 2007.

7. DR. Pedro, ROMO LARIS, Factores de riesgo de parto pretermino en pacientes que presentaron amenaza de parto pretermino. Colima – 2007.
8. Fernando, PARRA VELARDE, Factores de riesgo asociados a parto pretermino en el hospital Hipólito unanue. Tacna – 2012.
9. Huaroto Palomino Karina, Pauca Huamanca Miguel Ángel, y col, Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto Pretérmino, en el hospital regional. Ica – 2012.
10. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. 2010. Revisado el 16-2-2015.
11. 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.
12. Lloysith Amasifuen Sangama y col. Diagnostico presuntivo de la infección del tracto complicaciones más frecuentes en gestantes de población mestiza y nativa quechua de la ciudad. Lamas – 2012.

13. Villanueva A, Pérez FM, Martínez AH, García LE. Características Obstétricas de la adolescente Embarazada. Gineco Obstet Mex 1999; 67:354-359.
14. José Pacheco Romero. Manual de Obstetricia. 6ta ed. Lima: R&F Publicación y Servicios; 2011.
15. J. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernández del Castillo S. Rene Ballón Uriza. Ginecología y obstetricia aplicada. 2da ed. México: El manual moderno; 2003.
16. Cañete Palomo M. L. Urgencias en ginecología y obstetricia. España. Editorial: Schering España; 2003.
17. Ahued Ahued J Roberto. Fernández del Castillo Carlos. Bailón Uriza Rene. **Ginecología y Obstetricia Aplicadas**. Asociación de Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2003. Editorial Manual Moderno.
18. Llaca Rodríguez Victoriano. Fernández Alba Julio. Obstetricia Clínica. 2002 Editorial McGraw Hill.
19. Cabero Roura L. Riesgo Elevado Obstétrico. 1996. Colección de Medicina Materno-Fetal. Editorial Masson.

- 20.** Juan Trelles, Prematuridad y bajo peso al nacer. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima - 1987.

- 21.** Norma Soledad Riva Reátegui. Factores de riesgo para parto Pretermino espontaneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2. Pucallpa – 2004.

- 22.** Romero Castellanos Mayda. Factores de riesgo asociados al parto pretermino del Hospital Lazarte Echigaray. Trujillo – 2008.

- 23.** Arango M, Aroca A. Factores de riesgo para parto pre término en el departamento de Caldas entre el 2003-2006. Arch. Med. 2008; 8:22-31.

AMERIKO

	<p> > Estudiar los Antecedentes de riesgo materno como factores predisponentes para partos pretermino en gestantes - Hospital Amazónico - Ucayali, 2013 - 2014. </p> <p> > Analizar los factores de riesgo fetales que predisponen a parto pretermino en gestantes - Hospital Amazónico - Ucayali, 2013 - 2014. </p>	<p> gestantes HOSPITAL AMAZONICO- UCAYALI, 2013 - 2014 </p>					
--	--	---	--	--	--	--	--



**FACTORES PREDISPONENTES DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES,
HOSPITAL AMAZONICO - UCAYALI - 2014.**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de HCL _____

Edad Gestacional en el momento del parto _____

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1) Edad

- a) <14.
- b) 14 – 17.
- c) 18 – 34.
- d) >35.

2) Grado de instrucción

- a) Letrada.
- b) Primaria incompleta.
- c) Primaria completa.
- d) Secundaria incompleta.
- e) Secundaria completa.

- e) Secundaria completa.
- f) Superior no universitario.
- g) Superior universitario.

3) Procedencia

- a) Yarinacocha.
- b) Callería.
- c) Manantay.
- d) Otros.

4) Estado civil

- a) Casada.
- b) Soltera.
- c) Conviviente.
- d) Viuda.

5) Ocupación

- a) Ama de casa.
- b) Estudiante.
- c) Trabajo independiente.
- d) Trabajo dependiente.
- e) Otros.

II. ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

1) Antecedentes de partos previos

- a) 0.
- b) 1 – 2.

- c) 3 – 4.
- d) > de 5.

2) Antecedentes de parto pretermino

- a) 0.
- b) 1 - 2.
- c) 3 - 4.

3) Antecedentes de ITS

- a) Sífilis.
- b) Vaginosis bacteriana
- c) Tricomonas.
- d) Herpes genital.
- e) Otros.

III. FACTORES DE RIESGO MATERNO

1) Control Prenatal

- a) 0.
- b) 1- 2.
- c) 3 - 4.
- d) 5 - 6.
- e) > 6.

2) Infecciones frecuentes

- a) Infecciones del tracto urinario.
- b) Pielonefritis.

- c) Corioamnionitis.
- d) Ninguno.

3) Tipo de embarazo

- a) Único.
- b) doble.

4) Membranas ovulares

- a) Integras.
- b) Rotas.

4.1: tiempo de ruptura de membranas

- c) Rpm < 6horas.
- d) Rpm > 6horas.

5) Ubicación placentaria.

- a) Placenta de inserción normal.
- b) Placenta de inserción baja.
- c) Placenta previa total.

6) Líquido amniótico

- a) Líquido amniótico adecuado.
- b) Oligoamnios leve.
- c) Oligoamnios moderado.
- d) Oligoamnios Severo.

e) Polihidramnios

7) Hemoglobina

- a) Hemoglobina normal (>11).
- b) Anemia leve.
- c) Anemia moderada.
- d) Anemia severa.

8) Hospitalización por parto pretermino

- a) 0.
- b) 1.
- c) 2.

9) Enfermedades Hipertensivas

- a) Pre eclampsia leve.
- b) Pre eclampsia severa.
- c) Eclampsia.
- d) Hipertensión crónica.
- e) Otros

10) Consumo de sustancias toxicas

a) Alcohol

SI () NO () veces por
semana.....

b) Cigarrillos

SI () NO () veces por
semana.....

c) Drogas

SI () NO () veces por
semana.....

IV FACTORES DE RIESGO FETALES

1) Isoinmunizaciones

a) Sí.

b) No.

2) Muerte intra útero

a) No.

b) Sí.

CONSTANCIA

QUIENES SUSCRIBEN:

EL DIRECTOR EJECUTIVO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA Y COORDINADOR DE INTERNOS DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO, DEL HOSPITAL AMAZÓNICO.

HACEN CONSTAR:

Que, la Interna de Obstetricia **AVILIA JUSTO AUGURTO**, alumna de la Facultad de Obstetricia, Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la **UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO**, ha realizado y presentado su Trabajo de Investigación, titulado "FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES AENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO 2013 – 2014", revisado por el Coordinador de Internos y aprobación de quienes suscriben.

Se expide el presente documento a solicitud de la investigadora para los fines que estime conveniente.

Yarinacocha, 26 de febrero del 2015

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GDS - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
[Firma]
Dr. ELENA ALVAN CARDENAS
DIRECTORA EJECUTIVA
CMP. N° 30011

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
[Firma]
REINALDO G. MITMA VÁSQUEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
GINECO - OBSTETRICIA
C. M. P. N° 25965 - R. N. E 16762

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
[Firma]
Luzmila Adama
OBSTETRA
N° 24870

CONSTANCIA

QUIENES SUSCRIBEN:

EL DIRECTOR EJECUTIVO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA Y COORDINADOR DE INTERNOS DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO, DEL HOSPITAL AMAZÓNICO.

HACEN CONSTAR:

Que, la Interna de Obstetricia **MARGARET LUVI LUCERO VILLANUEVA**, alumna de la Facultad de Obstetricia, Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la **UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO**, ha realizado y presentado su Trabajo de Investigación, titulado "FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO 2013 – 2014", revisado por el Coordinador de Internos y aprobación de quienes suscriben.

Se expide el presente documento a solicitud de la investigadora para los fines que estime conveniente.

Yarinacocha, 26 de febrero del 2015

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GDS - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
Elena Alvan Cardenas
Dr. ELENA ALVAN CARDENAS
DIRECTORA EJECUTIVA
C.M.P. N° 30011



MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
Reinaldo E. Mirra Vasquez
REINALDO E. MIRRA VASQUEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
GINECO - OBSTETRICIA
C. M. P. N° 26969 - R. N. E. 10762

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
Alexander Tafazola Adama
Alexander Tafazola Adama
OBSTETRA
C. O. P. 26970

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quién suscribe, **OBST. Carlos, CARRILLO Y ESPINOZA**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "**FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES - HOSPITAL AMAZONICO – UCAYALI, 2013 – 2014**", elaborado por los alumnos: JUSTO AUGURTO, Avilia Y LUCERO VILLANUEVA, Margaret Luvi, reúnen 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.


GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano"

Carlos Antonio Carrillo y Espinoza
OBSTETRA COF. 5377
Prof MÉDICO LEY 23346

OBST. Carlos, CARRILLO Y ESPINOZA
DOCENTE DE LA FACULTAD DE
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quién suscribe, **OBST. Leon, ROCANO ROJAS** , mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **“FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES - HOSPITAL AMAZONICO – UCAYALI, 2013 – 2014”**, elaborado por los alumnos: JUSTO AUGURTO, Avilia Y LUCERO VILLANUEVA, Margaret Luvi, reúnen 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.

MINISTERIO DE SALUD
Sección de Salud y Nutrición
MICRO RED
Leon Rocano Rojas
C.O.P. 19528

OBST. Leon, ROCANO ROJAS
DOCENTE DE LA FACULTAD DE
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL



RESOLUCIÓN N° 074-2015-UNHEVAL-FOBST-D

Huánuco, 31 de marzo del 2015

VISTO:

La solicitud presentado por las alumnas **LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi** y **JUSTO AUGURTO Avilia** sobre exclusividad de tema y designación de asesor;

CONSIDERANDO:

Que, según solicitud N° 237655 las alumnas de la Facultad de Obstetricia **LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi** y **JUSTO AUGURTO Avilia** solicitan la exclusividad del título (tema): "FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES-HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha 2013-2014" y nombramiento de asesora de tesis;

Que, con Proveído 017-2015-II-FOBST-UNHEVAL del Instituto de Investigación, indica que hecho la verificación del título (tema) a Investigar: "FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES-HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha 2013-2014" 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 a la Mg. Yola Espinoza Tarazona, en el título a investigar: "FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES-HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha 2013-2014" de las alumnas **LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi** y **JUSTO AUGURTO Avilia** ;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, de acuerdo a la Resolución N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de Enero del 2013;

SE RESUELVE:

1° **APROBAR** como exclusividad el título de Investigación: "FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES- HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha 2013- 2014" de las de las alumnas **LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi** y **JUSTO AUGURTO Avilia** y queda registrado en el Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.

2° **NOMBRAR** a la Mg. Yola Espinoza Tarazona **Asesora** de los alumnos **LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi** y **JUSTO AUGURTO Avilia** para la elaboración de su Proyecto de Investigación, hasta la presentación y sustentación del mismo.

3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Mg. Digna A. Manrique de Lara Suarez
DECANA

CC:
IIFO
INTERESADOS
ARCHIVO



RESOLUCIÓN N° 0108-2015-UNHEVAL-FOBST-D

Huánuco, 29 de abril del 2015

VISTO:

El Informe N° 009-VQS-JD-UNHEVAL-2015 del Mg. Victor Quispe Sulca y el Informe N° 007-DMDLS-JD-UNHEVAL-2015 de la Mg. Digna Manrique De Lara Suárez de la Comisión Revisora Ad hoc del proyecto de tesis presentado por los alumnos **JUSTO AUGURTO Avilia** y **LUCERO VILLANUEVA Margaret Luví** de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que encontrándose el Informe N° 009-VQS-JD-UNHEVAL-2015 del Mg. Victor Quispe Sulca y el Informe N° 007-DMDLS-JD-UNHEVAL-2015 de la Mg. Digna Manrique De Lara Suárez proyecto de tesis titulado: "FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES-HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI,2013-2014", donde indica que se encuentran APTAS para su aprobación y ejecución;

Que, las alumnas **JUSTO AUGURTO Avilia** y **LUCERO VILLANUEVA Margaret Luví** adjunta 02 ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES-HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI,2013-2014", 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 PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES-HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI,2013-2014**", presentado por las alumnas **JUSTO AUGURTO Avilia** y **LUCERO VILLANUEVA Margaret Luví** de la Facultad de Obstetricia, asesorado por la Mg. Yoia Espinoza Tarazona.

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

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Mg. Digna M. Manrique de Lara Suarez
DECANA

CON DISTRIBUCIÓN
Expediente
Instituto Invest.
Asesora



RESOLUCIÓN N° 0135-2015-UNHEVAL-FOBST-D

Huánuco, 08 de junio del 2015.

VISTO;

La solicitud presentado por las alumnas JUSTO AUGURTO Avilia y LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi.

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 19º del Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad indica " Una vez que el testista 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 Unico 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) accesitario..."

Que, las alumnas JUSTO AUGURTO Avilia y LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi ha culminado la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "FACTORES PREDISONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES, HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI-2014", bajo el asesoramiento de la Mg. Yola Espinoza Tarazona, quien con el Informe S/N-ASESORA-FAC-OBST-2015 de fecha 05 de junio 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 N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 enero 2013:

SE RESUELVE:

1º **DESIGNAR**, dictaminadores de Jurado de la Teis titulada : "FACTORES PREDISONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES,HOSPITAL AMAZONICO –UCAYALI-2014" presentado por las alumnas JUSTO AUGURTO Avilia y LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi debiendo el jurado estar integrado de la manera siguiente:

PRESIDENTE : Mg. Victor Quispe Sulca
SECRETARIA : Mg. Digna Manrique De Lara Suárez
VOCAL : Obst. León Rocano Rojas
ACCESITARIA : Mg. Ibeth Figueroa Sánchez

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


Mg. Digna Manrique de Lara Suarez
DECANA

AC OBSTETRICIA
II RABOS
INTERESADOS
ARCHIVO



RESOLUCIÓN N° 0145-2015-D-F-OBST-UNHEVAL
 Huánuco, 22 de junio del 2015

VISTO:

La solicitud N° 0254575 de fecha 19 de junio del 2015 presentado por las bachilleres JUSTO AUGURTO Avilia y LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi, quien pide fecha, hora para sustentación adjuntando los Informes de Tesis:

CONSIDERANDO:

Que, los bachilleres JUSTO AUGURTO Avilia y LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi; solicita fecha, hora y lugar para la Sustentación de su tesis: "FACTORES PREDISPONENTES DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES, HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI-2014";

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informa que se encuentran APTAS 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 PREDISPONENTES DEL PARTO PRE-TERMINO EN GESTANTES, HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI-2014"; presentado por las bachel - leres JUSTO AUGURTO Avilia y LUCERO VILLANUEVA Margaret Luvi :

DIA : MARTES 30 DE JUNIO DEL 2015.
 HORA : 11:30 A.M.
 LUGAR : Aula 301 pab. III 3er. piso

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

- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| - Mg. Victor Quispe Sulca | Presidente |
| - Mg. Digna Manrique De Lara Suárez | Secretaria |
| - Mg. León Rocano Rojas | Vocal |
| - Mg. Ibeth Figueroa Sánchez | Accesitaria |

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

Regístrese, comuníquese y archívese.

CON DISTRIBUCIÓN
 Expediente
 Jurados
 Interesado.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

[Firma manuscrita]

Mg. Digna Manrique De Lara Suárez
 DECANA

