

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN MANAGUA – FAREM CHONTALES

“Cornelio Silva Argüello”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN-MANAGUA

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.

**“Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino”. Sala de alto Riesgo
Obstétrico Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa Chontales. Enero a junio de 2021.**

Autores:

Br. Donald Josué Martínez Fernández.

Br. Ernesto Mejía Martínez.

Br. Nicolás Antonio Pérez Guzmán.

Tutor metodológico:

Dra. Katherinne Lusselly Guindo Rodríguez.

Médico general.

Tutor clínico:

Dra. Ingri Vanessa Campos González.

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

1. CARTA AVAL ASESOR METODOLÓGICO

VALORACIÓN DEL TUTOR METODOLOGICO

Al Honorable Jurado Examinador:

Sirva la presente para hacer de su conocimiento que he conducido y facilitado el proceso de elaboración del Informe Final en el marco de Tesis Monográfica y tutoría metodológica, con el tema de investigación: "Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino". Sala de alto Riesgo Obstétrico Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa Chontales. Enero a junio de 2021".

El presente Informe Final ha sido elaborado por los estudiantes de la carrera de Medicina:

Br. Donald Josué Martínez Fernández.

Br. Ernesto Mejía Martínez.

Br. Nicolás Antonio Pérez Guzmán.


Hago constar que el presente documento cumple con las normas y reglamentos establecidos por el consejo facultativo de nuestra alma mater con respecto a la estructura, diseño y cumplimiento de Normas APA Adecuadas al modelo de educación superior de esta Unan Farem Chontales.

Particularmente han mostrado perseverancia, dedicación y capacidad técnica en el proceso creativo de la investigación durante el periodo establecido, lo anterior se confirma en que los procedimientos y prácticas efectuadas por los jóvenes se ajustan a los parámetros científico-técnicos aplicados a la labor investigativa, lo cual es comprobable en el abordaje de los problemas planteados.

Por lo antes expuesto, no tengo reservas en remitir el presente Trabajo de Investigación al honorable Jurado Examinador, a fin de cumplir los requisitos exigidos por Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales, para que los autores arriba mencionados, accedan al procedimiento establecido para la consecución del título de Médico y Cirujano General.

Sin más que agregar, aprovecho la ocasión para reiterar mis altas consideraciones de respeto y estima a los integrantes del Honorable Jurado Examinador.

Atentamente,


Dra. Katherine Guindo Rodriguez
Docente Principal Investigacion Aplicada
Unan- Farem- Chontales

Dra. Katherine L. Guindo R.
DR. MEDICINA Y CIRUGIA
COO. UNAN 67363

2. CARTA AVAL ASESOR CLÍNICO



Asunto Carta Aval.

Lunes 07 de Febrero de 2022

Juigalpa, Chontales

Dr. Daniel Eloy López Blanco,
Coordinador carrera de Medicina
UNAN FAREM Chontales.


Sus manos.

Le saluda **José Alberto Mora Maltéz**, médico y cirujano especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa, Chontales.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que los jóvenes: **Br. Donald Josué Martínez Fernández** con número de carnet: 18715385, **Br. Ernesto Mejía Martínez** con número de carnet: 09085932 y **Br. Nicolás Antonio Pérez Guzmán** con número de carnet: 17801933; estudiantes egresados del quinto año de Medicina de la UNAN FAREM Chontales, recibirán tutoría clínica por parte de mi persona para su tesis monográfica para optar al título de Doctor en Medicina y cirugía.

El tema a desarrollar: "Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo de enero a junio de 2021".

Cordialmente:


Dr. José A. Mora Maltéz
 Ginecólogo-Obstetra
 Maestría en Salud Pública
 Colposcopia-Peneoscopia
 Minsa: 5810

Dr. José Alberto Mora Maltéz
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Colposcopia y Peneoscopia
Master en Salud Publica
Cedula: 001-170261-0041F

ÍNDICE

1.	CARTA AVAL ASESOR METODOLÓGICO	2
2.	CARTA AVAL ASESOR CLÍNICO	3
3.	SIGLAS.....	11
4.	RESUMEN.....	12
5.	AGRADECIMIENTOS.....	13
6.	DEDICATORIA.....	14
7.	INTRODUCCIÓN	15
8.	JUSTIFICACIÓN.....	17
9.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
10.	ANTECEDENTES.....	19
10.1.	A Nivel Internacional:	19
10.2.	A Nivel Nacional:	20
11.	OBJETIVOS.....	21
11.1.	Objetivo General.....	21
11.2.	Objetivos Específicos	21
12.	MARCO TEÓRICO	22
12.1.	Factores de riesgo	24
12.2.	Factores sociodemográficos	25
Edad	Edad	25
Estado civil.....	Estado civil.....	25

Ocupación u oficio.....	25
Procedencia.....	26
Escolaridad.....	26
12.3. Factores de riesgo de embarazos anteriores	26
Antecedente de parto pretérmino.....	26
Antecedente de rotura prematura de membranas.....	27
Incompetencia ístmicocervical.....	27
Isquemia placentaria	28
Hábitos tóxicos.....	28
12.4. Antecedentes patológicos personales:	29
Edad materna (< 20 años y > 35 años).....	29
Paridad (nulípara o multípara)	29
Enfermedades crónicas	30
Tuberculosis.....	30
12.5. Factores del embarazo actual.....	30
Controles prenatales deficientes (< de 4 o mal llenados).	30
Infecciones periodontales.....	31
Infección de vías urinarias (IVU)	31
Infecciones cervicovaginales:	32
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	32
Periodo intergenésico corto (<24 meses).....	33
Rotura prematura de membranas	33

DIU concomitante con embarazo.....	34
Longitud de cérvix menor de 20 mm.....	34
Desprendimiento pretérmino de placenta normalmente inserta (DPPNI)	34
Estado nutricional	35
Cesárea anterior	35
No realización de cervicometria entre las semanas 14 y 24 de gestación.	36
12.6. Causas fetales	36
Embarazo múltiple:.....	36
Macrosomías	37
Polihidramnios	37
TORCH.....	38
Causas externas.....	38
12.7. Finalización del embarazo	38
13. HIPÓTESIS DESCRIPTIVA	40
14. MARCO LEGAL	41
14.1. Constitución política:.....	41
14.2. Ley No. 423, Ley General de Salud	41
14.3. Artículo 7.- Son Competencias y Atribuciones del Ministerio de Salud:	41
15. CAPÍTULO II	42
15.1. DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL USUARIO	42
16. SECCIÓN II	42
16.1. DE LA SALUD DE LA MUJER, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA	42

16.2.	DECRETO No. 001-2003, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD	42
16.3.	Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.	43
17.	DISEÑO METODOLÓGICO	44
17.1.	Tipo de estudio	44
	Finalidad: Descriptivo.....	44
	Control del factor de estudio: Observacional.....	44
	Secuencia temporal: Transversal.	44
	Área de Estudio:.....	44
17.2.	Universo.....	45
17.3.	Muestra	45
17.4.	Tipo de muestreo	45
17.5.	Criterios de inclusión.....	45
17.6.	Criterios de exclusión	45
17.7.	Fuente de información	45
17.8.	Variable dependiente	46
17.9.	Variable independiente	46
17.10.	Técnicas de recolección de la información	46
17.11.	Plan de análisis	46
17.12.	Técnica de recolección de información.....	47
17.13.	Validación del instrumento	47
17.14.	Fuente: Resultado de la validación de los jueces.	47

17.15.	Procesamiento de los datos	47
17.16.	Control de Sesgo	48
17.17.	Consideraciones éticas	48
18.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
19.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	55
20.	CONCLUSIONES.....	66
21.	RECOMENDACIONES	67
21.1.	Nivel comunitario	67
21.2.	Nivel primario.....	67
21.3.	Nivel secundario	67
22.	BIBLIOGRAFIA.....	68
23.	ANEXOS.....	78
24.	CARTA DE SOLICITUD DE DATOS.....	79
25.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	80
26.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	81
27.	HOJAS DE VALIDACIÓN POR LOS JUESES.	85
28.	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO.....	97

Índice de tablas

<i>Tabla 1</i> validez de instrumento.....	97
<i>Tabla 2</i> cálculo de validez.....	98
<i>Tabla 3</i> escala de validez según jueces: prueba binomial.....	98

Índice de gráficas

<i>Gráfico 1:</i> Edad de las gestantes.....	99
<i>Gráfico 2:</i> Estado civil de las gestantes.....	99
<i>Gráfico 3:</i> Ocupación de las gestantes.....	100
<i>Gráfico 4:</i> Procedencia de las gestantes.....	100
<i>Gráfico 5:</i> Escolaridad de las gestantes.....	101
<i>Gráfico 6:</i> Paridad de las gestantes.....	101
<i>Gráfico 7:</i> Antecedentes de amenaza de parto pretérmino.....	102
<i>Gráfico 8:</i> Antecedentes de ruptura prematura de membrana.....	102
<i>Gráfico 9:</i> Historia de incompetencia cervical.....	103
<i>Gráfico 10:</i> Historia previa de isquemia placentaria.....	103
<i>Gráfico 11:</i> Hábitos tóxicos de las gestantes.....	104
<i>Gráfico 12:</i> Pacientes que padecen de diabetes mellitus.....	104
<i>Gráfico 13:</i> Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.....	105
<i>Gráfico 14:</i> Antecedentes de preeclampsia.....	105
<i>Gráfico 15:</i> Antecedente de eclampsia.....	106
<i>Gráfico 16:</i> Pacientes que padecen de síndrome antifosfolípido.....	106
<i>Gráfico 17:</i> Pacientes con lupus eritematoso sistémico.....	107
<i>Gráfico 18:</i> Pacientes con antecedente de tuberculosis.....	107
<i>Gráfico 19:</i> Controles prenatales deficientes.....	108
<i>Gráfico 20:</i> Infecciones periodontales.....	108
<i>Gráfico 21:</i> Infecciones de vías urinarias.....	109
<i>Gráfico 22:</i> Infecciones cervicovaginales.....	109
<i>Gráfico 23:</i> Periodo intergenésico <24 meses.....	110
<i>Gráfico 24:</i> Ruptura prematura de membrana durante el embarazo.....	110
<i>Gráfico 25:</i> Dispositivo intrauterino con el embarazo actual.....	111

<i>Gráfico 26:Longitud cervical menor de 20 mm.....</i>	<i>111</i>
<i>Gráfico 27:Desprendimiento de placenta normalmente inserta</i>	<i>112</i>
<i>Gráfico 28:Antecedente de cesárea</i>	<i>112</i>
<i>Gráfico 29:No realización de cervicometria entre las semanas 14 - 24.....</i>	<i>113</i>
<i>Gráfico 30:Estado nutricional.....</i>	<i>113</i>
<i>Gráfico 31:Causas fetales identificadas.....</i>	<i>114</i>
<i>Gráfico 32:Causas externas en las gestantes</i>	<i>114</i>
<i>Gráfico 33:Finalización del embarazo.....</i>	<i>115</i>

3. SIGLAS

UNAN	Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
AAF	Anticuerpos antifosfolípidos
APP	Amenaza de parto pretérmino
ARO	Alto riesgo obstétrico
BPN	Bajo peso al nacer
CPN	Controles prenatales
DIU	Dispositivo intrauterino
DM	Diabetes mellitus
DPPNI	Desprendimiento de placenta normalmente inserta
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FAREM	Facultad Regional Multidisciplinaria de Chontales
HERAJ	Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa
HTA	Hipertensión arterial
IMC	Índice de masa corporal
IVU	Infección de vías urinarias
LES	Lupus eritematoso sistémico
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEG	Pequeño para edad gestacional
RCIU	Restricción del crecimiento intrauterino
RN	Recién nacido
RPM	Rotura prematura de membranas
SG	Semanas de gestación
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

4. RESUMEN

El presente estudio aborda factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa, en el periodo de enero a junio de 2021, siendo la tercera causa de ingresos hospitalarios en esta sala. Nos planteamos como objetivo principal, evaluar los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino, tomando en cuenta factores sociodemográfico, maternos, causas fetales y causas externas, relacionándolos con la aparición de amenaza de parto pretérmino y su posible finalización. Este estudio es de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal, con cronología de los hechos retrospectiva; el cual se llevó a cabo en el hospital escuela regional asunción Juigalpa, ubicado en el departamento de Chontales, municipio de Juigalpa. En relación a los resultados, la variable sociodemográfica destaca con mayor predominancia que las edades con factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino eran de 21 a 35 años, con educación secundaria, procedencia de zona urbana, en unión libre, siendo ama de casa. En antecedentes obstétricos asociados a amenaza de parto pretérmino, se mencionan la nuliparidad con un 50% de usuarias, con antecedentes de amenaza de parto pretérmino en un 8.33% y de rotura prematura de membrana en un 5.95%, con factores del embarazo actual correspondientes a rotura prematura de membrana en un 51.19%, infecciones cérvico vaginales 13.10%, e infecciones de vías urinarias 8.33%, finalizando el embarazo en parto pretérmino, concluyendo en la existencia de relación entre factores de riesgo y amenaza de parto pretérmino.

Palabras clave: factores de riesgo, Amenaza de parto, parto pretérmino.

5. AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darnos la oportunidad de ser partícipes de este proyecto y de esta carrera, sobre todo por hacer que cada día nos motiváramos a continuar luchando por nuestras metas.

A nuestros padres, por confiar en que podemos ganar nuestras batallas y por brindarnos el apoyo que tanto necesitamos en el día a día, por darnos la oportunidad de equivocarnos y aprender de nuestros tropiezos, por dejarnos ser y hacer lo que nos gusta, por estar siempre dispuestos a darlo todo por nuestros sueños.

A nuestros tutores, Dra. Campos y Dra. Guindo, por guiarnos en el proceso de elaboración de este trabajo investigativo, por brindarnos sus consejos, atender nuestras inquietudes y ayudarnos a resolver nuestras dudas.

A nuestro colaborador: Dr. José Alberto Mora Maltez por darnos acompañamiento e instruirnos en la comprensión y desarrollo en este ámbito de la medicina y elaboración de este trabajo investigativo.

6. DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes nos han brindado su apoyo incondicional desde que iniciamos esta aventura llamada Medicina, por la confianza, la dedicación y el esfuerzo que hacen para que nosotros podamos seguir luchando por nuestros sueños. Por ser la fuerza y el coraje que nos ha levantado cuando hemos dudado, por ser la energía que motiva nuestro propósito.

A Dios por darnos cada día la fuerza y la voluntad para seguir adelante, llenándonos de sabiduría, entendimiento y bendiciones.

7. INTRODUCCIÓN

Amenaza de parto pretérmino es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 contracciones en 20 minutos 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando dicha dilatación es menor a 3 cm, entre las 22 a las 36 6/7 semanas de gestación.

Entre los factores vinculados a desencadenar amenaza de parto pretérmino (APP) del embarazo y el parto se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y un componente exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida.

En Nicaragua la amenaza de parto pretérmino constituye el 18% de atención ginecológica obstétrica, siendo el segundo motivo de consulta por debajo de síndrome hipertensivo gestacional en el Hospital Bertha Calderón Roque.

En el Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa la incidencia/prevalencia de amenaza de parto pretérmino tiene una tasa elevada, representando la tercera causa de egresos hospitalarios, y como desencadenante de partos y necesidad de cesáreas. A pesar de esto, continúan sin determinarse los factores de riesgo más prevalentes que puedan asociarse a la aparición de esta enfermedad en las embarazadas que acuden a dicho hospital. De ahí nuestro propósito de Evaluar los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo enero a junio de 2021. Con esto pretendemos Describir las características socio-demográficas de las gestantes a estudio, Identificar los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en las pacientes que ingresan en sala de alto riesgo obstétrico y Relacionar los factores de riesgo predisponentes de la amenaza de parto pretérmino con la finalización del mismo.

La prematuridad es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. La amenaza de parto pretérmino es una entidad clínica que suele presentarse con bastante frecuencia en la población nicaragüense, con un impacto importante en la salud de la embarazada, pero sobre todo en la del recién nacido pretérmino, pudiendo llevar a la muerte o dejar secuelas importantes a largo o mediano plazo.

En nuestro país propiamente en nuestra ciudad, existen pocos estudios que están enfocados en la investigación de las circunstancias predominantes en las pacientes con diagnóstico de amenaza parto prematuro. Nuestro estudio va dirigido a identificar los factores de riesgo asociados con amenaza de parto prematuro en pacientes que ingresan a sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa para evitar complicaciones materno-fetales y que la mujer concluya su embarazo de manera adecuada.

8. JUSTIFICACIÓN

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

La importancia del presente estudio radica en la identificación de los múltiples factores asociados a Amenaza de Parto Pretérmino para así establecer el cumplimiento del protocolo de atención a esta patología, ya que representa una guía que el personal de salud debe de poner en práctica para contribuir no únicamente a disminuir el índice de prematuros, sino también a preservar el bienestar del binomio, además este trabajo se puede utilizar como referencia para investigaciones futuras.

Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarcan las estrategias de promoción a la salud, son las más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en atención primaria desde la perspectiva de una adecuada clasificación del Riesgo Obstétrico que garantice una óptima distribución de recursos humanos, equipamiento adecuado de las unidades y que se facilite la atención de la paciente de Alto Riesgo Obstétrico a través de un adecuado flujo en la que se permita obtener a la paciente las mejores condiciones y la atención mejor calificada.

La importancia de determinar los factores de riesgo y, categorizar a la embarazada en alto y bajo riesgo, radica en que si una paciente tiene antecedentes personales de enfermedades crónico degenerativas, o eventos obstétricos previos que aumenten la probabilidad de sufrir un daño, es considerada de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y que, si se embaraza, particularmente si no se encuentra estable de su patología, automáticamente se convertirá en ARO, o lo que es igual a un riesgo incrementado de enfermar y fallecer, ella, su bebé o ambos.

El presente trabajo de investigación será presentado al Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa y a Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, FAREM – Chontales. también se pretende publicar por los medios científicos disponibles para ampliar el alcance de la misma de manera que sea puente de conexión para futuras investigaciones científicas, así como extraer resultados necesarios para identificar precozmente los factores de riesgo y clasificar embarazadas, para una mejor manejo, conducción y finalización del embarazo.

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a las estimaciones de la OMS el 15% del total de los embarazos puede ser clasificado como embarazo de alto riesgo y, de este grupo, un 18 % de las pacientes podrían sufrir durante la gestación de alguna patología obstétrica, las cuales podrían ser sospechadas o detectadas a través de algunos factores de riesgo durante una vigilancia prenatal sistemática. En nuestro país por sus mismas condiciones sociales y económicas, de vivienda, o propias de la anatomía de la mujer nicaragüense, es difícil encontrar embarazadas que no presenten algún factor de riesgo asociado a una o más patologías obstétricas. Desde una perspectiva clínica es fácil darse cuenta de la alta prevalencia de la amenaza de parto pretérmino en los diagnósticos de las pacientes que son ingresadas a salas de alto riesgo obstétrico, para el cual se han identificado un número considerable de factores de riesgo, unos más asociados y con mayor riesgo relativo que otros. La determinación de dichos factores hace posible dar un seguimiento más apropiado al embarazo, adoptar mejores conductas y planes terapéuticos, sospechar de enfermedades para las cuales la paciente es candidata, y, por tanto, mejorar la calidad de la atención y disminuir el riesgo obstétrico y perinatal.

En el Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa la incidencia/prevalencia de amenaza de parto pretérmino tiene una tasa elevada, representando la tercera causa de egresos hospitalarios, y como desencadenante de partos y necesidad de cesáreas. A pesar de esto, continúan sin determinarse los factores de riesgo más prevalentes que puedan asociarse a la aparición de esta enfermedad en las embarazadas que acuden a dicho hospital, por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo enero a junio de 2021?

10. ANTECEDENTES

10.1. A Nivel Internacional:

Se realizó un estudio de tipo analítico retrospectivo con una muestra de 380 pacientes, en Hospital nacional autónomo de Tegucigalpa – Honduras durante el periodo de agosto-septiembre 2016, con el objetivo de identificar patologías obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociado, dicha investigación llevo a la conclusión de que la población adolescente cae en la categoría de “Población más vulnerable”, entre las complicaciones que predominaron en orden de frecuencia incluyeron los Desgarros Perineales presente en 28.15%, seguida de la Ruptura Prematura de Membrana con 6.05%, en tercer lugar, se posiciona la Anemia con 5.26%, todas estas en distintas etapas obstétricas. (Ellazgo, Mejia, & Dario, 2016)

En el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, Santiago – Chile en el periodo de junio a diciembre 2018, se investigaron los factores asociados amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes. Siendo un estudio tipo transversal y analítico, en el que se encontró que de las 95 madres adolescentes, 45 presentaron amenaza de parto pretérmino lo que representa el 77.9%; y de los 95 recién nacidos 64 presentaron complicaciones perinatales relacionadas con riesgos maternos, Las principales complicaciones obstétricas que presentaron las gestantes fueron: anemia, amenaza de aborto e infección del tracto urinario, con la finalización del número de controles prenatales deficiente (< 6) se relaciona a mayor riesgo de presentar complicaciones durante la gestación, y aumento en el riesgo de complicaciones perinatales.

En el año 2019 se publica estudio en el Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” durante el periodo de julio a diciembre del 2017, tuvo como objetivo evaluar las complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes que presentaron amenaza de parto pretérmino, estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal con una muestra de 214, los resultados encontrados fueron para las características sociodemográficas se encontró 13 años como edad mínima y 19 años como máxima edad, teniendo como edad promedio 17 años, dentro de complicaciones obstétricas más frecuentes, las infecciones del tracto urinario obtuvieron un 52.34%, seguido de ruptura prematura de membranas con un 36.92%, trastornos hipertensivos del embarazo en un 17.76% concluyendo que las principales complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en relación con amenaza de parto pretérmino se presentan en la etapa tardía. (Rosales & Gonzales, 2019)

10.2. A Nivel Nacional:

En Managua-Nicaragua el hospital Alemán Nicaragüense realizó estudio bajo el tema de factores asociados a la amenaza de parto pretérmino en embarazadas en edad fértil fue un estudio de tipo descriptivo de corte transversal donde se estudió 100 mujeres con APP obteniendo resultados donde la edad no represento un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino y la gran mayoría que desencadeno dicha patología fue debido infección de transmisión sexual constando con un 57% seguido de infección es de vías urinarias. (Barberena Davis, Sheyla; Palacios Rodrigues, Jerlings;, 2017, págs. 30-42)

En el año 2018 en San Carlos Rio San Juan se realizó estudio en el Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, fue de carácter retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, con el fin de Determinar los factores de riesgo en pacientes embarazadas ingresadas al servicio de Gineco Obstetricia en el año 2018, encontrando en su mayoría eran del grupo de edad entre 20 a 29 años, el municipio que predominó en el estudio fue San Carlos con el 44%, el 11% refirieron tener una patología previa al embarazo siendo la Hipertensión la predominante, e infección de vías urinarias la patología actúa más frecuente, las principales complicaciones presentadas por las embarazadas fueron la Preeclampsia con el 53% (42/80), hemorragias en el 36% (Martínez Torrez, 2018).

En el 2015 García Gámez José, residente de cuarto año de ginecoobstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, publicó un trabajo titulado “Factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en adolescentes ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO) del 2014 a 2015.” Se trata de un estudio analítico observacional de caso control con una población de 342 pacientes. Con la conclusión de que la APP es una de las entidades más frecuentes con el 45%, según este estudio, la RPM, APP previa, infecciones cervicovaginales, infecciones del tracto urinario, controles prenatales incompletos y la paridad son los principales factores de riesgo identificados para complicaciones durante la gestación. (Martinez & Florez, 2015, págs. 20-49)

11. OBJETIVOS

11.1. Objetivo General

Evaluar los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo enero a junio de 2021.

11.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características socio-demográficas de las gestantes a estudio.
2. Identificar los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en las pacientes que ingresan en sala de alto riesgo obstétrico.
3. Relacionar los factores de riesgo predisponentes de la amenaza de parto pretérmino con la finalización del mismo.

12. MARCO TEÓRICO

“El embarazo es el período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días”. (Instituto Nacional del Cancer, 2019).

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 contracciones en 20 minutos o de 6 contracciones en 60 minutos con o sin dilatación cervical, o cuando es menor a 3 cm. Según (Ministerio de Salud - Normativa 077, 2018):

El trabajo de parto pretérmino tiene dinamia uterina igual o mayor a la descrita para amenaza de parto pretérmino, más modificaciones cervicales. El inicio del trabajo de parto pretérmino depende de la paridad de las pacientes; para una nulípara (mujer que nunca ha dado a luz ningún hijo) se define con borramiento del 100% y dilatación igual o mayor a 4 centímetros, en cambio, para una multípara (mujer que ha tenido más de un parto) el borramiento es del 50% y la dilatación mayor o igual a 3 centímetros, aunque también hay que aclarar que estos criterios para multípara también son válidos en una primípara.

Un parto pretérmino es aquel que se produce entre las 22 y las 36 6/7 semanas de gestación; Mientras que un parto atérmico se produce entre las 37 a las 41 6/7 semanas de gestación, distinguirlos es de gran importancia debido a que determina el riesgo perinatal y depende el manejo que se dará en el momento del nacimiento y puerperio. (Healthy children, 2022)

Las patologías obstétricas se refieren a interrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, La Organización Mundial de la Salud (OMS): define la morbilidad obstétrica directa como resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores. (Fawed Reyes, Oscar ; Erazo Coello, Alejandro ;, 2016).

La salud materno-infantil constituye uno de los objetivos prioritarios de los sistemas de salud de todos los países, para lo cual es indispensable lograr actitudes de prevención y su promoción temprana mediante la educación de las embarazadas, sobre todo cuando es la primera ocasión que se está gestando. Así mismo, es importante lograr la identificación de factores de riesgo asociados a la aparición de complicaciones durante el proceso de embarazo y aquellos que pueden influir negativamente sobre el desarrollo normal del momento del parto, y que pueden repercutir en la salud de la madre y/o en la del feto/neonato. La identificación y el diagnóstico

temprano de cualquier eventualidad culmina con un manejo apropiado y oportuno, con lo cual se disminuye la morbi-mortalidad asociada a esta problemática.

“El embarazo de alto riesgo es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño” (Martínez & Pereira, 2015). Esta definición también incluye cualquier secuela que pueda resultar para la madre o para el feto, como consecuencia de un evento obstétrico adverso. Si bien, todo embarazo conlleva cierto riesgo, el peligro puede multiplicarse en gran medida en los que se catalogan como “de alto riesgo”. Desde el momento de la gestación, la mujer se ve sometida a distintos cambios funcionales como estructurales que pueden mantenerse dentro lo considerado “normal”, de forma que no representan en si gran peligro, pero cuando estos son exagerados o concomitan con alguna patología previa u otra condición que pudiese influir negativamente, pueden ocasionar diversos problemas que compliquen la gestación o el parto y postparto, llegando en ocasiones a producir la muerte de la madre y/o la del niño.

“Los antecedentes maternos, cuidados durante el embarazo, estado socioeconómico son algunos de los factores de interés que debe considerarse cuando se valora a la gestante. La prevención y manejo de dicho riesgo mejora la salud materna y ayudara a disminuir la mortalidad perinatal” (Villanueva, 2018)

La prematuridad es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. La amenaza de parto pretérmino es una entidad clínica que suele presentarse con bastante frecuencia en la población nicaragüense, con un impacto importante en la salud de la embarazada, pero sobre todo en la del recién nacido pretérmino, pudiendo llevar a la muerte o dejar secuelas importantes a largo o mediano plazo. Esta afección se define como la presencia de contracciones uterinas persistentes que suelen medirse en frecuencias de 4 en 20 minutos o 6 en 60, sin dilatación cervical o con dilatación mínima, por regla general menor de 3 centímetros, que se presenta entre las semanas 22 y 37 durante la gestación (Gobierno del estado de Sonora, 2018)

Es de etiología multifactorial e independiente del peso del producto. De forma más sencilla puede definirse como aquella situación en la que el inicio del trabajo de parto y las modificaciones cervicales suponen un riesgo elevado de que el nacimiento tenga lugar entre las 22 y 36 semanas completas de gestación (Picot, 2012). Por lo cual es importante diferenciarla del parto prematuro, el cuál es el resultado final de los eventos durante la fase de riesgo o amenaza. Según datos

contenidos en la normativa nacional de protocolos para el abordaje del alto riesgo obstétrico el parto pretérmino contribuye al 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial.

Según datos contenidos en la normativa nacional de protocolos para el abordaje del alto riesgo obstétrico el parto pretérmino contribuye al 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial.

Puede ser espontáneo en hasta el 50% de los casos, por rotura prematura de membranas en un 30% y, por causa iatrogénica en un 20% de las veces (Gobierno del estado de Sonora, 2018). Este último relacionado con las maniobras de exploración y procedimientos ginecológicos en la embarazada. maniobras de exploración y procedimientos ginecológicos en la embarazada.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 9,6% de todos los nacimientos en 2005 fueron prematuros. Sin embargo, se debe recalcar que se ha producido un descenso de la tasa de nacimientos prematuros; ya que se disminuyó a 12.7% en 2007, 12,3% en 2008 y 12,1% en 2009.” (Organizacion Muncial de la Salud, 2018). Esta disminución puede explicarse por la mejora de las prácticas de fertilidad que reducen el riesgo de gestaciones múltiples y el aumento en el uso de estrategias para prevenir el parto prematuro recurrente.

Según la normativa nacional de protocolos para el abordaje del alto riesgo obstétrico, en lo que comprende la etiología, la amenaza se suele presentar catalogada en 3 entidades clínicas. Aquella en la que el parto se presenta de forma espontánea y con las membranas íntegras, es decir, sin rotura de las mismas, por lo que el principal suceso durante este evento son las modificaciones uterinas, principalmente el inicio de las contracciones. Inicio de parto pretérmino como consecuencia a rotura prematura de las membranas, en la cual, la rotura condiciona el inicio el trabajo de parto. Y por último y, menos frecuente, el parto pretérmino por indicación obstétrica, en el que se decide finalizar el embarazo por medio de cesárea debido a una condición adversa, ya sea materna o fetal. Dentro de las posibles causas para finalizar un embarazo antes de tiempo podemos mencionar: pre eclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa sangrante, polihidramnios severo, cardiopatías, patologías crónicas descompensadas, entre otras. (Gobierno del estado de Sonora, 2018).

12.1. Factores de riesgo

Tanto el trabajo de parto pretérmino y rotura prematura de membranas se consideran ahora un síndrome iniciado por mecanismos múltiples, incluyendo la infección/inflamación, isquemia/hemorragia útero-placentaria, sobre distensión uterina, el estrés y otros procesos mediados inmunológicamente (Escobar Padilla, Gordillo, & Martinez, 2009, págs. 424 - 428). Por

lo tanto, como ocurre con otros trastornos multifactoriales, se postula que los factores de riesgo asociados al inicio de parto prematuro interactúan y pueden causar una transición de la inactividad uterina hacia el trabajo de parto o la rotura prematura de membranas. La definición de los factores de riesgo permite identificar a las mujeres en situación de riesgo, así como su tratamiento específico y oportuno. A su vez, estos factores pueden clasificarse como factores del embarazo actual y factores de embarazos previos.

12.2. Factores sociodemográficos

Edad

Siendo un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo de vida de las personas.

En el embarazo antes de los 20 y después de los 35 años se asocia a mayor riesgo materno y perinatal, en menores de 20 años genera riesgo biológico y social para la madre y recién nacido, en mayores de 35 años se asocia a riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y patologías maternas. (Donoso & Carvajal, 2014, pág. 168)

Estado civil

Es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales.

Según Domínguez Telechea y Medina (2006). considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales una asociación entre aquellas mujeres que se identificaron como "solteras" o "sin pareja" y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y en el neonato, Entre los malos resultados perinatales citados, se debe destacar: bajo peso al nacer (BPN), parto de pretérmino, pequeño para la edad gestacional, muerte fetal y bajo score de Apgar. (Teachea & Medina, 2006, pág. Párr. 5)

Ocupación u oficio

La maternidad, y por tanto el embarazo y el parto, son una realidad biológica natural en la vida de la mujer que en muchos casos debe compaginar con su vida laboral. Estar embarazada no es un estado patológico, aunque tampoco debemos olvidar que la gestación supone para la mujer, y para el futuro hijo, una situación de especial vulnerabilidad.

Los cambios que se producen en la mujer durante el embarazo pueden limitar su capacidad funcional, modificando su tolerancia a determinadas condiciones y tareas que, con anterioridad, le

eran inocuas. (Confederacion Empresarial de Madrid (CEIM); Comisiones Obreras de Madrid (CCOO);, 2012)

Procedencia

Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, se denomina como un riesgo potencial a la procedencia rural debido a la poca accesibilidad hacia los puestos de salud y limitantes obtenidas por difícil acceso o atributos geográficos que no permiten la adecuada llegada o traslado de las gestantes hacia la unidad de primer o segundo nivel de atención en comparación con las embarazadas de la área urbana, impidiéndoles así completar todos los controles prenatales para su embarazo, la presencia de este factor duplica el riesgo de enfermar y desarrollar complicaciones obstétricas que pongan en peligro a la madre y su producto. (SciELO, 2015, págs. 1 - 2)

Escolaridad

Es el período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria, las madres con menor grado de escolaridad y sus hijos tienen resultados de salud menos favorables que las madres con mayor nivel de educación.

El nivel de conocimientos educativos de mujeres no gestantes, gestantes y puérperas está estrechamente relacionado con la aparición de complejidades durante la gestación y puerperio, el desconocimiento de lo que implica el embarazo e ignorancia en actividades sexuales junto con la necesidad insatisfecha del uso de anticonceptivos ocasiona embarazos no deseados, donde el producto puede ser rechazado por la sociedad, y durante el embarazo ocasiona baja tasa de coberturas prenatales, seguimiento de hábitos tóxicos que perjudiquen el bien estar materno-fetal provocando partos prematuros y/o abortos.

En cambio, en mujeres con mayor grado educativo se asocia a menor complicaciones durante el embarazo y puerperio, esto por la mayor accesibilidad y adecuado control de embarazo y conocimiento acerca de los cuidados prenatales y posnatales. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020).

12.3. Factores de riesgo de embarazos anteriores

Antecedente de parto pretérmino

Dentro de los factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino destacan sobre todo la ruptura prematura de membranas pretérmino y la historia previa del mismo trastorno en

embarazos anteriores. Los factores de riesgo mayores para el parto espontáneo de pretérmino han sido documentados en diversos ensayos clínicos. El antecedente de un pretérmino expone a un riesgo de un nuevo pretérmino en un 15% y el antecedente de dos o más pretérminos previos incide en un 30% de recurrencia en sucesivas gestaciones (SESCAM, 2012, págs. 678 - 679).

El factor de riesgo independiente de mayor peso es la historia reproductiva, en la que el antecedente de parto pretérmino espontáneo tiende a repetirse, incluso a la misma edad gestacional. Según (Smith Karson, Krafon, & Temseen, 2019). En este sentido, las pacientes de alto riesgo son aquellas con antecedentes de múltiples partos de pretérmino y aquellas que no han tenido un parto de término entre su pretérmino anterior y el embarazo actual. La identificación temprana de madres con mayor riesgo de parto prematuro o de niños producto de un parto de pretérmino, puede facilitar intervenciones prenatales o posnatales efectivas. Estas intervenciones deben incluir un control preventivo y la preparación para la atención del parto en un centro acondicionado que permita dar una atención óptima a mujeres y neonatos de alto riesgo.

Antecedente de rotura prematura de membranas

la rotura prematura de las membranas ovulares predisponen al parto pretérmino y constituye uno de los factores de riesgo no modificables con mayor repercusión en esta entidad clínica. según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 40 % de los partos prematuros están precedidos de ruptura prematura de membranas. La incidencia de la rotura prematura de membranas (RPM) varía entre 1,6 % y 21,0%, con un promedio de 10 % de incidencia en los embarazos. Un 80% de los casos ocurre después de las 37 semanas (rotura prematura de membranas a término), en tanto que el 20% restante se presenta en embarazos pretérmino. Este último grupo contribuye con un tercio de los casos de partos prematuros espontáneos y produce un importante impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal, atribuyéndosele un 10 % del total de las muertes perinatales (CUENCA MONDOY, 2013, págs. 11 - 27) .

Incompetencia itsmicocervical

Es la incapacidad del cérvix uterino para mantener el embarazo in-útero hasta el término, debido a defectos anatómicos o funcionales, siendo frecuente la pérdida de la gestación en el segundo trimestre (Monterrosa, 1995). La incompetencia cervical por si misma es un factor de riesgo importante para parto prematuro, pero cobra mayor relevancia cuando el producto alcanza un peso crítico, venciendo la débil resistencia del orificio cervical y provocando protrusión de las

membranas ovulares, por lo que es más probable sufrir de un aborto temprano o si se mantiene la resistencia provocar un parto prematuro, en todo caso, el riesgo perinatal es sumamente elevado. Estadísticamente se trata de un evento poco común, Weissman et al. Llegaron a informar que la incompetencia cervical complica cerca del 0.05% al 1.8% de los embarazos, aunque poco común, su presencia es causa del 16% al 20% de todas las pérdidas gestacionales que ocurren durante el segundo trimestre.

Isquemia placentaria

En algunos estudios se presenta como la segunda causa más frecuente de parto prematuro, las pacientes en trabajo de parto pretérmino también pueden clasificarse en base a la presencia o ausencia de lesiones inflamatorias en la placenta y membranas corioamnióticas. Los mecanismos responsables del inicio del parto antes de término relacionado a isquemia placentaria aún no están dilucidados, sin embargo, se ha involucrado un papel del sistema renina-angiotensina debido a que las membranas fetales están dotadas de un sistema renina-angiotensina funcional y debido a que la isquemia uterina aumenta la producción de renina (Espinoza, 2008). La angiotensina II formada de la angiotensina I en esta ruta, tiene la capacidad de inducir contractilidad del miometrio, de forma directa o mediante mediadores como las prostaglandinas. Cuando la isquemia es severa como para conducir a necrosis decidual y hemorragia, la trombina generada puede activar la vía común del parto.

Hábitos tóxicos

El consumo de sustancias perjudiciales para el organismo es uno de los problemas de salud que más prevalencia presenta en nuestra sociedad, siendo principalmente el consumo de alcohol en sus diferentes variantes, y el tabaco, sobre todo en forma de cigarrillos, las sustancias que más se consumen. Sin embargo, cada día aumenta el número de usuarios de sustancias más peligrosas, por lo general ilegales, principalmente marihuana y cocaína. Según (Peña & Matute, 2010):

Las mujeres embarazadas que consumen alcohol corren el riesgo de que éste genere un desarrollo anormal y malformaciones congénitas en el bebé que esperan, consecuencia que guarda relación con la intensidad del hábito, es decir; que afecta en mayor magnitud a tomadoras crónicas. Habitualmente se asocia la toma de alcohol con el consumo de cigarrillos, otro gran problema para la salud pública, aunque el número de usuario que consumen exclusivamente cigarrillos también es grande. Respecto al efecto del tabaco en el embarazo, puede provocar desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico y aborto espontáneo, como también inducir

alteraciones en el feto. El tabaquismo durante la gestación puede causar principalmente restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y parto pretérmino, sin embargo, se ha determinado una asociación adicional con desordenes metabólicos incluyendo la obesidad y el sobrepeso a edades tempranas (Sanabria, Arce, Sierra, & Gil, 2016). Es importante tener en cuenta el consumo de sustancias dañinas durante el embarazo, sobre todo porque es un factor de riesgo que puede prevenirse. Y siempre debe estudiarse, ya que este también se relaciona con factores sociales, como el nivel de educación y la posición económica de la gestante.

12.4. Antecedentes patológicos personales:

Edad materna (< 20 años y > 35 años)

La edad materna es un antecedente biológico y demográfico, permitiendo identificar factores de riesgo maternos que puedan presentarse y desencadenar patologías durante el embarazo poniendo en riesgo la gestación. Según (Enrique Donso, Carvajal, Vera, & Poblete, 2014):

El embarazo antes de los 20 años y luego de los 35 años, predisponen a un mayor riesgo materno y perinatal, en embarazo adolescente (<20 años) genera mayor riesgo biológico y situaciones de riesgo social para la el embarazo, puerperio y el recién nacido siendo un importante problema de salud pública; El embarazo después de los 35 años o más inducen a riesgos de presentar series de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, con una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

Paridad (nulípara o múltipara)

La paridad es la forma de describir el número de partos que una mujer ha tenido durante la gestación mayor de 20 semanas, las nulíparas son aquellas que no presentan embarazos previos o su gestación no sobrepasan las 20 SG, en cambio la múltiparas corresponden aquella condición la cual la gestante ha tenido 2 o más partos, la nuliparidad, condicionan riesgo materno debido a que incrementan la probabilidad de desarrollar diversas patologías obstétricas tales como el síndrome hipertensivo gestacional, Amenaza de parto pretérmino, y la multiparidad condiciona a la aparición de malformaciones fetales, hemorragias maternas, distocias maternas y en sí mismo al amenaza de parto pretérmino, mismas que pueden incrementar la aparición de complicaciones llevando a un embarazo de alto riesgo, aumentando la morbi-mortalidad materna poniendo en peligro la vida de la madre como de su bebé. (Hashimoto Pacheco, 2016, págs. 5-9)

Enfermedades crónicas

Algunas enfermedades que han padecido o padecen durante el embarazo algunas pacientes pueden estar relacionadas al inicio de parto pretérmino, entre ellas se han relacionado la diabetes, síndrome hipertensivo gestacional, síndrome antifosfolípido, LES y enfermedades infecciosas como la tuberculosis. En pacientes diabéticas suelen presentarse muchas complicaciones, son un grupo de pacientes candidatas a un abanico amplio de complicaciones, entre ellas complicaciones maternas, del parto y fetales (Arizmendi & Carmona, 2012). Alteraciones como distocias durante el parto, macrosomía, alteraciones vasculares, malformaciones, sobrepeso, entre otras, una de ellas es la posibilidad de iniciar un parto pretérmino secundario a complicaciones provocadas por la diabetes. En cuanto al síndrome hipertensivo gestacional, ha sido uno de los temas que más se han estudiado, y se ha dilucidado su implicación en la patogenia del parto pretérmino, así como sus efectos uteroplacentarios y sus consecuencias maternas y perinatales. El lupus eritematoso sistémico (LES) por su parte, siendo más común en la mujer y sobre todo en la mujer joven, hace muy probable su aparición durante el embarazo, acarreando consigo complicaciones como: un tercio de los embarazos se finalizarán por cesárea, 33% serán partos prematuros y más del 20% desarrollará preeclampsia (Lupus y embarazo: artículo de revisión, 2014).

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad bacteriana que suele afectar los pulmones, también pueden verse afectadas otras partes del cuerpo, en dicho caso se conoce como tuberculosis extrapulmonar. Según (Goya, Arencibia, Rodrigues, Benito, & Garcia, 2006, págs. 132 - 138):

Producirá un aumento de número de amenaza de parto y parto prematuro, un mayor número de crecimiento intrauterino retardado y recién nacido con bajo peso, aumenta 6 veces la tasa de mortalidad perinatal⁹. Sin embargo, en la tuberculosis extrapulmonar, en concreto, en la linfadenitis, no se asocia a resultados perinatales adversos.

12.5. Factores del embarazo actual

Controles prenatales deficientes (< de 4 o mal llenados).

Es el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones, así encontrar factores que puedan perjudicar la gestación. Según (Rodrigues Bendezú, 2017, págs. 20-34):

Se evalúa la progresión normal del embarazo a través de consultas y descubren precozmente por medio de la clínica, laboratorio, y ecografía la aparición de problemas materno y/o fetales que podían presentarse, siendo una herramienta esencial para el ministerio de salud para llevar un embarazo satisfactorio y una finalización adecuada y humanizada.

“Se consideran captación tardía a aquellas embarazadas en las que se realiza su primer control prenatal después de 12 semanas de gestación, y deficiencia de controles prenatales, cuando estas gestantes constan menos de 4 controles prenatales en todo el embarazo”. (MINSA Nicaragua Normativa 011, 2015, págs. 81 - 100)

Infecciones periodontales

Diversos estudios recientes han demostrado que la enfermedad periodontal es un factor de riesgo para el parto prematuro, habiéndose hallado un riesgo relativo mayor que el calculado para factores de riesgo tradicionales como el tabaquismo, bajo peso materno o consumo de alcohol (MEDICLINEPLUS, 2019, pág. 4). Por lo cual la prevención y el tratamiento de la enfermedad periodontal en mujeres gestantes podrían contribuir a la prevención del parto prematuro. Los mecanismos por los cuales las infecciones en la gestante pueden desencadenar el inicio del parto antes de tiempo se han estudiado ampliamente y pueden resumirse de la siguiente forma. La infección local o remota lleva a la producción de citoquinas, que migran por vía sanguínea hasta la cavidad uterina donde provocan la producción de prostaglandinas. Estos nuevos mediadores formados tienen diversas funciones a nivel uterino, como el aumento de las contracciones del músculo liso, que, entre otros efectos, están implicados en la patogénesis del parto prematuro. Por otra parte, la bacteriemia transitoria o bien productos de las bacterias podrían alcanzar el torrente sanguíneo y llegar a interactuar con tejidos placentarios llevando a la vía final común en la que las prostaglandinas juegan el papel principal para desencadenar el parto pretérmino.

Infección de vías urinarias (IVU)

La infección de las vías urinarias según la Normativa 077 (2018), se presenta en un 17 % - 20% de las embarazadas a nivel nacional, y es un factor desencadenante de muchas condiciones adversas al embarazo, las cuales pueden influenciar durante la gesta, como amenaza de parto pretérmino y el trabajo de parto, así como en el neonato y a la madre durante el puerperio. Se ha asociado con el desarrollo de enfermedades como ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, trabajo de parto y partos prematuros, así como sepsis en el caso del neonato. En la mujer, ya su anatomía misma la predispone a ser más susceptible al desarrollo de este tipo de

infecciones. Con el embarazo, se agregan tres grandes actores más que vuelven aún más vulnerable a la mujer embarazada, el componente mecánico representado por un agrandamiento uterino con repercusión opresiva sobre los uréteres y la vejiga. El efecto hormonal de relajación de la progesterona sobre el músculo liso y la consecuente estasis, y las alteraciones a nivel urinario inducidas por el embarazo, las cuales facilitan el desarrollo de infecciones, y entre las cuales están: cambios en el pH, la osmolaridad, glucosuria y la amino aciduria. (MINSA NORMATIVA 077, 2018)

Después del inicio de la vida sexualmente activa, la diferencia en frecuencia de IVU entre mujeres y hombres se hace aún más marcada; en etapa de la edad reproductiva, la incidencia de infección urinaria es aproximadamente 30 veces más frecuente en mujeres que en hombres; se calcula que entre los 18 y 40 años de edad del 10 al 20% de la población femenina experimenta una infección urinaria sintomática alguna vez en su vida. (Estrada, Figueroa, & Villagrana, 2010)

Infecciones cervicovaginales:

Las infecciones cervicovaginales son una de las principales causas de consulta en las clínicas de primer nivel de atención médica, principalmente en mujeres en edad reproductiva. La prevalencia de los procesos infecciosos más comunes puede variar dependiendo de la población de estudio. Sin embargo, también se reconocen una serie de factores que pueden alterar el citado ecosistema, como los relacionados con la conducta sexual, el uso de antimicrobianos, los cambios naturales del ciclo menstrual, la aplicación o uso de duchas vaginales y tampones, mal higiene genital, dichos hábitos ocasionan la aparición de enfermedades cervicovaginales, misma que aumentan el riesgo para desarrollar amenaza de parto pretérmino, corioamnionitis, salpingitis y sepsis neonatal, la cervicovaginitis se ha asociado a parto pretérmino independientemente de otros factores de riesgo, hay evidencia de que la infección es una causa importante y que puede ser el motivo de un 40% de todo los casos de parto pretérmino espontaneo, ocasionando cambios cervicales irreversibles. (Gonzales, Ortiz Zaragoza, Davila, & Valencia Gomez, 2017)

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son un grupo de enfermedades transmisibles que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual (Schryver & Meheus, 1993). Sin embargo, hay que mencionar que no es la única vía para adquirir estas enfermedades, algunas de ellas pueden llegar a enfermar a las personas por medio de otras vías. Un ejemplo clásico sería el VIH, el cuál puede llegar a contagiar por el uso de agujas/jeringas infectadas, o por transfusiones

sanguíneas contaminadas con el virus procedente de un donante portador. Este conjunto de enfermedades puede ser causadas por virus, bacterias y hongos. Las ETS pueden causar complicaciones durante el embarazo a la mujer o al bebé, o manifestarse hasta el nacimiento del mismo. Durante mucho tiempo se han relacionado con varias afecciones, siendo una de ellas la amenaza de parto pretérmino.

Los mecanismos por los cuales las infecciones en la gestante pueden desencadenar el inicio del parto antes de tiempo se han estudiado ampliamente y pueden resumirse de la siguiente forma. La infección local o remota lleva a la producción de citoquinas, que migran por vía sanguínea hasta la cavidad uterina donde provocan la producción de prostaglandinas. Estos nuevos mediadores formados tienen diversas funciones a nivel uterino, como el aumento de las contracciones del músculo liso, que, entre otros efectos, están implicados en la patogénesis del parto prematuro. Por otra parte, la bacteriemia transitoria o bien productos de las bacterias podrían alcanzar el torrente sanguíneo y llegar a interaccionar con tejidos placentarios llevando a la vía final común en la que las prostaglandinas juegan el papel principal para desencadenar el parto pretérmino.

Periodo intergenésico corto (<24 meses)

Se define como el lapso de tiempo transcurrido entre dos embarazos consecutivos, siendo un periodo corto aquel menor a 24 meses, lo cual presenta riesgos desfavorables hacia la adaptación de anexos uterinos, por ende, a la aparición de patologías obstétricas. Según (González, González, Pisano, & Casale, 2019):

El periodo intergenésico corto puede conducir a resultados maternos y perinatales adversos, siendo un riesgo potencial para la aparición de parto pretérmino, diabetes gestacional, Desprendimiento de placenta normalmente inserta (DPPNI) y restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), provocando un impacto altamente peligroso sobre la gestante y su producto.

Rotura prematura de membranas

Se define como la ruptura de las membranas ovulares antes de haberse iniciado el trabajo de parto. Según (Ochoa & Perez Dettoma, 2009) la cual puede ocurrir antes de la semana 37 de gestación, en cuyo caso recibe el nombre de ruptura prematura de membranas pretérmino, lo cual aumenta la morbilidad tanto materna como perinatal, y es una de las principales causas que llevan al parto pretérmino.

La ruptura temprana a término suele ocurrir un 94% de las veces, y en caso de ruptura antes de la semana 37 en 2% a 8% de los casos (Clinic Barcelona, 2019, págs. 5 - 13). Se trata de una

entidad clínica multifactorial con una fisiopatología que hasta la fecha sigue siendo estudiada para terminar de comprenderla, en la cual se han involucrado distintos factores, de índole bioquímicos, fisiológicos, ambientales, entre otros.

DIU concomitante con embarazo

El dispositivo intrauterino en sus distintos tipos, es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados por su eficacia y duración. En las usuarias de DIU el embarazo se presenta como una complicación y existe el riesgo de que termine en aborto, ocasionar ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino y pueda ser séptico (MINSA normativa 109 complicaciones obstetricas, 2018). Durante las revisiones ginecológicas hay que tener mucho cuidado a la exploración manual durante la palpación debido a que son maniobras invasivas que pueden comprometer la integridad de las membranas que contienen al feto.

Longitud de cérvix menor de 20 mm

El cérvix o cuello uterino es la porción anatómica uterina que se encarga de mantener el embarazo hasta término, cuando deberían producirse las modificaciones que hacen posible el parto. El acortamiento del mismo, medido por ultrasonidografía, es uno de los factores de riesgo más importantes para que se produzca un parto antes de término, y se utiliza como indicador clínico para la hospitalización, seguimiento y manejo de las embarazadas. Brinda un enorme beneficio en relación a la prevención y predicción del parto pretérmino por lo cual todas las embarazadas está sujetas a seguimiento y evaluación en las unidades de salud donde se disponga el método (Gobierno del estado de Sonora, 2018). De hecho, en toda embarazada, independientemente de la causa de ingreso, a partir de la semana 14 de gestación debe realizarse la medida de longitud del cérvix. La medición debe realizarse por ultrasonografía transvaginal y no abdominal, para que los resultados sean más precisos y confiables. (MINSA NORMATIVA 077, 2018)

Desprendimiento pretérmino de placenta normalmente inserta (DPPNI)

También conocido como abruptio placentae, constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal. Es una de las manifestaciones de la enfermedad vascular en el embarazo ya que ocurre por rotura de la arteria espiral del útero, lo que hace que la placenta se separe total o parcialmente de la pared uterina antes del segundo periodo del parto (Martínez Torrez, 2018).

Se produce en un 0.4-1% de las gestaciones y posee una elevada morbimortalidad materno-fetal (Martínez Torrez, 2018). Se ha relacionado con distintos factores de riesgo, entre ellos, el

síndrome hipertensivo gestacional, antecedente de desprendimiento placentario, diabetes, multiparidad, sobre distensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple), traumatismos, tóxicos, rotura prematura de membranas. En cualquier caso, el riesgo de parto pretérmino y la necesidad de conservar la salud materna y neonatal hacen la finalización del embarazo por cesárea la vía terapéutica más adecuada a seguir.

Estado nutricional

Si bien ya se ha mencionado la importancia de la nutrición de la gestante durante el embarazo, sobre todo el impacto de la deficiencia ponderal previa, el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de igual importancia y, debido al número creciente de mujeres con dichos diagnósticos, son de los factores que más frecuentemente se encuentran en nuestra población. El sobrepeso y la obesidad materna están asociadas a múltiples complicaciones, principalmente estados hipertensivos del embarazo y diabetes gestacional, además de: infecciones urinarias, parto de pretérmino, afectación neonatal, grandes para la edad gestacional y mayor tasa de cesárea (Medicadiet, 2015, págs. 10 - 25)

El factor nutricional es un factor modificable que puede corregirse cuando es negativo, ya es conocido que el estado nutricional materno influye sobre el crecimiento y desarrollo del producto. Para conocer dicho estado se utilizan parámetros como el índice de masas corporal pregestacional y la ganancia de peso gestacional que permiten evaluar las condiciones pregestacionales y gestacionales maternas que comprometen al producto, y así, dar un mejor seguimiento al embarazo. (Martinez Baez & Jiron Espinoza, 2018). “Se debe orientar a la paciente a una ganancia controlada de peso durante el embarazo mediante una dieta adecuada y actividad física regular” (Lozano, Betancourth, Melendez, Cueva, & Ocampo, 2016).

Cesárea anterior

La cesárea constituye la vía quirúrgica para la finalización de los embarazos, es un recurso que debería utilizarse solo cuando sea necesario. Sin embargo, cada vez hay más mujeres que prefieren este método principalmente por resultarles menos traumático y menos doloroso. Obviando el hecho de que es un procedimiento quirúrgico, con todos sus riesgos agudos inherentes, se ha relacionado también con alteraciones en la implantación placentaria, aumentando la probabilidad de desarrollar en embarazos futuros trastornos como la placenta previa y el acretismo placentario, siendo también el principal factor de riesgo para una ruptura uterina. Para eventos obstétricos futuros es indispensable averiguar sobre la fecha de la cesárea anterior, edad

gestacional, tipo de cesárea, la razón por la que fue indicada, resultado perinatal y eventuales complicaciones intra o postcesárea. El parto vaginal sigue siendo la vía preferida para culminar el embarazo, y debe ser la primera opción siempre, a menos que esté comprometida la integridad del feto o de la madre, en cuyo caso la cesárea es la opción indicada (CLINIC BARCELONA, 2019, págs. 1 - 11).

No realización de cervicometría entre las semanas 14 y 24 de gestación.

Como norma, en toda embarazada entre las semanas 14 y 24 debe realizarse la medición de la longitud del canal endocervical mediante ultrasonidografía transvaginal. El no realizarse este procedimiento es un factor de riesgo, porque desconocemos esta medida, que debe ser mayor a 20 mm en un embarazo único y normal. En caso de ser menor y desconocer que es así, puede complicar un futuro evento como el parto prematuro, debido a que no se tomarían las medidas terapéuticas necesarias establecidas para estos eventos.

12.6. Causas fetales

Las malformaciones fetales son un grupo de alteraciones del desarrollo fetal, determinadas por diversas causas que actúan antes, durante o después de la fecundación (Vélez, Herrera, Arango, & López, 2004). Se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades estructurales que se desarrollan desde antes o durante el periodo fetal y pueden llevar a una muerte fetal temprana, o generar complicaciones obstétricas como la amenaza de parto prematuro, así como secuelas que disminuirán notablemente la calidad de vida. Aunque no se terminan de definir los mecanismos exactos por los cuales las malformaciones pueden llevar a parto prematuro, se ha encontrado una relación muy estrecha. De hecho, en 2009 se realizó una investigación en la Wake Forest University School of Medicine de Carolina del Norte en Estados Unidos, donde se estableció una relación entre la presencia de parto prematuro y las malformaciones fetales, donde 9.3% de los nacidos prematuros no presentaban defectos, en comparación con 21.5% nacidos que sí los tenían. La amenaza de parto prematuro es la patología obstétrica que más se asocia a malformaciones, alcanzando un riesgo 4 veces mayor de presentar esta patología (Masgo, 2003).

Embarazo múltiple:

Representa uno de los eventos fisiológicos y reproductivos más fascinantes, la demostración de la capacidad y potencial reproductivo del ser humano es increíble y misteriosa. Sin embargo, así como es de maravilloso este evento, es igualmente peligroso tanto para la madre como para los fetos. El parto pretérmino ocurre en más del 50% de embarazos mellizos, y aumenta

su incidencia de forma directa con el número de productos fecundados, siendo prácticamente del 100% en los embarazos cuádruples (AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2002). Se asocia también a restricción del crecimiento intrauterino, muerte intrauterina de uno o más fetos, abortos, anomalías congénitas, entre otros de menor incidencia, sin excluir también patologías maternas. Los embarazos de productos múltiples siempre son considerados de alto riesgo, y se les debe dar un seguimiento estricto y efectivo, Siendo el riesgo y la morbimortalidad directamente proporcional al número de fetos ocupando el útero. El parto pretérmino llega a presentarse en el 50% de los embarazos gemelares, en el 90% de los trillizos y en todos los embarazos cuádruples.

Macrosomías

la macrosomía fetal actualmente debe ser definida como feto grande para la edad gestacional, es decir, por encima del percentil 90, incrementando el riesgo perinatal. Según (Pacora Portella, 1994):

Existen patologías que pueden ser provocadas por la macrosomía fetal o hacernos pensar en el mismo, la ganancia ponderal excesiva, anemia, amenaza de parto pretérmino, placenta previa, polihidramnios y ruptura prematura de membranas, son resultados comunes debido a esta causa fetal.

Polihidramnios

Es una patología que puede complicar el embarazo según el grado de severidad, se trata de una acumulación excesiva de líquido amniótico mayor de 1500 – 2000 ml o, mejor definido, existe el doble de lo normal para la edad gestacional (MINSA NORMATIVA 077, 2018). Es una de las causas más frecuentes relacionadas con el parto prematuro, y es importante cuando desarrolla clínica. La relación con el parto prematuro se establece por el efecto mecánico que origina la acumulación de líquido, generando síntomas de compresión abdominal y favoreciendo la rotura de membranas ovulares. El parto pretérmino constituye la consecuencia de mayor importancia, siendo responsable de la mortalidad perinatal asociada a trastornos del líquido amniótico. Cuanto más graves es el hidramnios, mayor es la mortalidad perinatal. Con la rotura de las membranas se produce una salida brusca e intempestiva del líquido amniótico lo que condiciona a su vez, riesgo de sufrir abrupta placenta y de prolapso de cordón umbilical.

TORCH

El acrónimo TORCH se utiliza en forma universal para caracterizar aquel feto o RN que presenta un cuadro clínico compatible con una infección congénita y permite un enfrentamiento racional. Según (Cofré, y otros, 2016, págs. 191 - 199):

Los microorganismos clásicamente incluidos en esta entidad son, toxoplasma gondii, virus de la rubiola, citomegalovirus, virus herpes simple, otros genes, las manifestaciones clínicas de las infecciones congénitas, están influenciadas por múltiples factores, como el efecto patógeno sobre el organismo, y el momento en que ocurre la infección respecto a la edad gestacional, provocando abortos y mortinatos en generalmente en infecciones tempranas del embarazo y amenazas o partos pretérminos en infecciones tardías, la causas de estas últimas aun no es bien comprendida a pero está descrito que aquellos niños con infecciones virales congénitas y pequeños para la edad gestacional (PEG), son el resultado de restricción de crecimiento intrauterino producto de la disminución del número de células de los órganos en desarrollo

Causas externas

Los traumas durante el embarazo se influencia por la edad gestacional, el tipo y la gravedad del traumatismo, estos aumentan la incidencia de abortos espontáneos, partos pretérminos, abrupcio de placenta, y muerte fetal. Según (Macias Seda, Alvarez Gomez, & Orta, 2010, págs. 227 - 234)

El riesgo de aborto por traumatismo aumenta conforme avanza la edad gestacional. Con menos de 16 semanas el riesgo de aborto es menor, debido a que el feto se localiza durante este periodo en la profundidad de la cavidad pélvica, la mayoría de los traumatismos que sufren las embarazadas son menores, correspondientes a caídas, golpes en el abdomen, accidentes de tráfico, violencia física, A partir del tercer trimestre (32 semanas) la gestante es más susceptible a las caídas, debido al peso del útero grávido, El traumatismo mayor se asocia con politraumatismo y afectación sistémica de la embarazada (fractura de huesos largos, fracturas de costillas, traumatismos craneoencefálicos, roturas viscerales, etc.). En todos ellos se aplicarán los preceptos generales de Soporte vital.

12.7. Finalización del embarazo

La amenaza de parto pretérmino es el proceso clínico sintomático (Aparición de dinámica uterina regular acompañado de modificaciones cervicales) que puede conducir a un parto

pretérmino, aun que, no se elimina la posibilidad de poder llegar a ser a término. Según (Paucar Espinal, 2012)

La prematuridad es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal y es responsable de un alto porcentaje de escuelas infantiles, en España, la tasa de prematuridad es del 9,5% del total de nacimientos; denominamos parto pretérmino aquel que ocurre entre las semanas 22 a las 36/67 de gestación y a término la que ocurre entre las 37 a la 41 6/7 semana de gestación

13. HIPÓTESIS DESCRIPTIVA

Con el fin de evaluar la asociación entre las variables dependientes e independientes, nos planteamos la siguiente hipótesis investigativa – correlacional (N1). Sin embargo, por las probabilidades de que no se obtengan los resultados planteados por la misma exponemos nuestra hipótesis nula (N0).

N1: La ocurrencia de parto pretérmino está condicionada por la presencia de factores de riesgo.

N0: El parto pretérmino se puede presentar independientemente de la presencia o no de factores de riesgo.

14. MARCO LEGAL

14.1. Constitución política:

Artículo. 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

Arto. 74 el Estado otorga protección especial al proceso de reproducción humana. La mujer tendrá protección especial durante el embarazo y gozará de licencia con remuneración salarial y prestaciones adecuadas de seguridad social.

14.2. Ley No. 423, Ley General de Salud

Artículo 2.- Órgano Competente: El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.

Artículo 4.- Rectoría: Corresponde al ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales.

14.3. Artículo 7.- Son Competencias y Atribuciones del Ministerio de Salud:

1.- Regular, Supervisar, e intervenir en el sector de Sector de Salud, y en particular ser la autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos, se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresadas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.

6.- Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

15. CAPÍTULO II

15.1. DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL USUARIO

Artículo 8.- Derechos de los Usuarios. Los usuarios del Sector Salud, público y privado gozarán de los siguientes derechos:

1.- Acceso a los servicios garantizados conforme se establece en la presente Ley.

2.- Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable.

Para efectos de la presente Ley, son vulnerables todas aquellas personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano. También son vulnerables grupos especiales de personas de acuerdo a factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

3.- Gratuidad a los servicios en el sector público, cuando el usuario forme parte de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil, de acuerdo a programas de los servicios integrales de emergencias, de hospitalización y en los servicios ambulatorios, medios de diagnósticos, medicamentos y biológicos, disponibles en el territorio nacional conforme las listas básicas definidas por el Ministerio de Salud.

16. SECCIÓN II

16.1. DE LA SALUD DE LA MUJER, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Artículo 32.- La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud. Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva.

16.2. DECRETO No. 001-2003, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD

En su Título VII, Capítulo II, Arto. 75, “Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información epidemiológica y de gestión establecida para ellos”.

Artículo 77.- Los representantes del establecimiento proveedor de servicios de salud, tienen las siguientes responsabilidades:

2. Velar por el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes de los usuarios.
5. Garantizar el cumplimiento de los manuales relativos a la salud.

Artículo. 80, numeral 4 y 5 establece “Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privado, tienen las obligaciones siguientes:

- Cumplirán con los manuales correspondientes.
- Cumplirán con los estándares de calidad.

16.3. Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.

La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias.

17. DISEÑO METODOLÓGICO

17.1. Tipo de estudio

Finalidad: Descriptivo

Este estudio es descriptivo debido a que pretendemos exponer factores de riesgos asociados a la aparición de amenaza de parto pretérmino en pacientes ingresadas en sala de alto riesgo obstétrico.

“con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1014, págs. 50 - 62).

Control del factor de estudio: Observacional.

El presente estudio es de tipo observacional por que los factores de riesgo que se asocian a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico serán identificados por el uso del expediente clínico.

“Buscan describir un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución en la misma. En este tipo de estudio, no existe ninguna intervención por parte del investigador, en cual se limita a medir el fenómeno y describirlo tal y como se encuentra presente en la población de estudio” (Piura, 2008, pág. 96).

Secuencia temporal: Transversal.

Este estudio es transversal por que se expondrán los factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino, a la vez que se hará una única observación en el tiempo.

“Una investigación es transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 1014, págs. 55 - 57)

Este estudio es retrospectivo debido a que la información se reúne a medida que transcurre la investigación, es decir, los hechos estudiados y los datos recolectados son de carácter posterior a la realización de la investigación.

Área de Estudio:

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa; Ubicado en el barrio Héctor Ugarte, de Asados Berny 1 c. al sur, en el kilómetro 141 carretera

Managua al Rama, Se realizó revisión de expedientes clínicos en la bodega del departamento de estadísticas.

“La descripción del área de estudio forma parte del diseño metodológico. En esta sección se deben incluir características como son: lugar donde se realizará la investigación, ubicación, tamaño, institución” (Pineda, Alvarado, & H. de Canales, 2008, metodología aplicada) De esta manera, el área de estudio describe el “terreno” en donde se realizó “

17.2. Universo

Toda paciente gestante con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino que ingreso a sala de alto riesgo obstétrico en el periodo comprendido entre enero a junio 2021. con un total de 84 pacientes.

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerden con una serie de especificaciones” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 70 - 72)

17.3. Muestra

Para este estudio, la muestra corresponde al total del universo, que son 84 pacientes.

“La muestra es un subgrupo de la población o Universo” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 70 - 72)

17.4. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia. Debido a que tomamos el total de la población como muestra.

17.5. Criterios de inclusión

- ✓ Gestantes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino.
- ✓ Gestantes ingresadas en sala de alto riesgo obstétricos.
- ✓ Embarazada con edad gestacional entre 22-36 6/7 semanas de gestación.
- ✓ Pacientes con expediente clínico disponible.

17.6. Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con edad gestacional menor de 22 semanas y mayor de 37 semanas de gestación.
- ✓ Pacientes sin expediente clínico disponible.
- ✓ Embarazadas con trabajo de parto prematuro que llegan directamente a expulsivo
- ✓ Embarazadas alojadas en ARO que pertenezcan a otras salas.

17.7. Fuente de información

La fuente de información fue de carácter secundario:

- ✓ Expedientes clínicos de las pacientes que cumplan criterios de inclusión.
- ✓ Cuaderno de registro de ingreso a sala de alto riesgo obstétrico.

17.8. Variable dependiente

Embarazo.

17.9. Variable independiente

Factores de riesgo del embarazo:

Biológicos

Obstétricos

Sociales

17.10. Técnicas de recolección de la información

La información se recolecto a través de un instrumento de recolección de datos por análisis de documento, conteniendo las variables que permitan darle cumplimiento a los objetivos descritos, previamente se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS 26 para posteriormente ser procesados y analizados mediante tablas y gráficos.

17.11. Plan de análisis

Plan de procesamiento de la información

Paso 1. Permisos: Se presentó el proyecto al responsable de la carrera profesional de Medicina y Cirugía de la Universidad UNAN- FAREM- CHONTALES y se solicitó al director del Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa, Doctor Francisco Ochoa, la aceptación de la recolección de datos en el periodo establecido.

Paso 2. Coordinación: Ponernos en contacto con el departamento de Estadísticas para que se nos permita el acceso al SIP y poder realizar la recolección de los datos. Acordando fecha y hora para recolección de ellos.

Paso 3. Selección de participante: Obtenido el tamaño de la población y selección de la muestra, se procedió a la recolección de datos aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

Paso 4. Agradecimiento: Terminada la Ficha de recolección de datos, se agradeció departamento de estadísticas por el acceso al sistema informático.

Paso 5. Digitación: Posteriormente toda la información obtenida en el formulario fue procesada en una base de datos de SPSS 26.

Paso 6. Análisis de datos: Toda la información se tabuló en una base de datos y se analizó vía programa estadístico SPSS versión 26. Se estudió cada una de las historias clínicas y posteriormente estos datos fueron clasificados según las variables de la investigación, luego se procede a realizar un análisis univariado, los resultados se mostraron mediante estadística descriptiva con tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficas.

17.12. Técnica de recolección de información

Expedientes de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en el periodo comprendido del estudio.

Asociado a datos obtenidos en el servicio de estadística, una vez obtenida la operacionalización de variables, se elaboró un instrumento de recolección de la información, que contempla las variables de interés acuerdo a los objetivos planteados.

Como instrumento aplicando una encuesta como técnica al cual le dimos como nombre **ERUP (Escala de Requisitos Universales en las Pacientes)** con preguntas cerradas en el **test Binomial**, constituida en 2 bloques.

17.13. Validación del instrumento

Para la validación de nuestro instrumento hicimos uso del programa Excel, en el cual realizamos un pilotaje para llenar la base de datos y realizar análisis de la fiabilidad y Validación, con La Prueba de Distribución Binomial, obteniendo un porcentaje de **1.3125**, que según la escala del coeficiente binomial este resultado se considera **“Validez Perfecta”**.

17.14. Fuente: Resultado de la validación de los jueces.

La Prueba Binomial es utilizado para la medición de escalas en instrumentos de una investigación previa a realizar, el resultado del análisis determina que tan confiable y Validas son las escalas utilizadas y por consiguiente si el instrumento puede o no ser utilizado para la recolección de información.

17.15. Procesamiento de los datos

Para procesar la información se procedió de la siguiente manera, uso del programa SPSS 26 donde se establece la base de datos en la cual se presentarán con gráfico de barras y de pasteles.

Codificación de datos:

- ✓ Elaboración de la base de datos en el programa SPSS 26 para obtener números absolutos y porcentajes que están reflejados en la tabla de cada objeto de estudio.
- ✓ Elaboración de cuadros y gráficos según variables y resultados.

17.16. Control de Sesgo

El control de sesgo de nuestro estudio está determinado por:

- ✓ Validez interna o inferencia de la investigación.
- ✓ Precisión de los investigadores.
- ✓ Validación de instrumento de recolección de datos, estadístico y por jueces.

17.17. Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en el Título III De las acciones en salud (Disposiciones Comunes; Artículo 12) y en la Sección I de investigación (Artículo 15 y 16), este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- ✓ Ajustar brevemente los principios éticos que justifican la investigación de acuerdo a una normatividad a nivel internacional y a nivel nacional.
- ✓ Expresar claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes.
- ✓ Contar con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Este estudio está basado en el código de Núremberg de 1947 y la declaración de Helsinki de 1975, así como en las pautas internacionales para la investigación biomédica que va relacionada con la investigación en seres humanos de 1982, por ser un estudio retrospectivo y de revisión de expedientes clínicos no requiere consentimiento informado.

18. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivos	variables	Sub variables	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
1. Describir las características sociodemográficas en pacientes en estudio.	Datos sociodemográficos.	Edad.	Edad, con origen en el latín <i>aetas</i> , es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta la actualidad.	< 15 años. 16 a 20 años. 21 a 35 años. >35 años.	Ordinal.	Cuantitativo.
		Estado civil.	El estado civil es un concepto legal. Hace referencia a la situación de la persona en relación a una pareja.	Soltera. Casada. Unión libre. Otros.	Nominal.	Cualitativo.
		Ocupación u oficio.	El oficio es el trabajo desempeñado por un individuo, el cual representa el esfuerzo físico o la	Ama de casa. Asistente. del hogar. Comerciante. Otros.	Nominal.	Cualitativo.

			destreza que utiliza como medio para ganarse la vida y satisfacer sus necesidades.			
		Procedencia.	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.	Urbana. Rural.	Nominal.	Cualitativo.
		Escolaridad.	Hace referencia al nivel de estudio alcanzado por un individuo, ya sea primaria, secundaria o estudios superiores en nuestro país.	Primaria. Secundaria. Técnico. Universitario.	Nominal.	Cualitativo.
2. Identificar los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en las pacientes que ingresan en	Factores de riesgo maternos.	Embarazo previo.	Se trata de embarazos anteriores donde hubo la aparición de factores de riesgo los	Parto pretérmino. Rotura prematura de membrana. Incompetencia itsmicocervical.	Nominal.	Cualitativo.

sala de alto riesgo obstétrico.			cuales aumentan la probabilidad de presentarse durante embarazos próximos.	Isquemia placentaria. Tratamiento con progesterona a pacientes con cervicometria <20 mm.		
	Hábitos tóxicos.	Consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona, Pueden afectar la salud en sus aspectos físicos, mental y social.	Alcoholismo. Tabaquismo. Drogas. Fármacos.	Nominal.	Cualitativo.	
	Antecedentes patológicos personales.	Se refiere a todas las enfermedades que pueda haber padecido el paciente.	Diabetes. Hipertensión arterial. Preeclampsia. Eclampsia. Síndrome antifosfolípido.			

				Lupus eritematoso sistémico. Tuberculosis.		
		Embarazo actual.	Son manifestaciones que se presentan durante el embarazo, que predisponen un peligro hacia el mismo, debido a que pueden desencadenar o aumentan la probabilidad de que la gestante padesca una patologia y/o complicacion.	Controles prenatales deficientes (<4 CPN). Paridad. Infecciones periodontales. Infecciones vaginales. Periodo intergenésico corto (<24 meses). Ruptura prematura de membrana. DIU concomitante con el embarazo. Longitud cervical menor de 20 mm. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI). Estado nutricional. Cesárea anterior.	Nominal.	Cualitativo.

				No realización de cervicometria entre las semanas 14 y 24 de gestación.		
	Factores de riesgo fetales.	Causas fetales.	Se trata de distocias fetales que predisponen a la gestante a la posibilidad de presentar la patología.	Malformaciones fetales. Embarazos múltiples. Macrosomía. Polihidramnios. TORCH.	Nominal.	Cualitativo.
	Factores de riesgo externos.	Causas externas.	se producen por condicionantes del entorno en el que actúa sobre la persona, ejerciendo perjuicio sobre la misma.	Traumas directos (golpes, caídas, violencia, accidentes). Traumas indirectos.	Nominal.	Cualitativo.
3. Relacionar los factores de riesgo predisponentes de parto pretérmino con la aparición del mismo.	Finalización del embarazo.	Pretérmino.	Se define como parto pretermino aquel que se produce entre las 22 y las 36 6/7 semanas de gestacion.	22 a las 36 6/7 semanas de gestación.	Ordinal.	Cuantitativo.
		A termino.	Se define como el parto que se da entre las semana 37 a las	37 a las 41 semanas de gestación.	Ordinal.	Cuantitativo.

			41 semana de gestacion.			
--	--	--	-------------------------	--	--	--

19. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con respecto a la edad, del 100% de las pacientes estudiadas, un 13% que equivale a 11 pacientes, son menores de 15 años, 38.10% que representan 32 pacientes, oscilan entre 16 a 20 años, 40.48 % que equivalen a 34, están entre los 21 y 35 años siendo este intervalo de edades el de mayor predominio y 8.33% que son 7 pacientes, son mayores de 35 años. Según la teoría, en los extremos de la vida reproductiva es considerado un factor de riesgo por el aumento de las patologías perinatales que se presentan. Con estos resultados podemos decir que la mayoría de pacientes con amenaza de parto prematuro que ingresan al hospital regional asunción de Juigalpa se ubican fuera de las edades que constituyen un factor de riesgo.

Del total de pacientes que se incluyeron en nuestro estudio, poco más de la mitad se encontraban en una relación de unión libre, un 53.57% que representa a 45 embarazadas del total. 27.38% estaban solteras, 23 pacientes del total, las que representan el mayor grupo de riesgo en relación al estado civil. Mientras, el 19.05%, o 16 pacientes estaban casadas. El estado civil se ha considerado un factor de riesgo social, debido al efecto positivo que este ejerce durante el embarazo en aspectos económicos, de apoyo y afectivos, existiendo un mayor riesgo en aquellas pacientes que no están en una relación. Respecto a nuestro estudio, más de la mitad de las pacientes están en una relación de unión libre, un tipo de relación que, aunque puede ser estable, no siempre es así, por lo que no se descarta este como “grupo de riesgo”.

En cuanto a la ocupación de las usuarias, vemos que un 76.19 % del total de la población, equivalente a 64 usuarias, son ama de casa, siendo esta la ocupación de mayor predominio entre las gestantes, el 16.67% correspondiente a 14 pacientes se ubican en otro tipo de ocupación, un 4.76% correspondiente a 4, reflejan ser comerciantes mientras que solo el 2.38% son ama de casa. De acuerdo con la teoría, los cambios que se producen en la mujer durante el embarazo, pueden limitar su capacidad funcional, modificando su tolerancia a determinadas condiciones y tareas que, con anterioridad, le eran inocuas. Durante el embarazo, toda mujer debería ir reduciendo esfuerzo físico a medida que este va progresando, pues esto supone un factor de riesgo para desencadenar amenaza de parto prematuro, entre otros, sin embargo, la realidad que exige el núcleo familiar en Nicaragua afecta el reposo ni la tranquilidad requerida porque esto está ligado a situaciones económicas desfavorables, lo que exige a la mujer ocasiones esfuerzo no solamente físico, sino

emocional y psicológico, por los que hacer del hogar, atención de otros niños y familiares, así como el hecho de que en ocasiones tiene que lidiar con todo esto sola.

En los resultados de nuestro estudio, la procedencia, 73.81% de las pacientes, equivalente a 62 de total de sujetos estudiados pertenecían a zonas urbanizadas, mientras 26.19%, 22 pacientes procedían de zonas rurales. La relación de la procedencia con el riesgo obstétrico, está basada en la disponibilidad de servicios, así como a la tardanza en la que estos pueden obtenerse de ser factible. Aunque también existe una relación con el nivel de instrucción académica, es decir, se ha observado una mayor deficiencia educativa y de conocimientos en las personas que proceden de zonas rurales, así como condiciones socioeconómicas más precarias. Los resultados de nuestro estudio demuestran una mayor proporción de personas que habitan en zonas urbanizadas, por lo que se consideran embarazadas en las que la procedencia no representa un mayor riesgo. Sin embargo, una cuarta parte de todas las gestantes proceden de zonas rurales. Es importante destacar este dato, pues muchas veces las personas de estas zonas prefieren no requerir de ayuda médica, o por su lejanía, les es muy complicado trasladarse en un tiempo adecuado a una unidad de salud donde puedan tratarse sus condiciones.

Con respecto a la escolaridad, la mayor parte de las gestantes cursa con educación secundaria correspondiendo el 46.43% (29 gestantes), seguido de educación primaria con el 28.57% (24 gestantes), en menor medida se encuentra la educación superior, universitario 16.67% (14 gestantes), técnico 2.38% (2 gestantes), y tan solo el 5.95% son iletrados. El nivel de conocimiento educativos de mujeres no gestantes, gestantes y puérperas está estrechamente relacionado con la aparición de complejidades durante el embarazo y puerperio, el desconocimiento de lo que implica el embarazo e ignorancia en actividades sexuales, ocasionan embarazos no deseados, desconocer sobre la gestación actual, conduce a no visitar al médico en tiempo y forma, provocando captaciones tardías del embarazo, así como la no realización de cervicometría, y otras conductas terapéuticas tales como la inspección y manejo de la gestación, detección precoz de factores de riesgo, así como el adecuado seguimiento y control del embarazo, concluyendo en que la población de alto riesgo, en lo que respecta, a la educación, se encuentra las gestantes iletradas y las que cursan primaria y secundaria.

Con relación a la paridad de las gestantes, encontramos que el 50.00% no presentan partos previos, siendo el grupo predominante, seguido de la primiparidad correspondiendo al 35.71% de las usuarias, mientras que el 14.29% son multíparas. Con respecto a la teoría, la paridad condiciona riesgo materno debido a que incrementa circunstancialmente el desarrollo de diversas patologías obstétricas siendo la amenaza de parto pretérmino la más relevante. Se evidencia la concordancia entre los resultados obtenidos con la literatura expuesta, reflejando que la mitad de la población con la presente patología tuvieron como factor predominante la nuliparidad, relacionándose con estudios y artículos que se revisaron para este trabajo.

Con respecto a antecedentes de amenaza de parto prematuro, del 100%, el 91.67 % equivalente a 77 pacientes no tienen antecedentes, siendo este el grupo de mayor predominio, mientras que el 8.33% que corresponde a 7, si presenta. La teoría nos dice que el antecedente de un pretérmino expone a un riesgo de un nuevo pretérmino en un 15% y el antecedente de 2 o más pretérmino incide en un 30% de recurrencia en sucesivas gestaciones. Con estos resultados podremos decir que la mayoría de las gestantes con amenaza de parto pretérmino que ingresaron en la sala de alto riesgo obstétrico no tenían el riesgo de antecedentes de amenaza de parto pretérmino.

De la muestra estudiada, en relación a la presencia de antecedente de Rotura prematura de membranas, solamente el 5.95% de las pacientes presentaban dicho factor, en tanto, el 94.04% no. El antecedente de rotura prematura de membranas es un factor condicionante para que una embarazada pueda volver a presentar la misma condición, la cual se ha relacionado fuertemente con la incidencia de amenaza de parto pretérmino, de hecho, según la normativa nacional 077 del Ministerio de Salud, el 30% de las amenazas de parto pretérmino están asociadas a este factor. En el estudio realizado, una minoría de las pacientes presentaban dicho factor de riesgo, y aunque no representan un número exagerado, se debe destacar que el 100% de pacientes que tenían este factor desarrollo amenaza de parto pretérmino en el embarazo actual.

Según los datos de nuestro estudio el 100% de pacientes no presentaba historia previa de diagnóstico de incompetencia cervical. Esta situación clínica se asocia a amenaza de parto prematuro en gran medida, por la incapacidad del cérvix uterino para mantener al feto hasta la etapa de término, principalmente por la ganancia de peso fetal y el aumento de líquido

amniótico durante la gestación, aunque no exclusivamente. Sin bien ninguna paciente está en este grupo, se debe señalar que no es un dato fiable, debido a que muchas veces se hacen diagnósticos más precisos orientados al tratamiento, un ejemplo sería la APP misma, o mediciones del canal endocervical menores de 20 milímetros.

De los antecedentes de Isquemia Placentaria, el 100 % que corresponde a las 84 pacientes, reflejan no tener este antecedente. En algunos estudios se presenta como la segunda causa más frecuente de parto prematuro, las pacientes en trabajo de parto pretérmino también pueden clasificarse en base a la presencia o ausencia de lesiones inflamatorias en la placenta y membranas corioamnióticas. Podemos decir según resultados estadísticos que, en la sala de ARO del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, las pacientes estudiadas no tienen riesgo de presentar Trabajo de parto pretérmino porque no han presentado Isquemia Placentaria.

Con respecto a los hábitos tóxicos, el 97.62 % correspondiente a 82 pacientes, reflejaron no tener hábitos tóxicos mientras que solo un 2.38 % equivalente a 2 pacientes, consumían tabaco. La teoría refiere que el tabaquismo durante la gestación puede causar principalmente restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y parto pretérmino, sin embargo, se ha determinado una asociación adicional con desordenes metabólicos incluyendo la obesidad y el sobrepeso a edades tempranas. Aunque sabemos que la gran mayoría de pacientes no presentan riesgo relacionado al tabaquismo, una minoría de pacientes probablemente pudieron desarrollar amenaza de parto pretérmino debido al consumo del cigarrillo.

En cuanto a diabetes, se encuentra que el 98.81% correspondiente a 83 de pacientes, no cursan con dicha enfermedad, tan solo el 1.19% de la población estudiada, presento la patología, según información recolectada, las pacientes con diabetes suelen presentar muchas complicaciones maternas, del parto y fetales, así como la posibilidad de desencadenar una amenaza de parto pretérmino debido a enfermedades que evolucionan por esta entidad, en nuestro presente estudio, se encuentra íntimamente relacionado, el hecho de que la presencia de diabetes en el embarazo contribuye a una baja posibilidad de desencadenar amenaza de parto pretérmino, esto debido al adecuado manejo realizado por los obstetras al llevar una adecuada evolución del embarazo.

Del total de pacientes incluidas en nuestro estudio 14.29% eran pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, 12 de 84 pacientes representantes del universo total. El síndrome

hipertensivo en todas sus variantes ha sido una de las patologías más estudiadas y una de las que más complicaciones puede generar durante el embarazo. Una paciente hipertensa tiene mayor riesgo de una amenaza de parto pretérmino, sobre todo cuando a este cuadro crónico se suma una posible preeclampsia o en peor caso eclampsia y, se debe recurrir la finalización del embarazo mediante para cuidar la integridad de la madre y mejorar la sobrevida del neonato. Dados los resultados de nuestro estudio, podemos determinar una prevalencia considerable de pacientes con esta patología, siendo uno de los problemas a los que más seguimiento se da con los programas de salud enfocados en prevenir la morbilidad materna y perinatal.

Con la Variable de Antecedentes de Preeclampsia, del 100% de pacientes estudiadas, el 92.86%, correspondiente a 78 pacientes, resultaron no tener antecedentes, mientras que el 7.14 % equivalente a 6 pacientes si los presentan. La teoría refiere que la falta de suministro de sangre a la placenta por preeclampsia también puede aumentar el riesgo de tener algunos problemas de salud a largo plazo relacionados con el parto prematuro, como trastornos del aprendizaje, parálisis cerebral, epilepsia, sordera y ceguera. La mayoría de embarazadas en este estudio no corrió el riesgo de desencadenar estas complicaciones de salud, sin embargo, no podemos descartar que una minoría de gestantes que cursaron con preeclampsia pudieron estar expuestas ante cualquiera de esas complicaciones.

La eclampsia, siendo por sí misma una complicación obstétrica, las 84 gestantes equivalentes al 100% de la población estudiada, no presentaron la complicación, según información utilizada para la realización de este estudio, la eclampsia, pone en peligro, vida de la madre y la del feto, por lo que se decide optar a la finalización del embarazo por cesárea, se considera factor de riesgo de partos pretérminos por indicación médica; según nuestras investigaciones, la eclampsia no tiene relación directa con la aparición de amenaza de parto pretérmino, debido a que en nuestro grupo de usuarias, ninguna presento la complicación y siendo lo contrario, se finalizara el embarazo independientemente la edad gestacional, ocasionando partos pretérminos o a término.

El 100% de todas las pacientes que se tomaron en cuenta para este estudio no presentó el síndrome antifosfolípido entre sus diagnósticos. Esta entidad autoinmune se ha visto relacionada con múltiples afecciones obstétricas, como muertes y pérdidas fetales recurrentes, entre otras

afecciones. La amenaza de parto pretérmino se presenta como una consecuencia secundaria debida a una insuficiencia placentaria por la acción de los anticuerpos antifosfolípidos (AAF), aunque también se debe mencionar que a pesar de la terapéutica sigue existiendo una alta incidencia de complicaciones, como rotura prematura de membranas y desprendimiento de placenta normalmente inserta, ambos factores asociados a amenaza de parto pretérmino. En la muestra estudiada esta condición es nula, por lo cual la descartamos como un factor de gran prevalencia en esta población.

Con respecto a Lupus Eritematoso Sistémico, el 100 % de las gestantes, correspondiente a 84, reflejan no haber sido Diagnosticadas con esta Enfermedad. El lupus eritematoso sistémico por su parte, siendo más común en la mujer y sobre todo en la mujer joven, hace muy probable su aparición durante el embarazo, acarreando consigo complicaciones como: un tercio de los embarazos se finalizarán por cesárea, 33% serán partos prematuros y más del 20% desarrollará preeclampsia. De lo anterior podemos decir que nuestras pacientes en estudio no presentan Amenaza de parto prematuro relacionado a Lupus porque ninguna desarrolló esta patología durante su embarazo.

Con respecto a la tuberculosis, el 100 % de las gestantes estudiadas, no cursaron con la enfermedad, siendo este porcentaje 84 embarazadas, según revisiones de revistas de esta índole, la tuberculosis produce un aumento de amenazas de parto pretérmino y partos prematuros secundario a esta enfermedad, aunque las afectaciones pulmonares son más relevantes y de mayor gravedad, el tratamiento de esta entidad es seguro para las gestantes. En la presente investigación, la relación entre la tuberculosis y la aparición de amenaza o parto pretérmino, fue nula, esto debido a los programas de tuberculosis que se ejecutan a nivel nacional, en puestos y centros de salud, cumpliendo adecuadamente con protocolos y buen control epidemiológico, evitando así la aparición de esta patología.

En los controles prenatales, el 75% correspondiente a 63 gestantes, constaron con controles eficientes, mientras que el 25% equivalentes a 21 gestantes, tuvieron controles deficientes; según normativas y literaturas utilizadas para la elaboración de este trabajo investigativo, los controles prenatales son acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna y encontrar problemas maternos y/o fetales, según nuestra

investigación, los controles prenatales se muestran como un factor protector, ya que las pacientes con mayor atención prenatal, son más atentas ante cualquier señal de enfermedad y acuden a la unidad de salud, en relación de las pacientes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino y su finalización, resaltamos que las pacientes que pudieron llegar a partos a término, presentaron captaciones tempranas, 4 o más atenciones perinatales y un adecuado llenado de la historia clínica perinatal.

En los resultados obtenidos se obtuvo que 8.33% de las pacientes presentaban algún tipo de hallazgo patológico relacionado con enfermedad periodontal, este grupo representa a 7 pacientes del total estudiado. Según la teoría, esta se ha visto relacionada con la incidencia de parto prematuro debido a factores como una deficiente higiene bucal, cambios hormonales y vasculares, por lo que en el embarazo suele ser más común, alcanzado una mayor incidencia al octavo mes de gestación. A través de los resultados obtenidos podemos evidenciar que no representa un número alarmante entre los factores descritos, así mismo, según la normativa nacional 077 del Ministerio de Salud, se ha catalogado como un factor de riesgo bajo para parto prematuro. Además, en los protocolos para la vigilancia y control prenatal está estipulado la realización de dos controles odontológicos durante el embarazo, así como el tratamiento obligatorio en caso de un hallazgo anormal, por lo que consideramos un factor de riesgo controlado.

Sobre la infección de vías urinarias, un 91.67 % correspondiente a 77 pacientes, reflejaron que tenían esta enfermedad, mientras que el 8.33 % igual a 7 de ellas, no. La infección de las vías urinarias según la Normativa 077 (2018), se presenta en un 17% - 20% de las embarazadas a nivel nacional, y es un factor desencadenante de muchas condiciones adversas al embarazo, las cuales pueden influenciar durante la gesta, como amenaza de parto pretérmino y el trabajo de parto, así como en el neonato y a la madre durante el puerperio. Se ha asociado con el desarrollo de enfermedades como ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, trabajo de parto y partos prematuros, así como sepsis en el caso del neonato. Según resultado de este estudio, la gran mayoría de pacientes cursaban con infección de vías urinarias lo que nos lleva a la posibilidad de correlacionar las esta enfermedad con la Amenaza de parto pretérmino, sin embargo, una minoría no presentaba la infección. Por lo que podemos decir que la amenaza de parto prematuro pudiera estar relacionadas a otras causas.

Con respecto a las infecciones vaginales, el 86.90% de mujeres no presentaron estas enfermedades, mientras que el 13.10% curso infecciones vaginales durante el embarazo, según argumentos basados de la revista médica Scielo por Alberto Gonzales, Valencia Gómez y Rosio Dávila, esta entidad se ha asociado a parto pretérmino, independientemente de otros factores de riesgo y puede ser motivo de hasta un 40% de todos los casos de amenaza de parto pretérmino, resultados de la presente investigación concuerdan con teoría descrita en la revista, debido a que la infección vaginal fue, el único factor predisponente que desencadenó amenaza de parto pretérmino, incluso cuando se asocian otros factores de riesgo presentes en la mismas gestantes como escolaridad primaria, obesidad y cervicometría menor a 20 milímetros secundario a la enfermedad, finalizando la mayoría en partos pretérminos.

Con respecto al periodo intergenésico corto, solamente 3.57% del total de sujetos estudiados presentó esta condición, los cuales representan 3 pacientes de 84. Esta se asocia a una amenaza o a un parto prematuro debido al poco tiempo entre un embarazo y otro, lo que impide una regresión adecuada de los órganos necesarios para una gestación exitosa a la normalidad previa al embarazo, la poca y apresurada readaptación a un nuevo embarazo incrementa la posibilidad de presentar APP, incluso sin tener antecedente de este. En nuestra población, a través de los resultados obtenidos mediante esta investigación podemos darnos cuenta que este factor no alcanza un número alarmante en las pacientes, por lo cual no representa un riesgo mayor para la APP, al menos en nuestra población.

En cuanto a Ruptura prematura de membranas en el embarazo actual, del 100 %, 48.81% equivalente a 41 pacientes, no tuvieron, sin embargo, el 51.19%, correspondiente a 43 gestantes, si presentaron. La rotura prematura de las membranas ovulares predisponen al parto pretérmino y constituye uno de los factores de riesgo no modificables con mayor repercusión en esta entidad clínica. según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 40 % de los partos prematuros están precedidos de ruptura prematura de membranas. Según los resultados de este estudio, nos indica que se presenta relación significativa entre pacientes del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa con Ruptura prematura de membrana y Amenaza de parto pretérmino, sin embargo, las que presentan esta entidad, tienen mayor proporción y un riesgo inminente de concluir en parto pretérmino.

El 100% correspondientes a 84 embarazadas no utilizaban con dispositivo intrauterino, según la teoría, indica que este dispositivo presente en el embarazo, genera la existencia de riesgo de que la gestación termine en aborto, sepsis, ocasionar ruptura prematura de membrana y amenaza de parto pretérmino, no está de más recordar que es uno de los anticonceptivos más utilizados debido a su eficacia y duración, por lo que la estancia conjunta entre el embarazo y este contraceptivo es muy baja, al igual que se refleja en los resultados de la presente investigación.

En relación a la longitud cervical, el 55.95% correspondiente a 47 gestantes, presentaron cervicometría menor a 20 milímetros, el 28.57% evidenciando a 24 gestantes, no se le realizó del examen obstétrico, por último, solo el 15.48% representado a 13 gestantes, tuvieron una longitud del cérvix mayor a 20 milímetros; diversas literaturas y norma de ministerio de salud, aseguran la importancia de realizar cervicometría debido a que esta brinda enormemente beneficios en relación a la prevención, predicción y evolución clínica de la amenaza de parto pretérmino, la relación entre lo escrito y resultados encontrados en este estudio, revela que las usuarias que cursaron con longitud del cérvix mayor a 20 milímetros, llegaron a tener parto a término, mientras que el resto de gestantes se tuvieron un parto pretérmino, aumentando así la importancia de realizar en tiempo y forma la cervicometría para actuar de manera correcta y evitar complicaciones perinatales.

Ninguna de las pacientes estudiadas presentó desprendimiento prematuro de membrana durante el embarazo actual. Esta patología no suele ser frecuente, presentándose en cerca del 1% de todos los embarazos que presentan factores de riesgo para esta, mismos de los cuales comparte con la amenaza de parto pretérmino. Asociándose también a enfermedades vasculares crónicas de la madre, principalmente la hipertensión, la cual puede desencadenar este evento, aunque también puede ser provocado por traumas, entre otras causas. Afortunadamente no es algo común en nuestra población, los resultados de nuestra investigación evidencian este dato, es decir, no representa un factor de riesgo significativo.

En la Variable de Cesárea Anterior, un 90.48 % correspondientes a 76 pacientes, no han tenido este tipo de procedimiento mientras que el 9.52 % que equivalen a 8, si han tenido este antecedente. La cesárea constituye la vía quirúrgica para la finalización de los embarazos, es un recurso que debería utilizarse solo cuando sea necesario. Sin embargo, cada vez hay más mujeres que prefieren este método principalmente por resultarles menos traumático y menos doloroso. De

esto podemos decir que la mayoría de pacientes con Amenaza de parto prematuro del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa, tenían la opción de terminar su embarazo naturalmente en un nacimiento por vía vaginal, sin embargo, una minoría habrían finalizado con Cesárea por indicación anterior.

En los resultados obtenidos, al 28.57% de las embarazadas no se les realizó cervicometría en las semanas estipuladas, equivalentes a 24 de 84 pacientes. La cervicometría es sin duda una herramienta indispensable y obligatoria durante el embarazo, principalmente en aquellas pacientes que ya han presentado amenaza de parto pretérmino en embarazos anteriores, en las que se recomienda la realización de esta entre las semanas 14 y 24. La longitud del canal endocervical por debajo del valor establecido en dependencia de si es un embarazo único o gemelar, representa un alto valor diagnóstico y predictivo para amenaza de parto pretérmino, por lo cual adquiere una gran relevancia en esta patología. Mediante los resultados obtenidos, nos damos cuenta de que un porcentaje significativo de las pacientes carecía de registro en sus expedientes de haberse realizado cervicometría, siendo este un examen obligatorio. Desconocemos la causa de esto, pero lo atribuimos a que durante la revisión de expedientes clínicos muchos de estos no tenían ni un ultrasonido alojado. A pesar de esto, consideramos un factor de suma importancia, debido a la fuerte evidencia científica en cuanto a sus beneficios y utilidades demostradas.

Con respecto al Estado nutricional de las gestantes, un 11.90 % que corresponden a 10 pacientes se encuentran en bajo peso, 35.71 %, equivalente a 30 pacientes se clasifican como peso normal, el 41.67% equivalente a 35 se ubican en sobre peso, siendo este el grupo de mayor predominio, mientras que solo el 10.71 % que se iguala a 9 pacientes siendo este el grupo de menos proporción, se clasifican en Obesidad. La teoría nos explica que el sobrepeso y la obesidad materna están asociadas a múltiples complicaciones, principalmente estados hipertensivos del embarazo y diabetes gestacional, además de: infecciones urinarias, parto de pretérmino, afectación neonatal, grandes para la edad gestacional y mayor tasa de cesárea. Con estos resultados podemos decir que la mayoría de embarazadas que ingresaron a servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa respaldan las estadísticas de que el sobre peso y la Obesidad pudieron haber desencadenado amenaza de parto prematuro.

Según los resultados obtenidos, en 74 pacientes de 84, equivalentes al 88.10% no se evidenció ningún factor de riesgo fetal. Sin embargo, del restante de 10 pacientes 8 eran embarazos múltiples, igual al 9.52% del total. En cuanto a macrosomía fetal y malformaciones solo se identificó un caso para cada factor, ambos equivalentes a 1.19%. Existen factores fetales que se han asociado al desarrollo de APP, entre ellos malformaciones, macrosomía, pero con gran diferencia y en mayor medida existe una fuerte relación con los embarazos múltiples, en los que la mortalidad materna y perinatal es mayor, existe un mayor riesgo de RPM y de preeclampsia, ambos asociados también a APP. El riesgo es mayor cuanto mayor es el número de fetos que ocupan la cavidad uterina, de hecho, estadísticamente, el 50% de embarazos gemelares terminan en parto pretérmino. Mediante esta investigación, determinamos que las causas fetales no tienen una prevalencia elevada en nuestra población, pero debemos mencionar el hecho de que casi la totalidad de los casos en los que se identificaron, eran embarazos múltiples, siendo por se un factor de riesgo de importancia para cualquier embarazo, en cualquier momento del mismo.

Del total de 100%, equivalente a 84 usuarias, tan solo el 2.38% corresponde a causas externas, con el predominio total de traumas directos, siendo golpes y caídas. Según teoría revisada, a partir de las 32 semanas de gestación, es más susceptible las caídas debido al peso del útero grávido, esto por alteración de la estática corporal, y laxitud de articulaciones, pudiendo desencadenar la aparición de amenaza de parto pretérmino, relacionado con el presente estudio, destaca que 2 gestantes con traumas directos, desencadenaron amenaza de parto pretérmino, finalizando en partos pretérmino, evidenciando que este tipo de causas son factor de riesgo de relevancia ante el embarazo y su evolución.

De la Finalización del Embarazo tenemos que el 86.90 % equivalente a 73 del total de embarazadas finalizaron su estado de embarazo en parto pretérmino, siendo este de mayor predominio, mientras que el 13.10 % que corresponde a 11 gestantes terminaron su embarazo en parto a término. Según Gina Paucar Espinal, R2 del complejo hospitalario Universitario Albacete en su estudio, En España, la tasa de prematuridad es del 9,5% del total de nacimientos. Nuestros resultados refuerzan las estadísticas respecto al nacimiento, sin embargo, no descartamos que, con el manejo adecuado, aun siendo la minoría, es posible llevar este estado a un nacimiento a término.

20. CONCLUSIONES

La amenaza de parto pretérmino es una patología obstétrica multifactorial que, en la mayoría de los casos aparece en mujeres que no presentan ningún factor de riesgo. En nuestro estudio logramos identificar algunos factores asociados a esta patología que predominan sobre otros factores clásicos descritos como el tabaquismo, la escolaridad, antecedente de amenaza de parto pretérmino/rotura prematura de membranas e infecciones periodontales o vaginales, las cuales, a pesar de ser factores de importancia, no se identificaron en la mayoría de las embarazadas o se alcanzaron porcentajes bajos. Por otra parte, la presencia de rotura prematura de membranas durante el embarazo actual se identificó en 43 pacientes, un 53.19 % del total, el que consideramos el factor de riesgo por excelencia en nuestra población de estudio, en la que a prácticamente 1 de cada 2 gestantes con amenaza de parto pretérmino le precedía ruptura prematura de membrana. Otro dato que llama nuestra atención es la proporción de pacientes que no cuenta con cervicometría, siendo esta obligatoria sobre todo en un segundo nivel de atención médica, debido a que su realización se puede prevenir patologías obstétricas, así como su predicción y evolución clínica, alcanzando un 28.57 % o 24 pacientes. Debemos hacer mención del estado nutricional de las pacientes, sobre todo porque es un factor de riesgo modificable, en donde 52.8 % se encontraba sobre el valor considerado saludable, es decir, se trata de pacientes con sobrepeso (41.67 %) u obesidad (10.71 %). Se encontró que la mayor parte de población no presentaba edades de riesgo, procedían de zonas urbanas, con 76.19 % del total ejerciendo como amas de casa, la mitad de la población era nulípara y menos de 6 % carecían de educación básica. Lo expuesto anteriormente permite concluir que la amenaza de parto pretérmino puede presentarse en ausencia de factores de riesgo, incluso en presencia de factores “protectores” (edad ideal, peso saludable, etc.). Sin embargo, existen algunos desencadenantes como rotura prematura de membranas que conllevan un riesgo mucho más elevado de desarrollar amenaza de parto pretérmino, y otras condiciones como el estado nutricional que propician esta condición clínica.

21. RECOMENDACIONES

21.1. Nivel comunitario

Continuar y mejorar la educación y capacitación de los miembros de redes comunitarias para la identificación de factores de riesgo en la embarazada que puedan comprometer su condición.

21.2. Nivel primario

Evaluar y vigilar de forma más estricta el llenado de las historias clínicas perinatales de forma que sean un instrumento que cumpla efectivamente su utilidad

Asegurar el cumplimiento de cada uno de los procedimientos que forman parte de los controles prenatales para mejorar la calidad de los datos pertinentes a la embarazada y su evolución

Contar con los instrumentos necesarios y en buenas condiciones para atenciones de calidad.

21.3. Nivel secundario

Garantizar el cumplimiento de los protocolos existentes en las normas nacionales sobre la prevención y el manejo de las complicaciones obstétricas.

22. BIBLIOGRAFIA

- Valencia, F., Epiqueñ, R., & Herrera, J. (2009). *Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general*. Obtenido de Scielo Peru:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2009000400005
- Álvarez Gonzáles, N. (2021). *El embarazo y el parto en mujeres bajitas. Riesgos y complicaciones*. Venezuela: 2021.
- Álvarez, D., & Pérez, C. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo Mishel. *Avances en enfermería*, 35, 77-86.
- AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. (november de 2002).
Complicaciones de la gestación múltiple. (MontgomeryHighway, Ed.) *AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE*.
- Arizmendi, J., & Carmona, V. (2012). Diabetes gestacional y complicaciones neonatales. *Revista Médica*, 50-60.
- Avila, M., & Vadillo, F. (Octubre-Diciembre de 2014). Aborto recurrente. Una revisión. *Revista Médica. Universidad Autónoma de Sinaloa*, 125.
- Badía, R. (1985). Salud ocupacional y riesgos laborales. 20.
- Barberena Davis, Sheyla; Palacios Rodríguez, Jerlings;. (2017). Factores asociados a la amenaza de parto pretermino en embarazadas atendidas en el hospital alemán nicaraguense. *Tesis monográfica*, 30-42.
- Barón, J., Panduro, E., & Pérez, J. (agosto de 2017). Cambios en la estática fetal y factores predisponentes durante el embarazo. *Ginecol Obstet Mex*, 519-524.

Blandon, G. Y., & Davila, M. M. (2019). Complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 35.

Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía, 33-36.

Cararach, R., & Botet, M. (2008). *Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP*. Barcelona.

CLINIC BARCELONA. (27 de MAYO de 2019). *CONTROL GESTACIONAL EN GESTANTES*

CON CESÁREA ANTERIOR. Obtenido de BCNATAL:

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>

Clinic Barcelona. (2019). Protocolo de rotura prematura de membrana. *Rotura prematura de membrana, 1 - 13.*

Coca Payeras, Antonio; Sierra Benito, Cristina ; Camafort Babkowski, Miguel ;. (20 de febrero de 2018). *Clinic Barcelona*. Obtenido de Hipertensión Arterial:

<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/hipertension-arterial/causas-y-factores-de-riesgo>

Cofré, F., Delpiano, L., Labraña, Y., Reyes, A., Sandoval, A., & Izquierdo, G. (2016). Síndrome TORCH. *SCIELO*, 191 - 199. Obtenido de

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n2/art10.pdf>

Confederacion Empresarial de Madrid (CEIM); Comisiones Obreras de Madrid (CCOO);.

(2012). Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de la. *Trabajo y Embarazo*.

Obtenido de file:///C:/Users/donal/Downloads/BVCM019003.pdf

CUENCA MONDOY, E. (2013). Prevalencia y factores de riesgo de rotura prematura de membranas. *Universidad de cuenca*, 11 - 17.

- Danza, Á., Ruiz, G., & Munther, K. (2016). El embarazo en las enfermedades autoinmunes sistémicas: mitos, certezas y dudas. *Medicina Clínica*, 306.
- Donoso, E., & Carvajal, J. (16 de agosto de 2014). *La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna*, 168-174. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
- Ellazgo, C. A., Mejia, R. M., & Dario, G. (2016). Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y. *iMedPub Journals*, 2-5. Obtenido de iMedPub Journals: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
- Enrique Donoso, Carvajal, J., Vera, C., & Poblete, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Scielo*, 4. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004
- Escobar Padilla, B., Gordillo, D., & Martinez, H. (2009). Gineco-Obstetricia. En B. Escobar Padilla, D. Gordillo, & H. Martinez, *Factores de riesgo asociados a amenaza de partp pretermino en hospital de segundo nivel* (págs. 424 - 428). Mexico: HGAO. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>
- Espinoza, J. (2008). Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54, 15-21.
- Estrada, A., Figueroa, R., & Villagrana, R. (2010). *Infección de vías urinarias en la mujer embarazada*. México D.F.

- Fawed Reyes, Oscar ; Erazo Coello, Alejandro ;. (25 de Marzo de 2016). *ARCHIVOS DE MEDICINA*. Obtenido de Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y:
<https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>
- Fetal Medicina Barcelona. (24 de agosto de (2015)). *PROTOCOLOS / PATOLOGÍA MATERNA Y OBSTÉTRICA*. Obtenido de Amenaza de Parto Pretérmino:
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/amenaza-parto-pretermino.html>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). *El costo económico de embarazo en niñas y adolescente*. EL salvador: (UNFPA). Obtenido de
https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Costo%20econ%C3%B3mico%20del%20embarazo%20adolescente_0.pdf
- Gobierno del estado de Sonora. (2018). *DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SIFILIS EN EL EMBARAZO Y PREVENCIÓN DE LA SIFILIS CONGENITA*. Sonora: Sonora 2018.
- Gómez, J., & Cervera, R. (2008). Lupus eritematoso sistémico. *Medicina & Laboratorio*, 211.
- González , M., González, M. P., Pisano, C., & Casale, R. (2019). *El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo?* Argentina: Federacion Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecologia. Obtenido de <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>

Gonzales, A., Ortiz Zaragoza, C., Davila, R., & Valencia Gomez, C. (2 de Mayo de 2017).

SCIELO. Obtenido de Infecciones cervicovaginales en gestantes:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000200007

Goya, M., Arencibia, A., Rodrigues, A., Benito, V., & Garcia, J. (3 de Mayo de 2006).

ELSEVIER. Obtenido de Enfermedad tuberculosa durante el embarazo:

<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-enfermedad-tuberculosa-durante-el-embarazo-13086176>

Hashimoto Pacheco, H. (2016). *Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad*. Trujillo-

Perú: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO. Obtenido de

https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2207/1/RE_MED.HUMA.LUIS.GARCIA_MULTIPARIDAD.COMO.FACTOR.DE.RIESGO.PARA.ENFERMEDAD_DATOS.pdf

Healthy children. (2022). se explican nuevas determinaciones del embarazo. *American academy*

of pediatrics, 1. Obtenido de [https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-](https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/Full-Term-Pregnancy-New-Meaning-Explained.aspx)

[stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/Full-Term-Pregnancy-New-Meaning-](https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/Full-Term-Pregnancy-New-Meaning-Explained.aspx)

[Explained.aspx](https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/Full-Term-Pregnancy-New-Meaning-Explained.aspx)

Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio. (1014). Metodología aplicada.

metodologia aplicada, 50-62.

Instituto Nacional del Cancer. (2019). Embarazo. *Instituto Nacional de la Salud EE.UU.*, 1.

López, A., Reyes, Y., María, H., & Dinorah, P. (2013). Artritis reumatoide y embarazo. *Revista*

Cubana de Reumatología, XV.

- Lozano, A., Betancourth, W., Melendez, L., Cueva, J., & Ocampo, D. (2016). *Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo*.
- Lupus y embarazo: artículo de revisión. (2014). *Revista Latina Perinatal*, 264-274.
- Macias Seda, J., Alvarez Gomez, L., & Orta, M. (2010). Emergencia y catastrofes. En U. d. España, *Traumatismos en embarazadas* (págs. 237 - 234). Sevilla: DPTO SEVIOLA FORDS. Obtenido de http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Traumatismos_en_la_embarazada.pdf
- Martinez Baez, M., & Jiron Espinoza, S. (2018). Nutricion durante el embarazo. *Samnutrict*, 9.
- Martínez Torrez, D. (2018). *Factores asociados a complicaciones obstétricas en embarazadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada San Carlos Rio San Juan, Enero – Diciembre 2018*. Managua: UNAN. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/13672/1/Daysi%20del%20Carmen%20Mart%C3%ADnez%20Torrez.pdf>
- Martínez, J., & Pereira, M. (septiembre-diciembre de 2015). Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia). *Salud Uninorte*, XXXII(3), 453.
- Martinez, R. C., & Florez, R. G. (2015). Factores de riesgo de complicaciones obstetricas. *HBCR*, 20-49.
- Masgo, M. (2003). Malformaciones congénitas en recién nacidos vivos. *Tesis Digitales*.
- MAYO CLINIC. (2021). *Analisis de sangre de factor Rh*. Mexico: Mayo Foundation for Medical Education and Research. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/rh-factor/about/pac-20394960>

- MEDICLINEPLUS. (5 de 4 de 2019). Medical ORGANIC. *Infecciones durante la gestacion*, 4.
- Ministerio de Salud - Normativa 077. (2018). *protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico*. Managua: UNFPA.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo* (1 ed.). Quito-Ecuador: El Telégrafo.
- MINSa Nicaragua Normativa 011. (2015). Atenciones prenatales. En MINSa-Nicaragua, *Normas y protocolos para la atencion prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo* (págs. 81 - 100). Managua: MINSa-Nicaragua.
- MINSa NORMATIVA 077. (2018). Protocolo para el abordaje del alto riesgo obstetrico. En *MINSa* (pág. 91). Managua: MINSa.
- MINSa normativa 109 complicaciones obstetricas. (2018). *Protocolo para la atencion de complicaciones obstetricas*. Managua: Managua Nicaragua.
- Moldenhauer, J. (2020). *Ruptura Prematura de Membranas (RPM)*. Philadelphia: Manual MSD version para profesionales. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>
- Monterrosa, A. (1995). Incompetencia cervical: diagnóstico y tratamiento. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 46(2), 105-108.
- Ochoa, A., & Perez Dettoma, J. (2009). Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. *Scielo*, 2 - 8. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-

- Piura, L. J. (2008). Metodología de la investigación científica. En L. J. Piura, *estudios analíticos observacionales* (pág. 96). Managua: Managua Xerox.
- Posadas Robleto, F. J. (2018). *Embarazo y VIH ¿indicación absoluta de cesárea?* Mexico: Consejo mexicano de ginecología y obstetricia. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom186d.pdf>
- REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*. (2014). Obtenido de ASMA EN EMBARAZO : <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142j.pdf>
- Rodriguez Bendezú, J. L. (2017). *“Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del hospital ventanilla*. Luma-Perú: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1250/142%20RODR%C3%8DGUEZ%20BENDEZ%C3%9A.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rojas, E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2012). DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 7-12.
- Rosales, P., & Gonzales, Y. (2019). COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, EN EL PERIODO JULIO-DICIEMBRE DEL 2017. *Universidad Peruana del centro*.
- Sanabria, J., Arce, J., Sierra, O., & Gil, A. (2016). Tabaquismo materno como un factor posiblemente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 527.

Schryver, A., & Meheus, A. (1993). Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual.

Bol of Sanit Panam, 68(5), 1-22.

Segundo, C., Salvador, J., Díaz, J., & Paredes, J. (27 de Junio de 2011).

<http://www.scielo.org.pe/>. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000400006

SESCAM. (2012). Parto pretermino y amenaza de parto pretermino. En SESCAM, *Servicio de*

obstetricia y ginecologia (págs. 678 - 679). España: GONESF.

SILAIS-CHONTALES. (2018). Amenaza de parto pretermino. *SILAIS*, 23.

Smith Karson, C., Krafon, J., & Temseen, P. (2019). Amenaza de parto pretermino.

Nosmenpubg, 19.

Teachea, D., & Medina. (2006). *Revista Medica del Uruguay. El estado civil materno y su*

asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria, Párr. 5.

Obtenido de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009#:~:text=Este%20estudio%20confirma%20hallazgos%20previos,efecto%20de%20otras%20variables%20confundentes)

[03902006000100009#:~:text=Este%20estudio%20confirma%20hallazgos%20previos,efecto%20de%20otras%20variables%20confundentes](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009#:~:text=Este%20estudio%20confirma%20hallazgos%20previos,efecto%20de%20otras%20variables%20confundentes).

Vélez, J., Herrera, L., Arango, F., & López, G. (22 de Septiembre de 2004). Malformaciones

congénitas: Correlación, diagnóstico ecográfico y clínico. *Revista Colombiana de*

Obstetricia y Ginecología, 201-208.

Villanueva, L. (2018). *Alto Riesgo Obstetrico*. Los angeles: chimbote.

23. ANEXOS

24. CARTA DE SOLISITUD DE DATOS

Julgalpa, Chontales. 20/01/2022

Dr. José Francisco Ochoa Brizuela
Director General
Hospital Escuela Regional Asunción, Julgalpa

Estimado Dr. Ochoa,
Su Despacho.

Cordiales saludos a usted y su familia.

Somos estudiantes de la UNAN – FAREM – Chontales del 5to año de la carrera de Medicina y Cirugía; con identificaciones Donald Josué Martínez Fernández; Carnet: 18715385, Nicolás Antonio Pérez Guzmán, carnet: 17801933 y Ernesto Mejía Martínez; carnet: 09085932.

Le solicitamos encarecidamente su apoyo al permitirnos realizar una revisión de los expedientes clínicos, puesto que estamos trabajando nuestra tesis monográfica con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes que ingresan a la sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción Julgalpa, Chontales en el periodo Enero a Junio 2021.

Al realizar este trabajo usted nos estará contribuyendo en gran manera en nuestra formación integral como médicos puesto que requerimos ciertos datos del los expedientes clínicos para procesos estadísticos. Le garantizamos q el uso de esta información es meramente confidencial y con fines académicos, de no ser así estamos dispuestos a comparecer ante la ley bajo los procesos que esta estime conveniente.

Sin mas a que hacer referencia me suscribo de usted fraternalmente y deseándole un exitoso día.

Att: 1.

- 2.
- 3.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL ESCUELA REGIONAL ASUNCION

*DOSSIER
PRONOSIS
SEGUN SU
TIEMPO*

[Handwritten signature]
Dra. Katherine Guzmán Guindo
Tutora Médica
DR. MEDICINA OBSTETRICIA
COD. MIN. 011111111111

[Handwritten signature]
Dr. José Alberto Mora Maltez
Tutor Clínico

25. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Fecha Actividades	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	N.º Semanas				N.º Semanas				N.º Semanas				N.º Semanas				N.º Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Tema general, tema delimitado																				
Objetivo general y específicos																				
Antecedentes y planteamiento de problemas																				
Hipótesis, justificación																				
Marco teórico, marco legal																				
Diseño metodológico																				
Operacionalización de variables																				
Instrumento de aplicación y validación																				
Llenado del instrumento																				
Procesamiento de datos																				
Análisis de datos y Conclusiones																				
Recomendaciones generales y revisión																				

26. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Instrumentos para la recolección de información sobre `factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino`. sala de alto riesgo obstétrico. Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa Chontales. Enero - junio 2021.

Sociodemográfica

Variable	Ítems
Datos sociodemográficos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Edad <ul style="list-style-type: none"> <15 años 16 a 20 años 21 a 35 años >35 años ○ Estado civil <ul style="list-style-type: none"> Soltera Casada Unión libre Otro: _____ ○ Ocupación u oficio. <ul style="list-style-type: none"> Ama de casa Asistente del hogar Comerciante Otros: _____ ○ Procedencia <ul style="list-style-type: none"> Urbana

	<ul style="list-style-type: none"> Rural ○ Escolaridad Primaria Secundaria Técnico Universitario Iletrado
--	--

Factores de riesgo de amenaza da parto pretérmino.

Variable	Ítems
Embarazo previo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Parto pretérmino ○ Rotura prematura de membrana ○ Incompetencia itsmicocervical ○ Isquemia placentaria ○ Tratamiento con progesterona a pacientes con cervicometria <20mm
Hábitos Tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alcoholismo ○ Tabaquismo ○ Drogas ○ Fármacos
Antecedentes patológicos personales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes ○ HTA

	<ul style="list-style-type: none">○ Preeclampsia○ Eclampsia○ Síndrome antifosfolípido○ LES○ Tuberculosis
Embarazo actual	<ul style="list-style-type: none">○ Controles prenatales deficientes (<4 CPN)○ Paridad○ Infecciones periodontales○ Infecciones de vías urinarias○ Infecciones vaginales○ Periodo intergenésico corto (<24 meses).○ RPM○ DIU concomitante con el embarazo○ Longitud cervical menor de 20mm○ Desprendimiento de placenta normalmente inserta○ Estado nutricional<ul style="list-style-type: none">Bajo pesoNormo pesoSobre peso

	<p>Obesidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cesárea anterior ○ No realización de cervicometría entre las semanas 14 y 24 de gestación.
Causas fetales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Malformaciones fetales ○ Embarazos múltiples ○ Macrosomías ○ Polihidramnios ○ TORCH
Causas externas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Traumas directos (golpes, caídas, violencia) ○ Traumas indirectos (desaceleraciones)
Finalización del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pretérmino (22 a 36 6/7 SG) ○ A término (37 a 41 SG)

27. HOJAS DE VALIDACION POR LOS JUESES.

Hoja de validación del instrumento

Estimados docentes reciban ustedes nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del proyecto de investigación titulado: "Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo de enero a junio de 2021".

Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencia sobre dicho tema, por ello le pedimos que responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero, sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

Nombre y apellido Dr Esau Lazo G.

Profesión Medico

Especialidad G-U

Datos de calificación

¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivos de la investigación?

- A) Si
 B) No

Si la respuesta es no diga por qué?

¿La estructura del instrumento es adecuada?

- A) SI
 B) NO

SI la respuesta es No diga porque?

Dr. Esau Lazo G.
 Gineco-Obstetra
 Cmt MINSA 15899

¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que

¿Los ítems del instrumento responden correctamente a la operalización de variables?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que?

¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que

¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?


- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

¿Usted agregaría algún ítem?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?


Dr. Esau Lazo G
Gineco-Obstetra
Cod. MINSA 1589F

¿Usted eliminaría algún ítem?

- A) Si
- B) No

Si su respuesta es No diga por que

Recomendaciones y/o sugerencia para mejorar el instrumento.


Dr. Esau Lazo G.
Gineco-Obstetra
Cod. MINSU 15898

Hoja de validación del instrumento

Estimados docentes reciban ustedes nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del proyecto de investigación titulado: "Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo de enero a junio de 2021".

Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencia sobre dicho tema, por ello le pedimos que responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero, su resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

Nombre y apellido Dr. Orlando Francisco Juárez Jairo
 Profesión Medico
 Especialidad Ginecología - Obstetricia

Datos de calificación

¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivos de la investigación?

- A) Si
 B) No

Si la respuesta es no diga por qué?

¿La estructura del instrumento es adecuada?

- A) SI
 B) NO

SI la respuesta es No diga porque?

Dr. Orlando Juárez Jairo
 Gineco-Obstetricia
 C.O. Amara 4409

¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que

¿Los ítems del instrumento responden correctamente a la operacionalización de variables?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que?

¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que

¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

¿Usted agregaría algún ítem?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

Dr. Orlando Torres Blanco
Ginecología-Obstetría
COP. MINSA 00001

¿Usted eliminaría algún ítem?

A) Si

B) No

Si su respuesta es No diga por que

Recomendaciones y/o sugerencia para mejorar el instrumento.

Dr. Orlando Pineda Blanco
Gineco-Obstetra
CÓD. MMDA 4447

Hoja de validación del instrumento

Estimados docentes reciban ustedes nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del proyecto de investigación titulado: "Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo de enero a junio de 2021".

Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencia sobre dicho tema, por ello le pedimos que responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero, sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

Nombre y apellido

Olivia D. Marín Cabreón

Profesión

Enfermera y Obstetra

Especialidad

A circular stamp with a signature over it. The text in the stamp reads: "Martínez C. OBSTETRA GINECOLOGA ENFERMERA ENSA 11807".

Datos de calificación

¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivos de la investigación?

A) Si

B) No

Si la respuesta es no diga por qué?

¿La estructura del instrumento es adecuada?

A) SI

B) NO

SI la respuesta es No diga porque?

¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados?

A) Si

B) No

Si su respuesta es No diga por que

Redacción en poco losos pero en general bien.

¿Los ítems del instrumento responden correctamente a la operacionalización de variables?

A) Si

B) No

Si su respuesta es No diga por que?

¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

A) Si

B) No

Si su respuesta es No diga por que

¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

A) Si

B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

A) Si

B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

¿Usted agregaría algún ítem?

A) Si

B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

Se ajusta a los objetivos establecidos.

Dr. Omaira Martínez
GINECOLOGISTA
ECOGRAFISTA
CÓD. MINT. 1111

¿Usted eliminaría algún ítem?

- A) Si
- B) No

Si su respuesta es No diga por que

ninguna respuesta

Recomendaciones y/o sugerencia para mejorar el instrumento.

*comprobar ortografía ejemplos. buscar más actual
ítem. Control prenatal Indefinidos -*

[Signature]
Dr. Olaya A. Martínez C.
GINECO - OBSTETRA
ECOGRAFISTA
CÓD. MINSA 11807

[Signature]
Dr. Olaya A. Martínez C.
GINECO - OBSTETRA
ECOGRAFISTA
CÓD. MINSA 11807

Hoja de validación del instrumento

Estimados docentes reciban ustedes nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del proyecto de investigación titulado: "Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes que ingresan a sala de alto riesgo obstétrico del Hospital Escuela Regional Asunción Juigalpa Chontales, en el periodo de enero a junio de 2021".

Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencia sobre dicho tema, por ello le pedimos que responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero, su resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

Nombre y apellido Wilber Pavón Baldeoloma
 Profesión Medico GO
 Especialidad GO

Datos de calificación

¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivos de la investigación?

- A) Si
 B) No

Si la respuesta es no diga por qué?

¿La estructura del instrumento es adecuada?

- A) SI
 B) NO

SI la respuesta es No diga porque?

[Firma]
 M. en G. Obstetricia
 C. M. 22543

¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que

¿Los ítems del instrumento responden correctamente a la operacionalización de variables?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que?

¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por que

¿Las categorías de cada ítem son suficientes?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

¿El número de ítem es adecuado para su aplicación?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?

¿Usted agregaría algún ítem?

- A) Si
 B) No

Si su respuesta es No diga por qué?


Módulo 22543

¿Usted eliminaría algún ítem?

- A) Si
- B) No

Si su respuesta es No diga por que

Recomendaciones y/o sugerencia para mejorar el instrumento.

[Handwritten Signature]
Médico Obstetra
C. U. Múnica 22345

28. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Validez de contenido: Prueba Binomial: Juicio de expertos.

Criterios	P					
	1	2	3	4		
1. ¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema y objetivo de la investigación?	1	1	1	1		0.0625
2. ¿La estructura del instrumento es adecuado?	1	1	1	1		0.0625
3. ¿Los ítems del instrumento están correctamente formulados (claros y entendibles)?	1	0	1	1		0.25
4. ¿Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable?	1	1	1	1		0.0625
5. ¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?	1	1	1	1		0.0625
6. ¿Las categorías de cada ítem son suficientes?	1	1	1	1		0.0625
7. ¿El número de Ítems es adecuado para su aplicación?	1	1	1	1		0.0625
8. ¿Usted agregaría algún ítem?	1	0	0	0		0.25
9. ¿Usted eliminaría algún ítem?	0	0	0	0		0.0625
10.Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento	0	0	1	1		0.375

Tabla 1 validez de instrumento

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Suma	Probabilidad
Item 1	1	1	1	1	4	0.0625
Item 2	1	1	1	1	4	0.0625
Item 3	1	0	1	1	3	0.25
Item 4	1	1	1	1	4	0.0625
Item 5	1	1	1	1	4	0.0625
Item 6	1	1	1	1	4	0.0625
Item 7	1	1	1	1	4	0.0625
Item 8	1	0	0	0	3	0.25
Item 9	0	0	0	0	0	0.0625
Item 10	0	0	1	1	2	0.375
						1.3125

Tabla 2 cálculo de validez

Escala de Validez Según Jueces: Prueba Binomial

0.53 a menos	validez nula
0.54 a 0.59	validez baja
	válida
0.66 a 0.71	Muy válida
0.72 a 0.99	Excelente Validez
1.0	validez perfecta

Tabla 3 escala de validez según jueces: prueba binomial

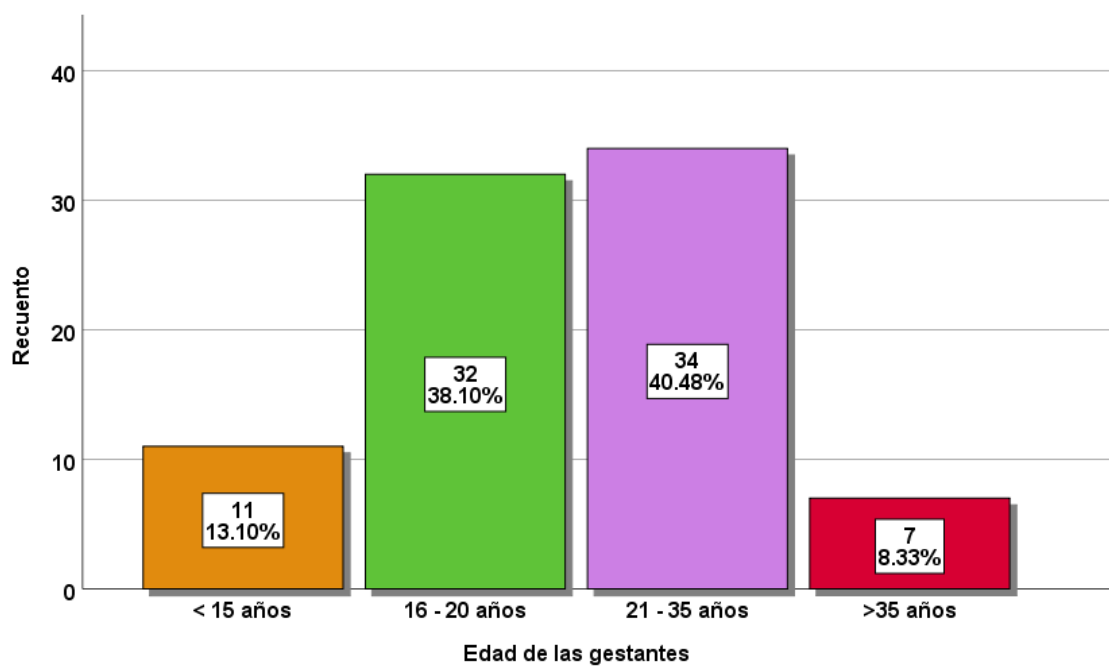


Gráfico 1: Edad de las gestantes

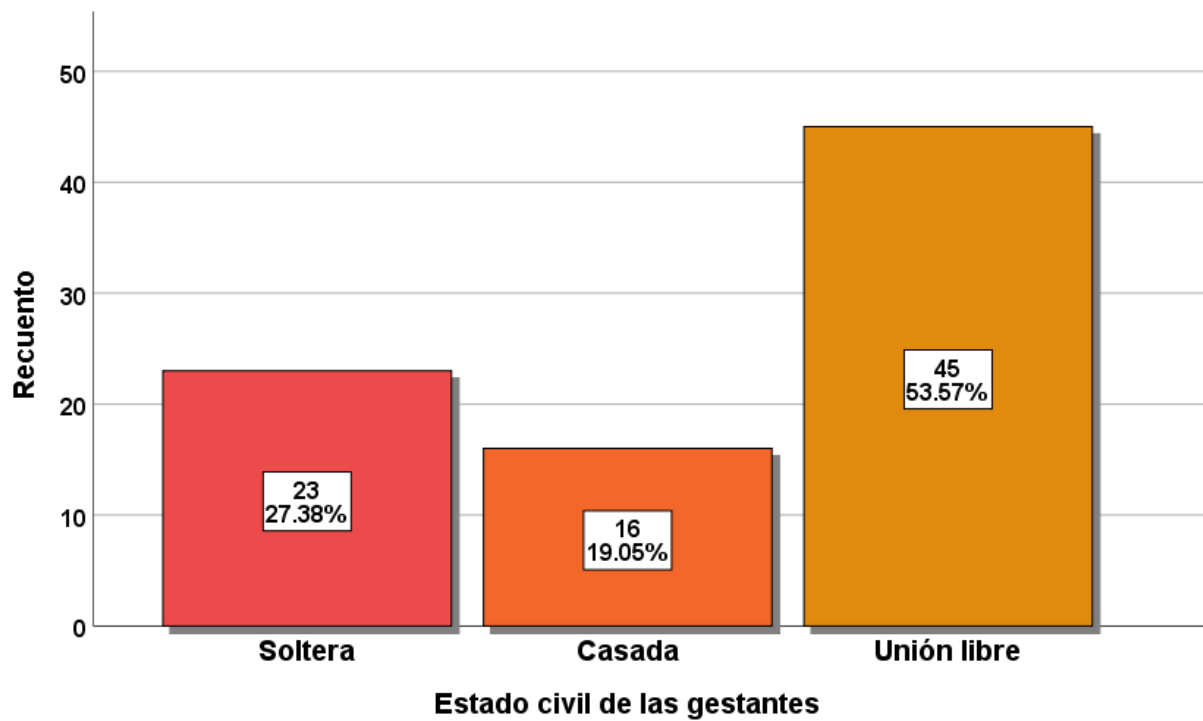


Gráfico 2: Estado civil de las gestantes

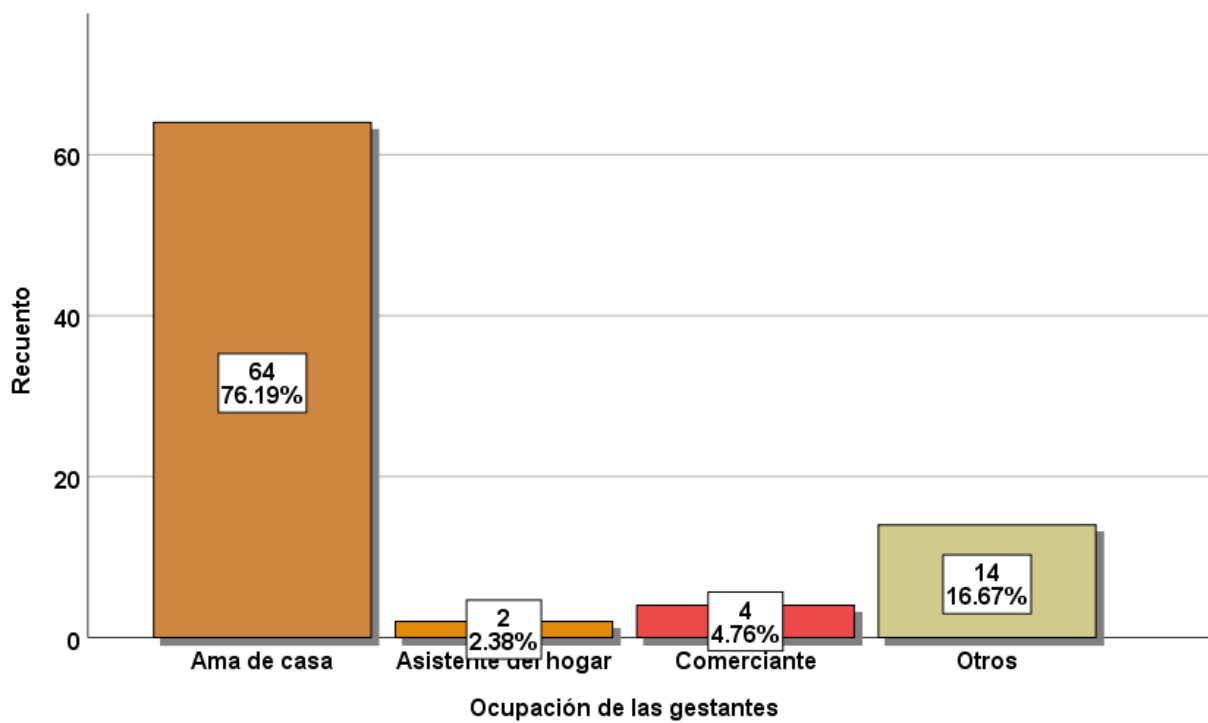


Gráfico 3: Ocupación de las gestantes

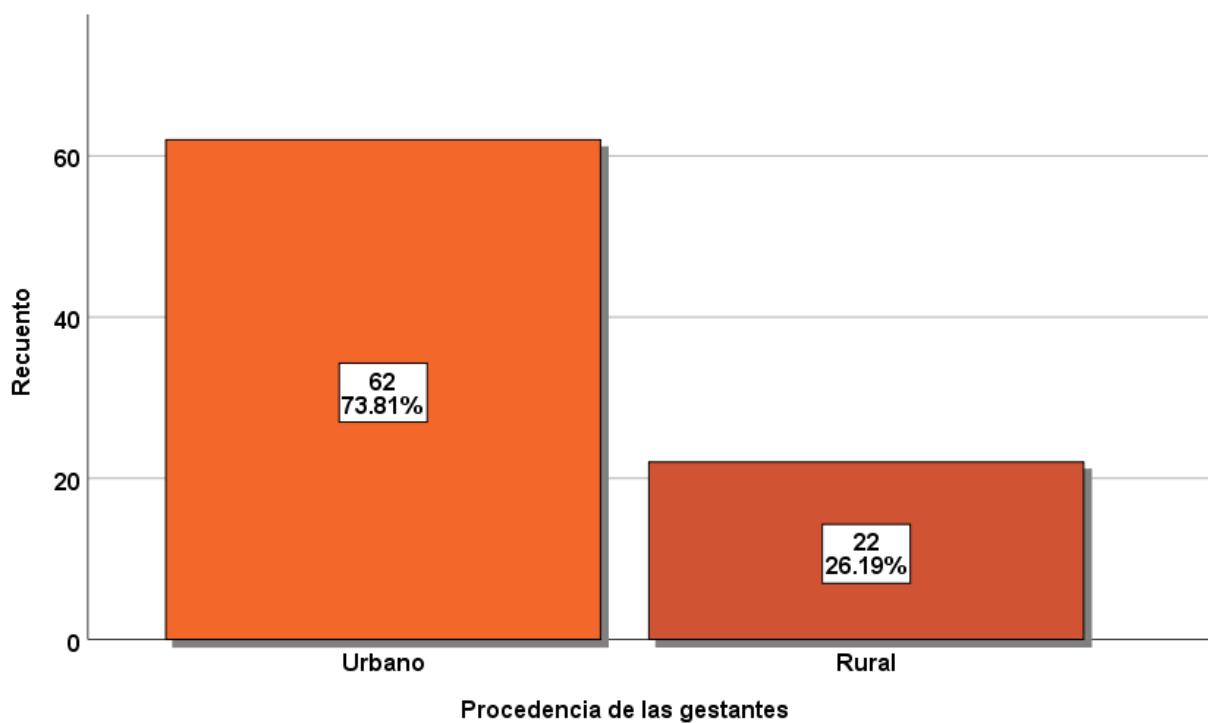


Gráfico 4: Procedencia de las gestantes

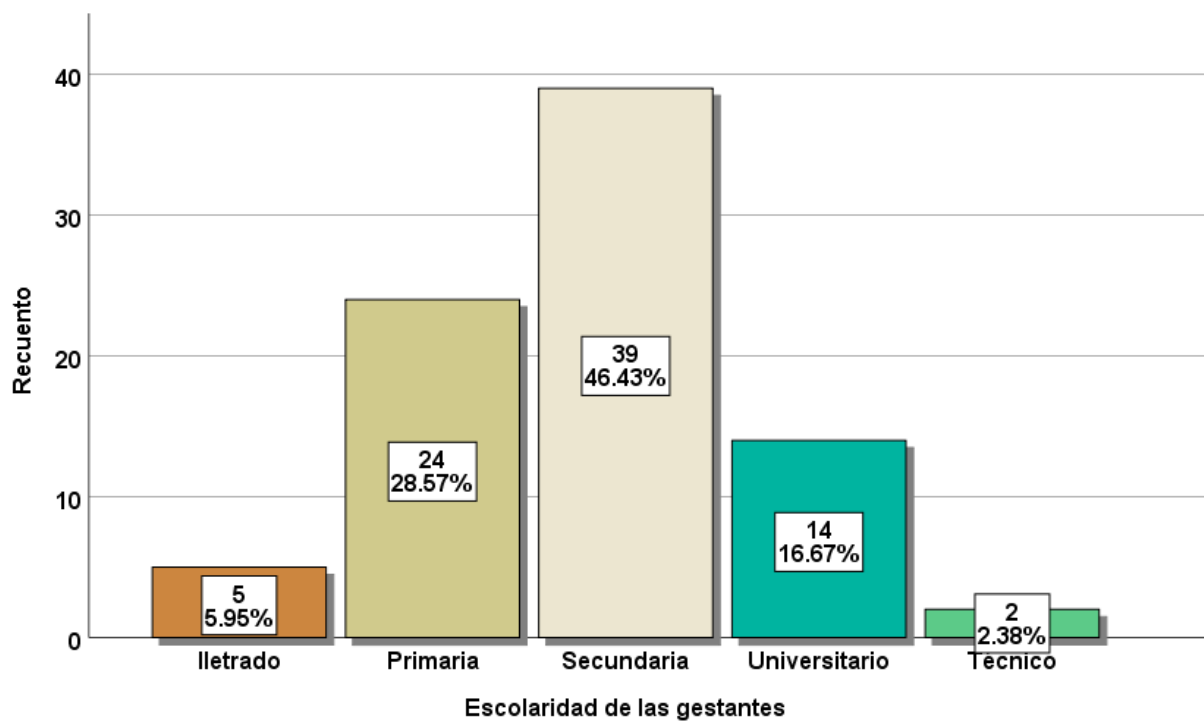


Gráfico 5:Escolaridad de las gestantes

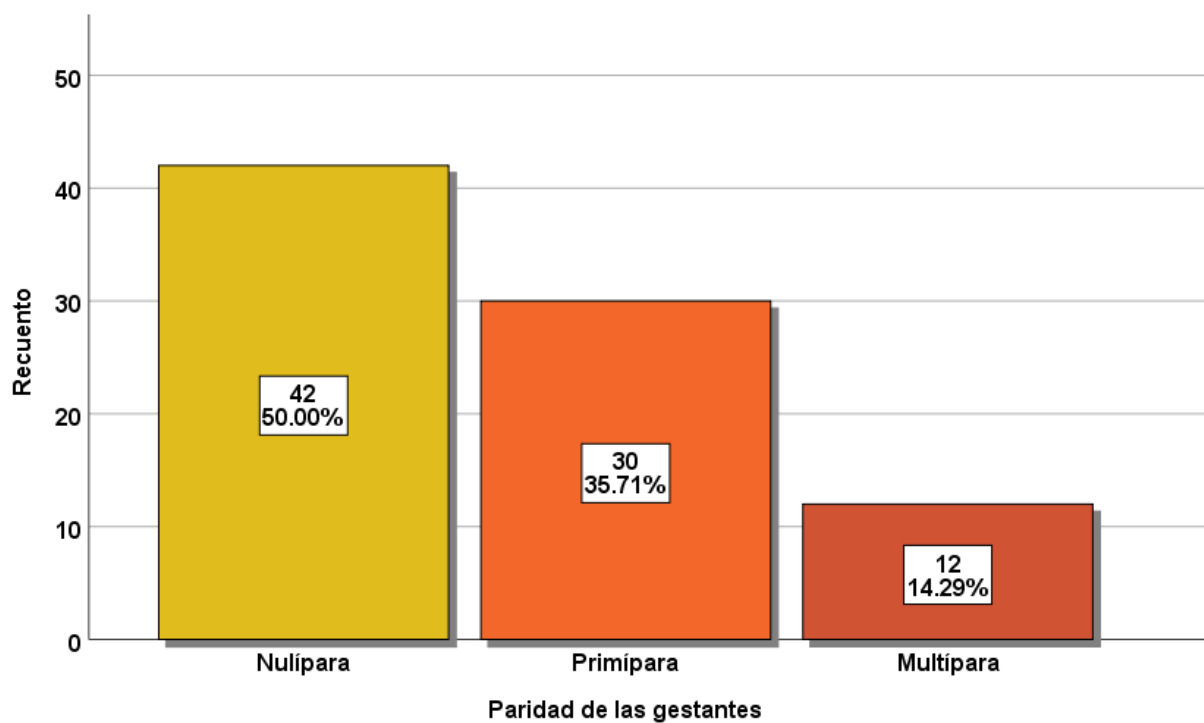


Gráfico 6:Paridad de las gestantes

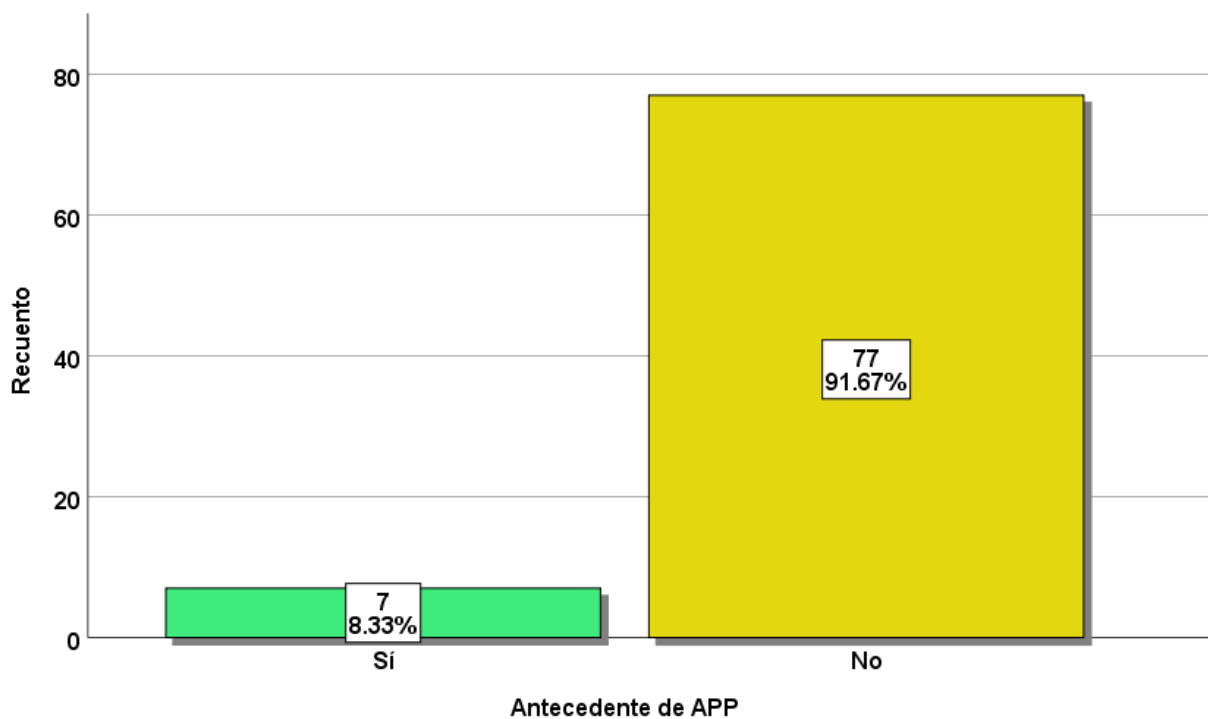


Gráfico 7: Antecedentes de amenaza de parto pretérmino

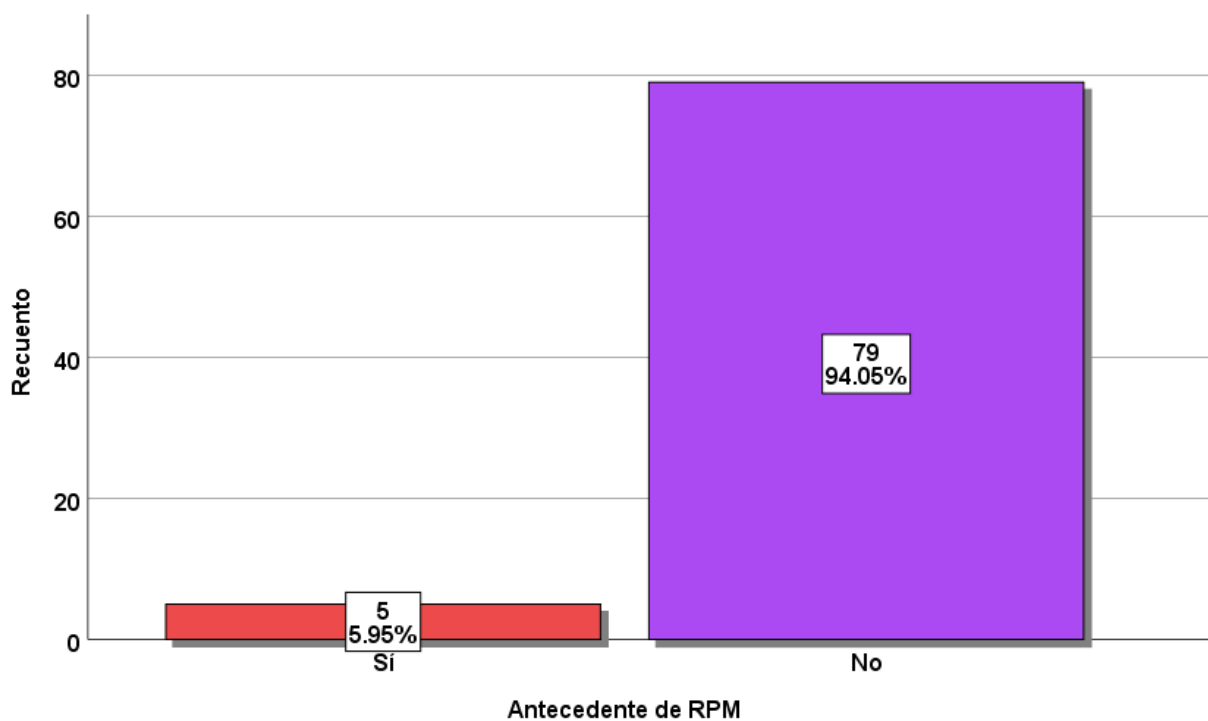
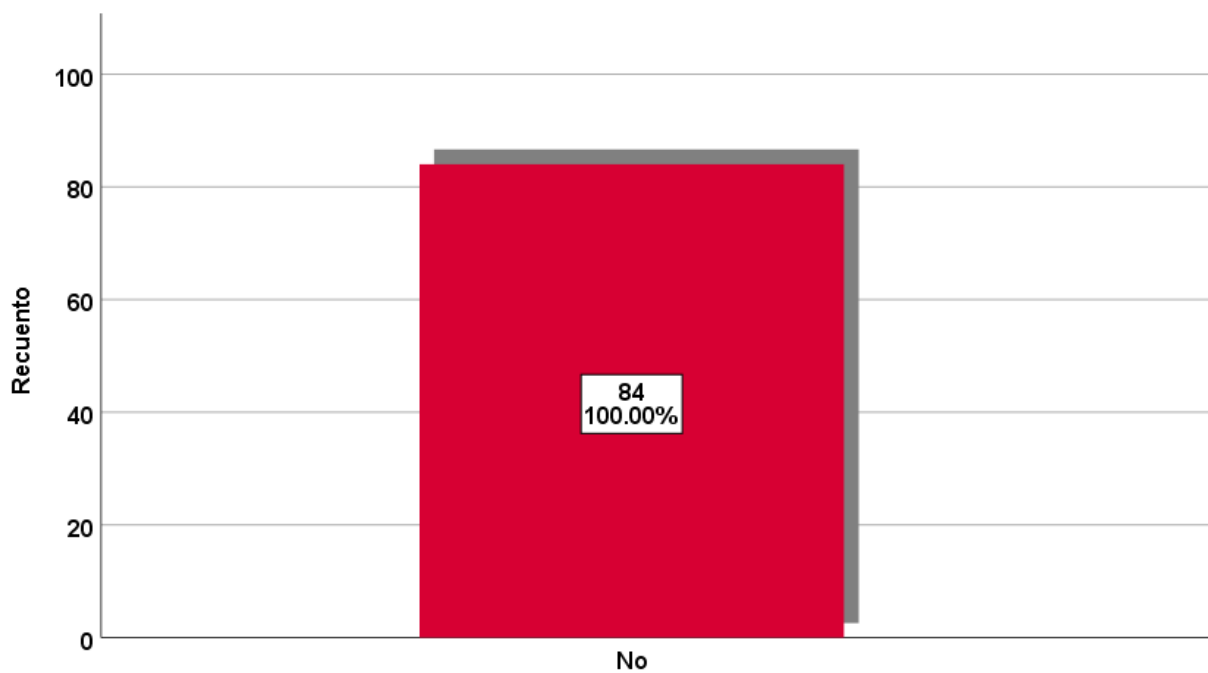
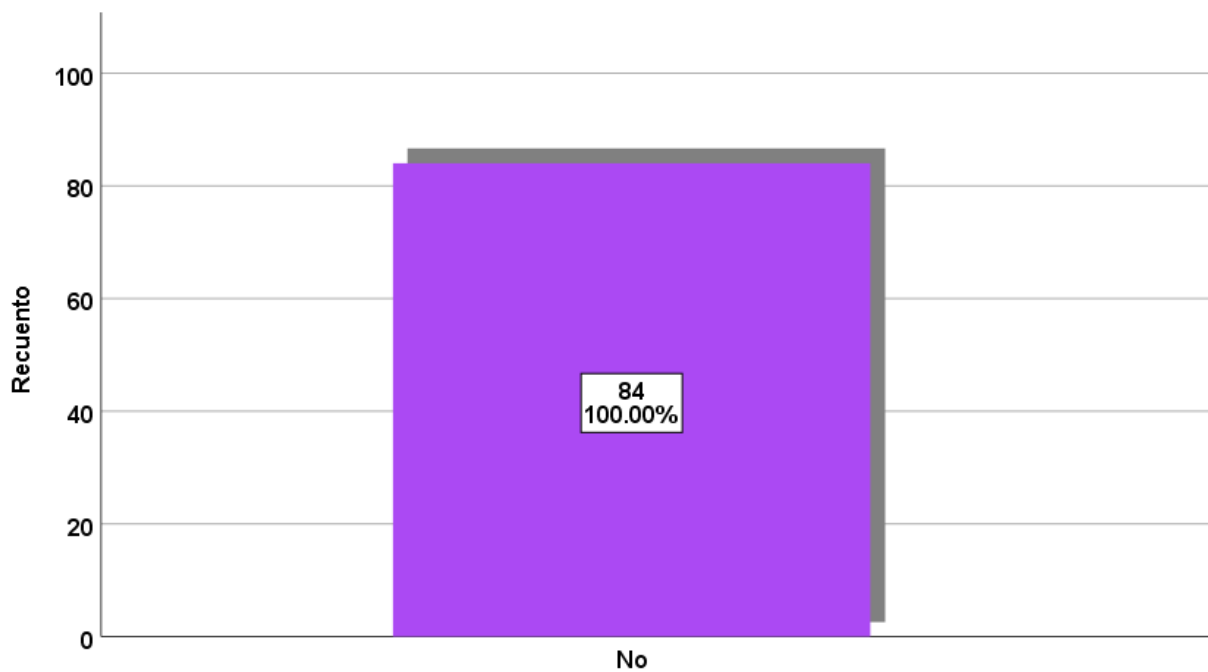


Gráfico 8: Antecedentes de ruptura prematura de membrana



Historia de incompetencia cervical

Gráfico 9: Historia de incompetencia cervical



Historia previa de isquemia placentaria

Gráfico 10: Historia previa de isquemia placentaria

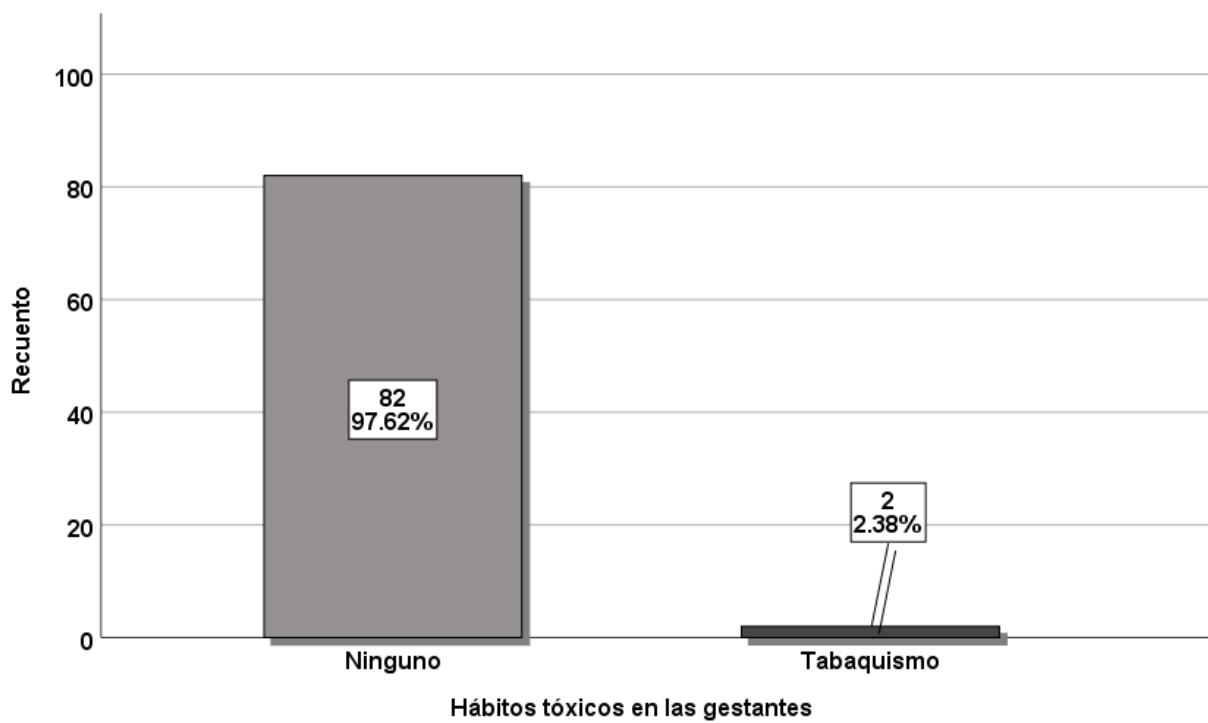


Gráfico 11: Hábitos tóxicos de las gestantes

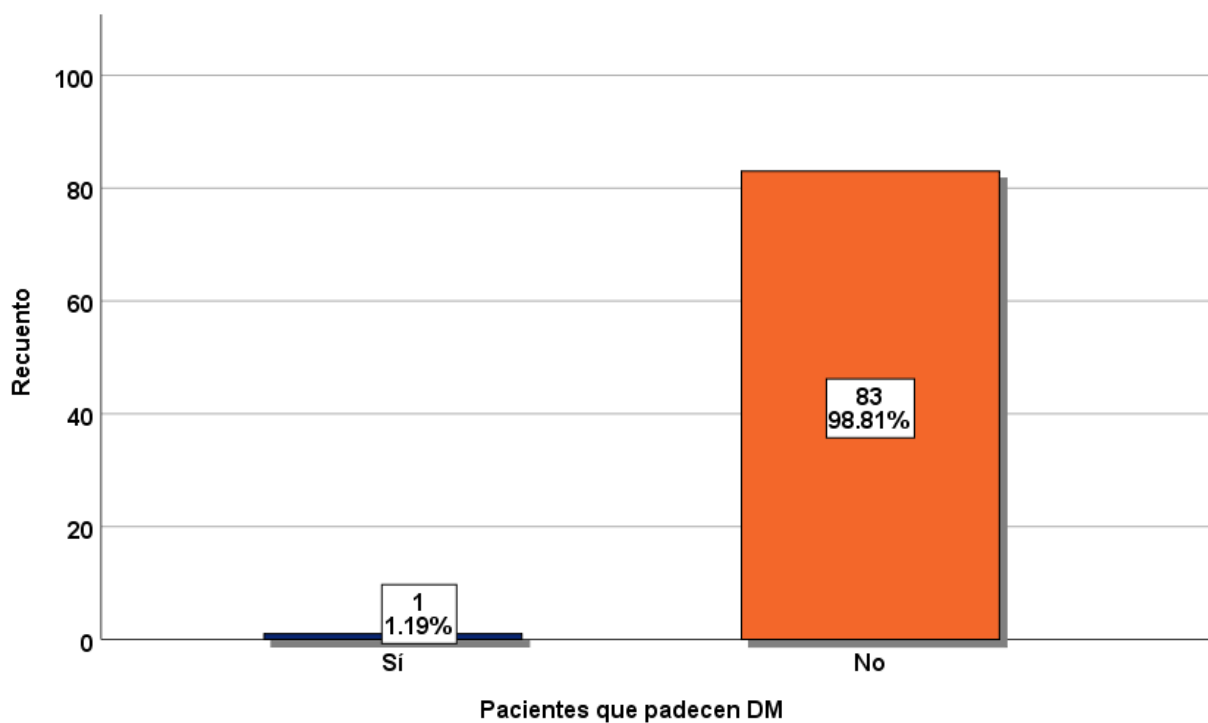


Gráfico 12: Pacientes que padecen de diabetes mellitus

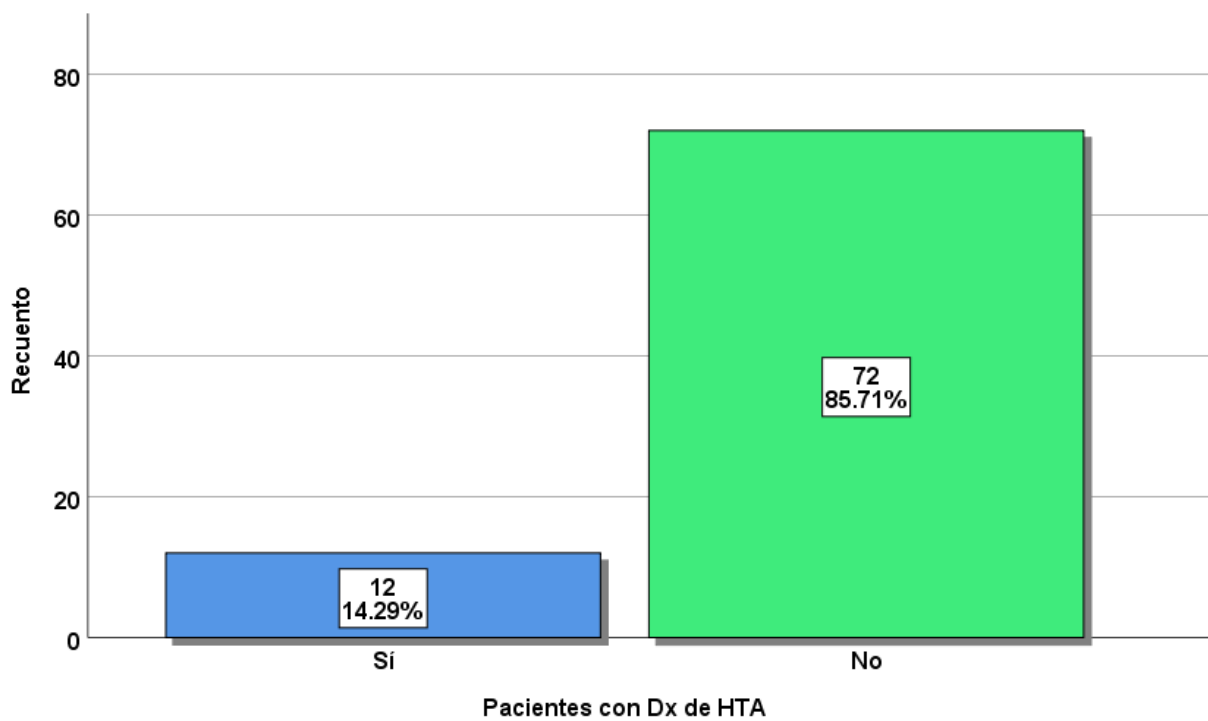


Gráfico 13: Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

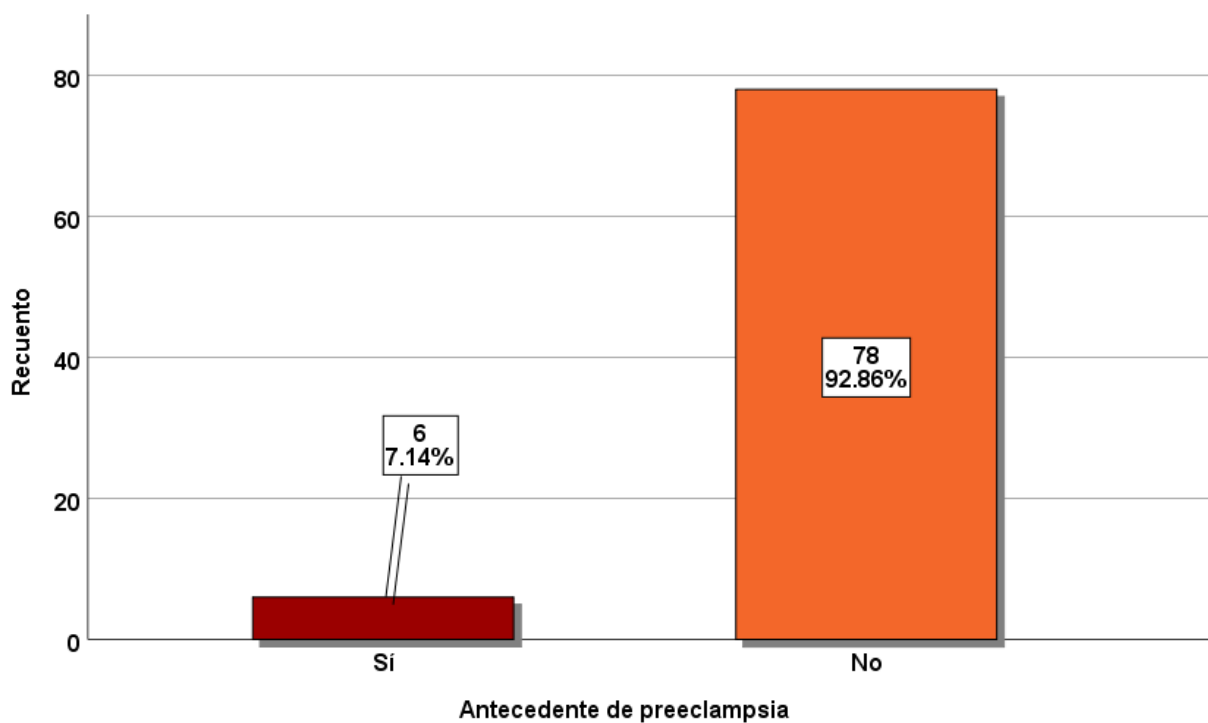


Gráfico 14: Antecedentes de preeclampsia

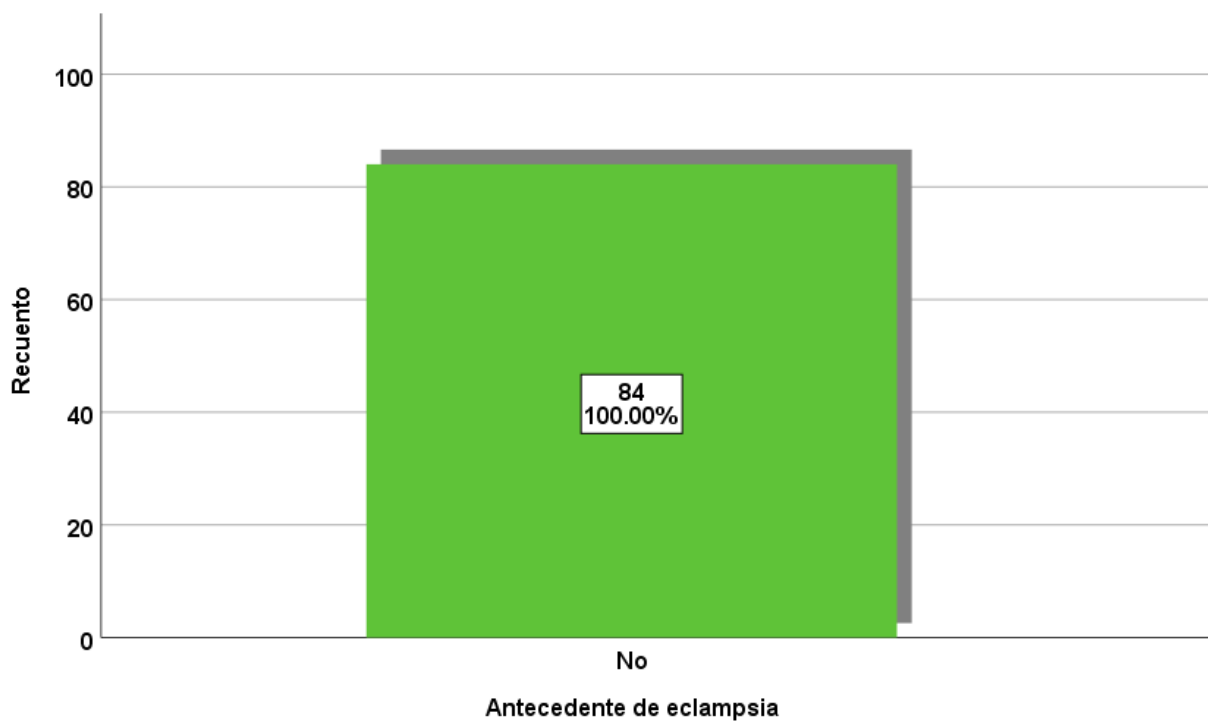


Gráfico 15: Antecedente de eclampsia

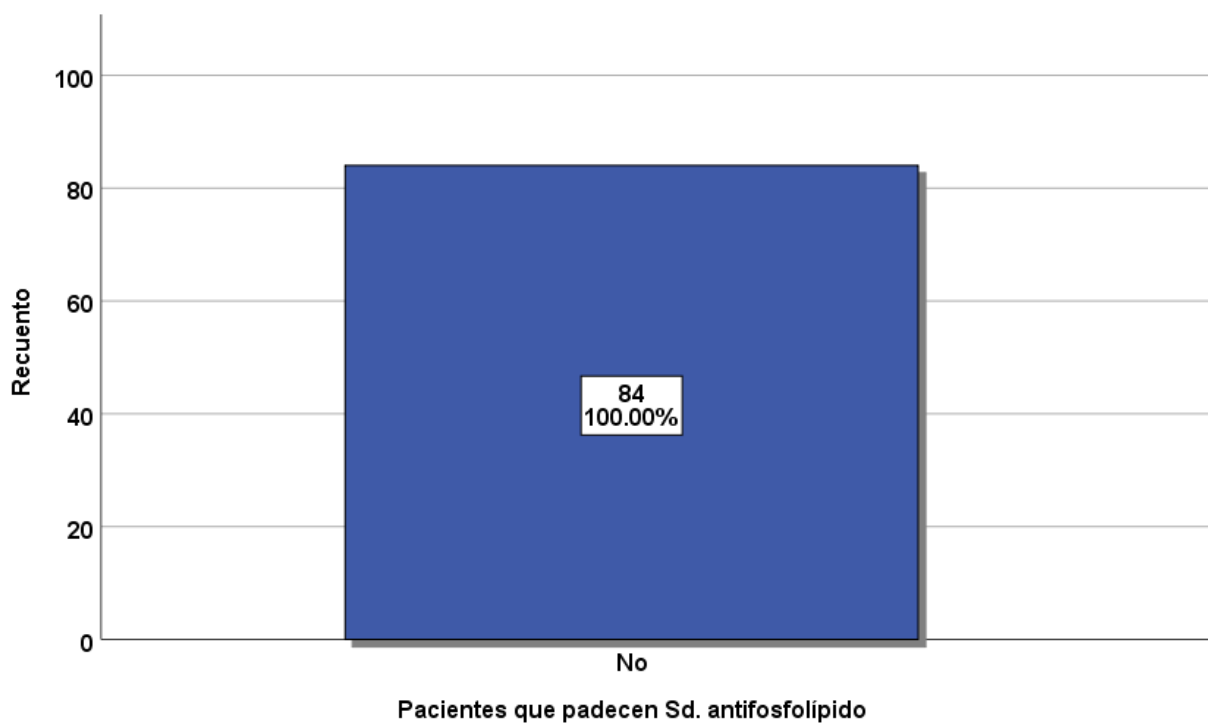


Gráfico 16: Pacientes que padecen de síndrome antifosfolípido

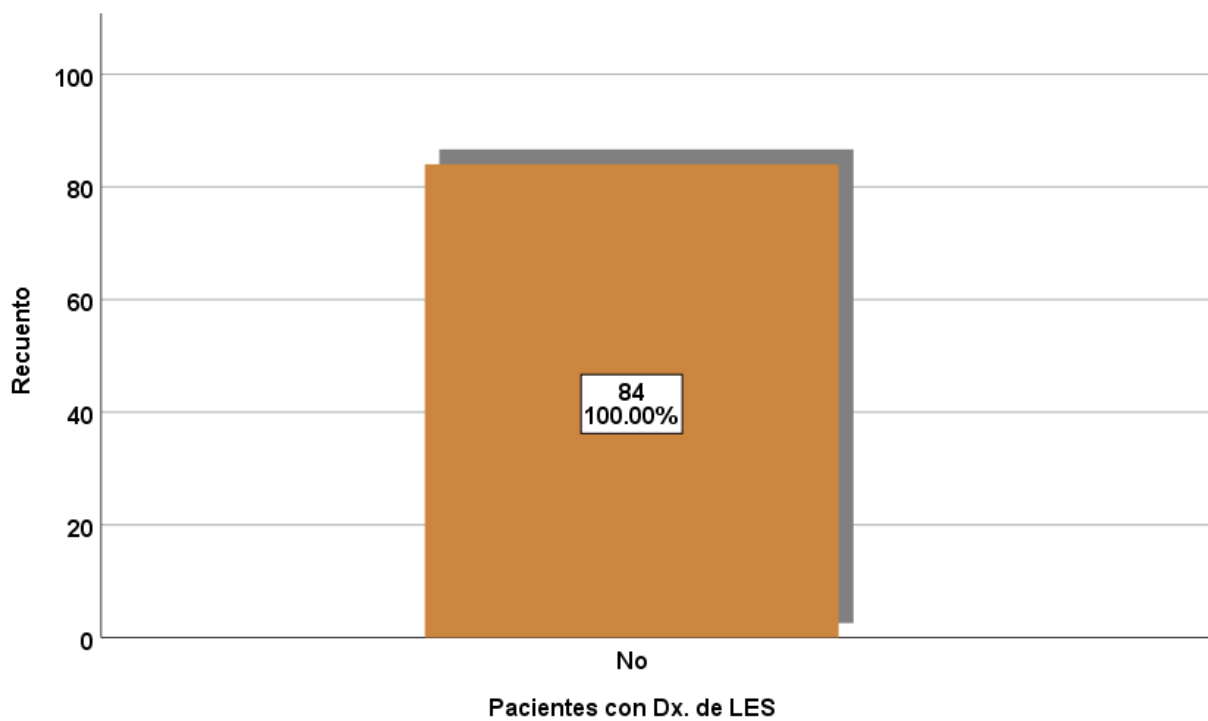


Gráfico 17: Pacientes con lupus eritematoso sistémico

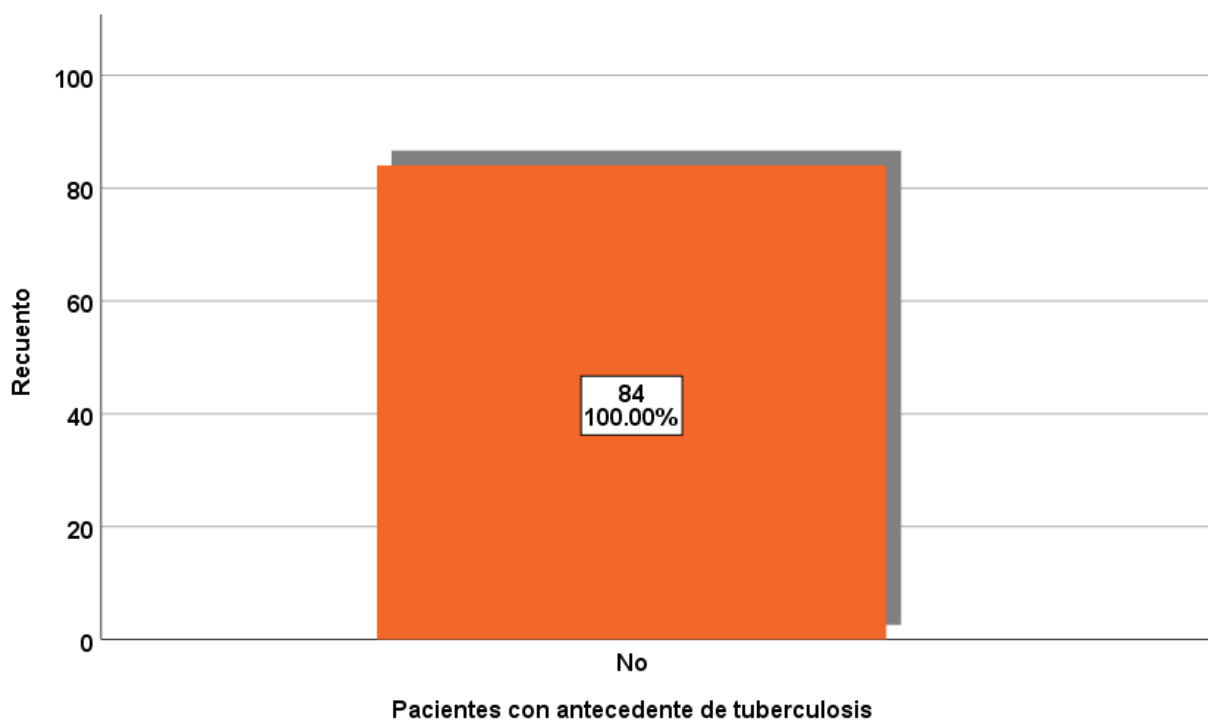


Gráfico 18: Pacientes con antecedente de tuberculosis

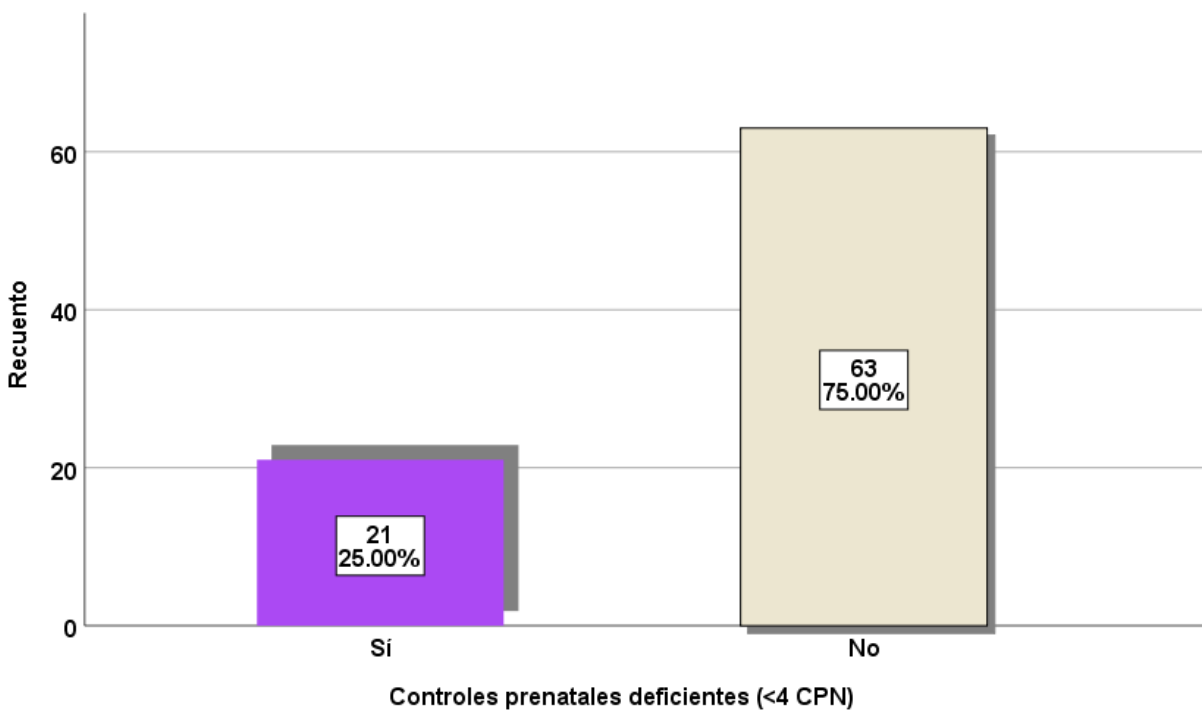


Gráfico 19: Controles prenatales deficientes

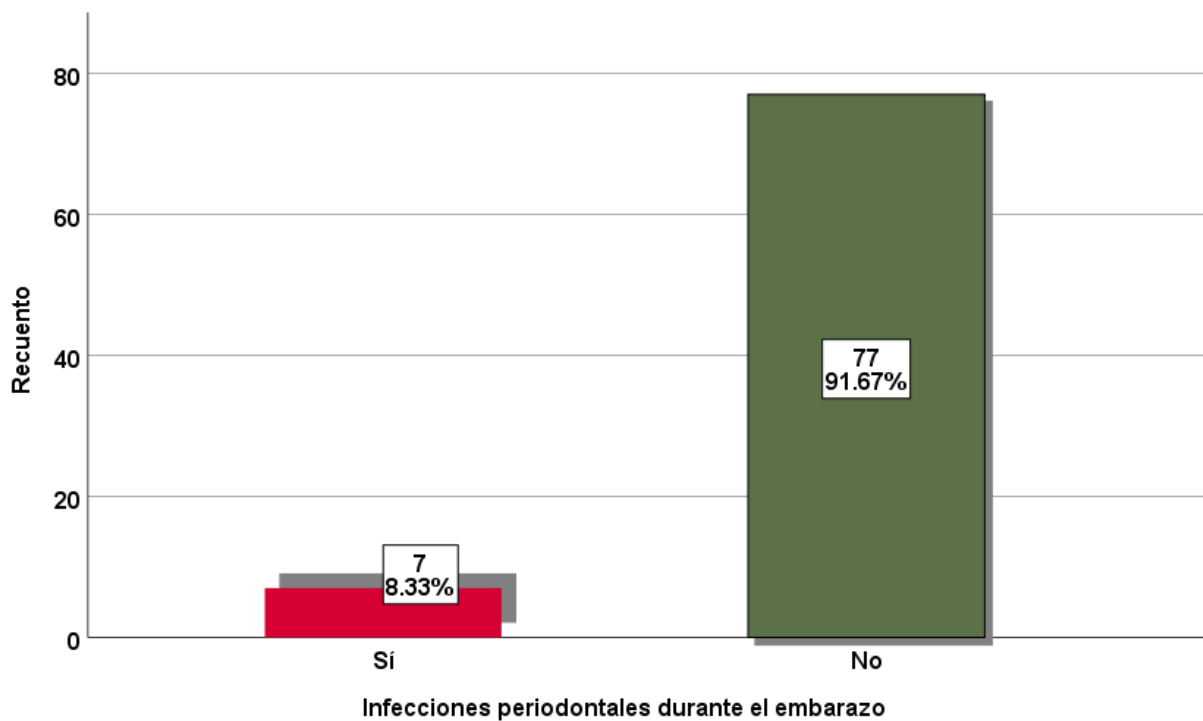


Gráfico 20: Infecciones periodontales

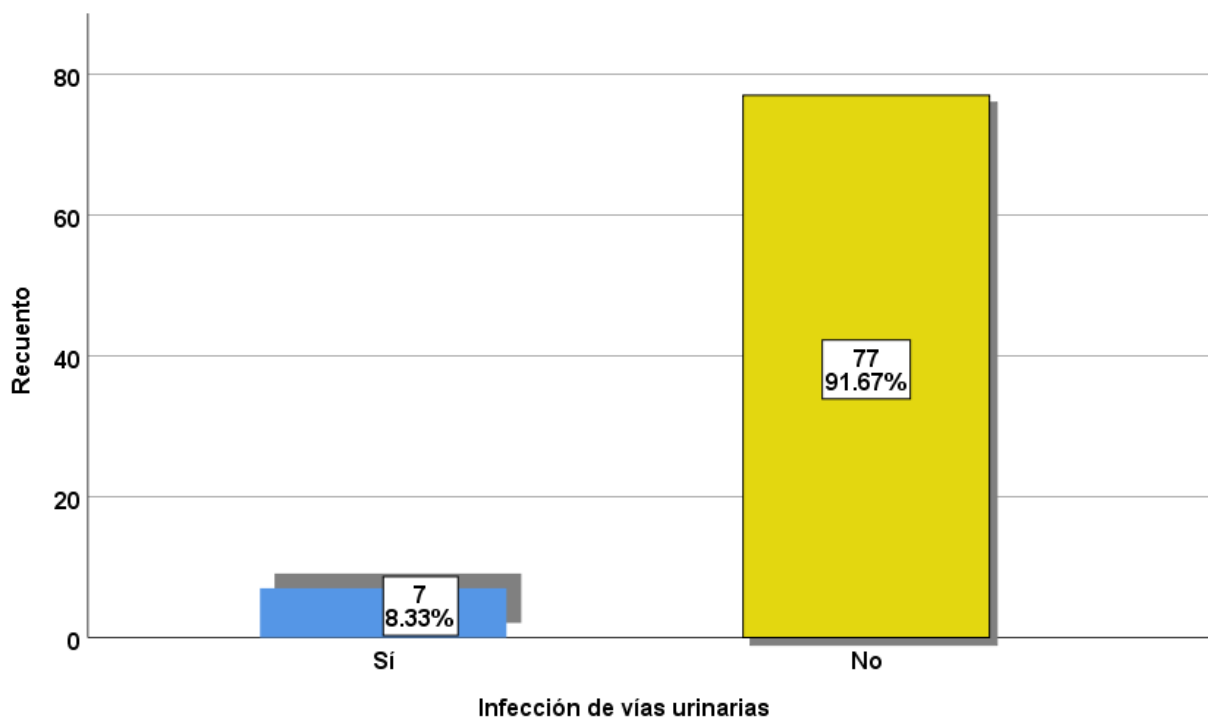


Gráfico 21: Infecciones de vías urinarias

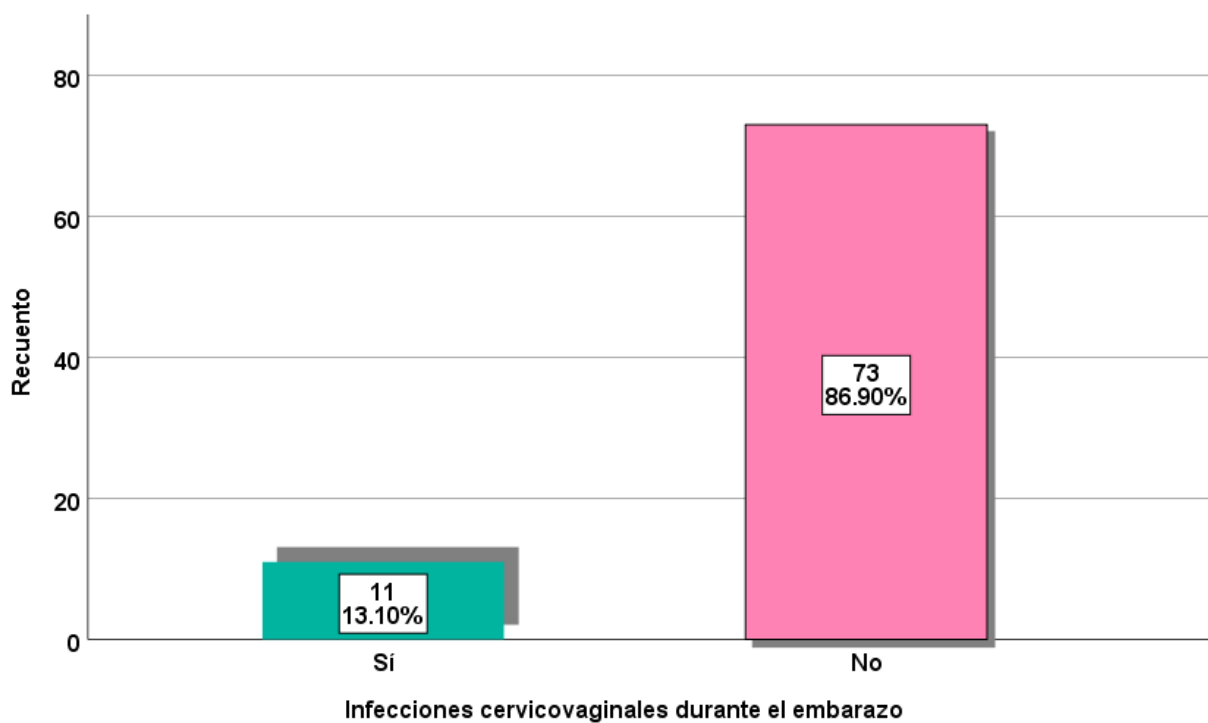


Gráfico 22: Infecciones cervicovaginales

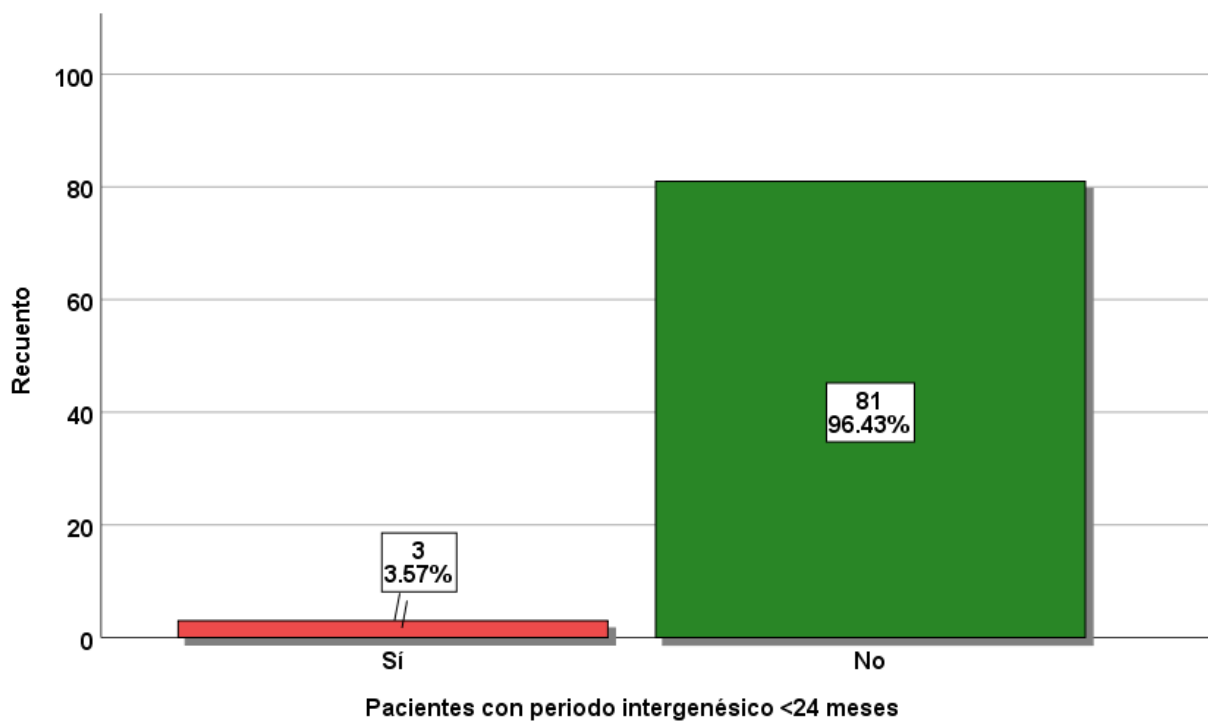


Gráfico 23: Periodo intergenésico <24 meses

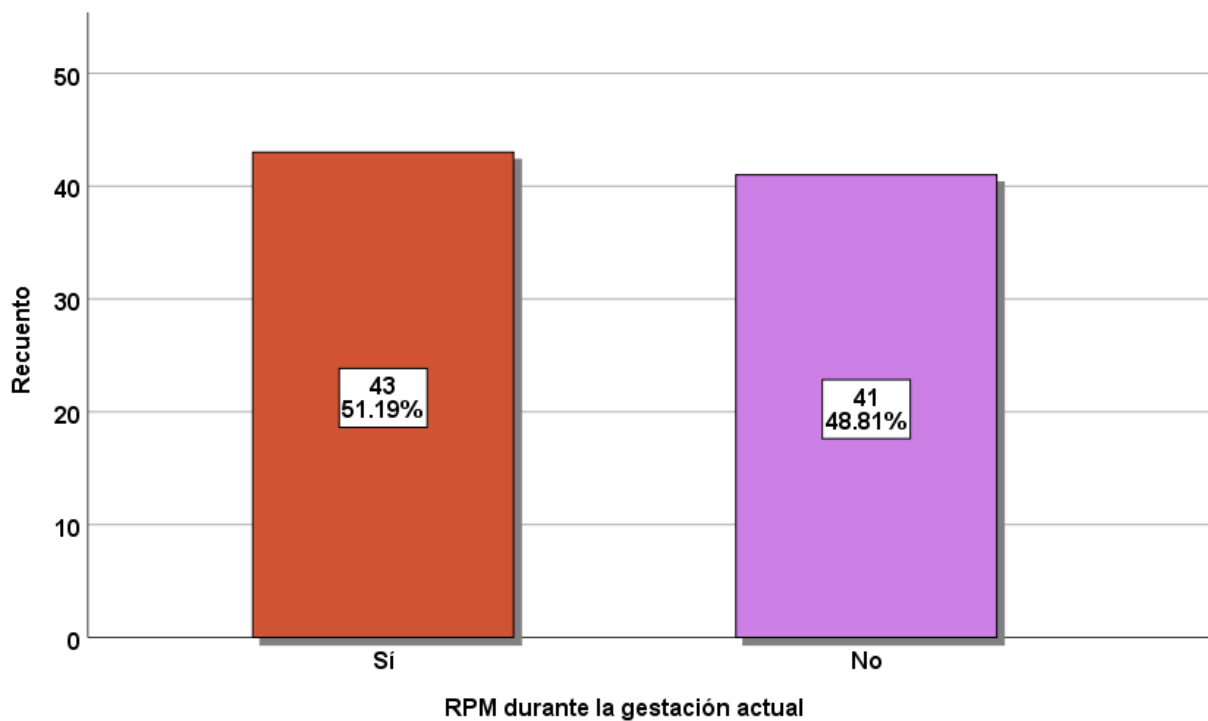


Gráfico 24: Ruptura prematura de membrana durante el embarazo

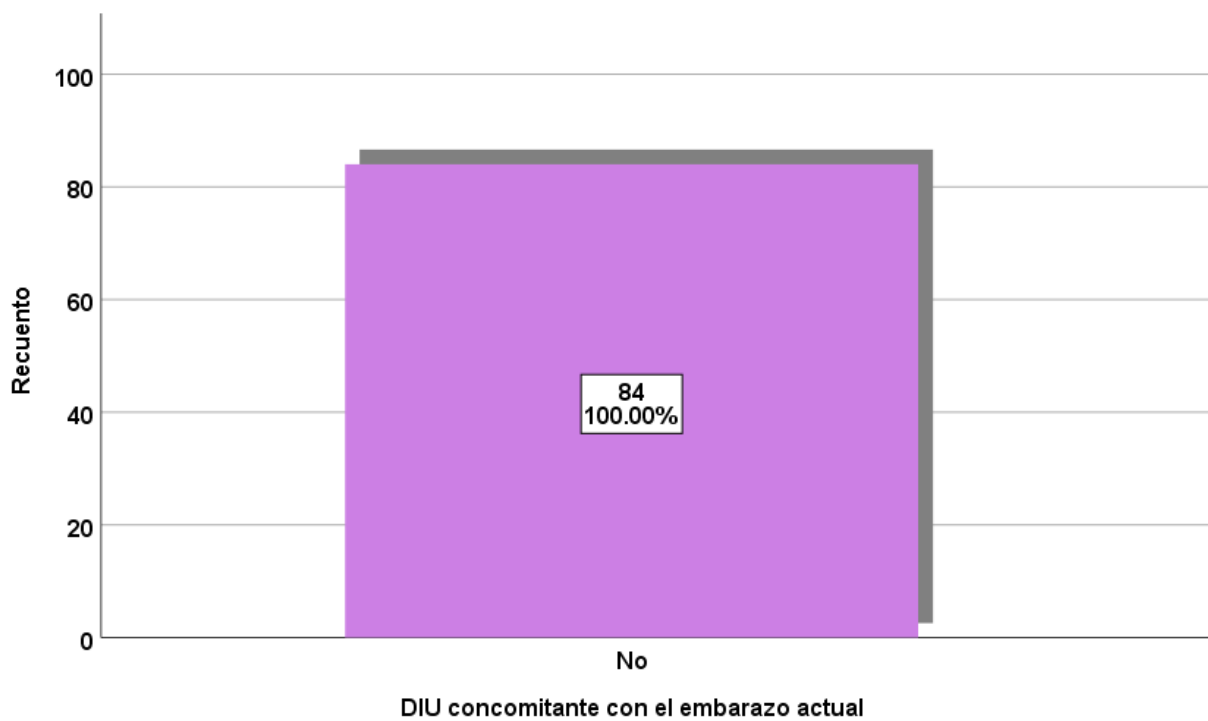


Gráfico 25:Dispositivo intrauterino con el embarazo actual

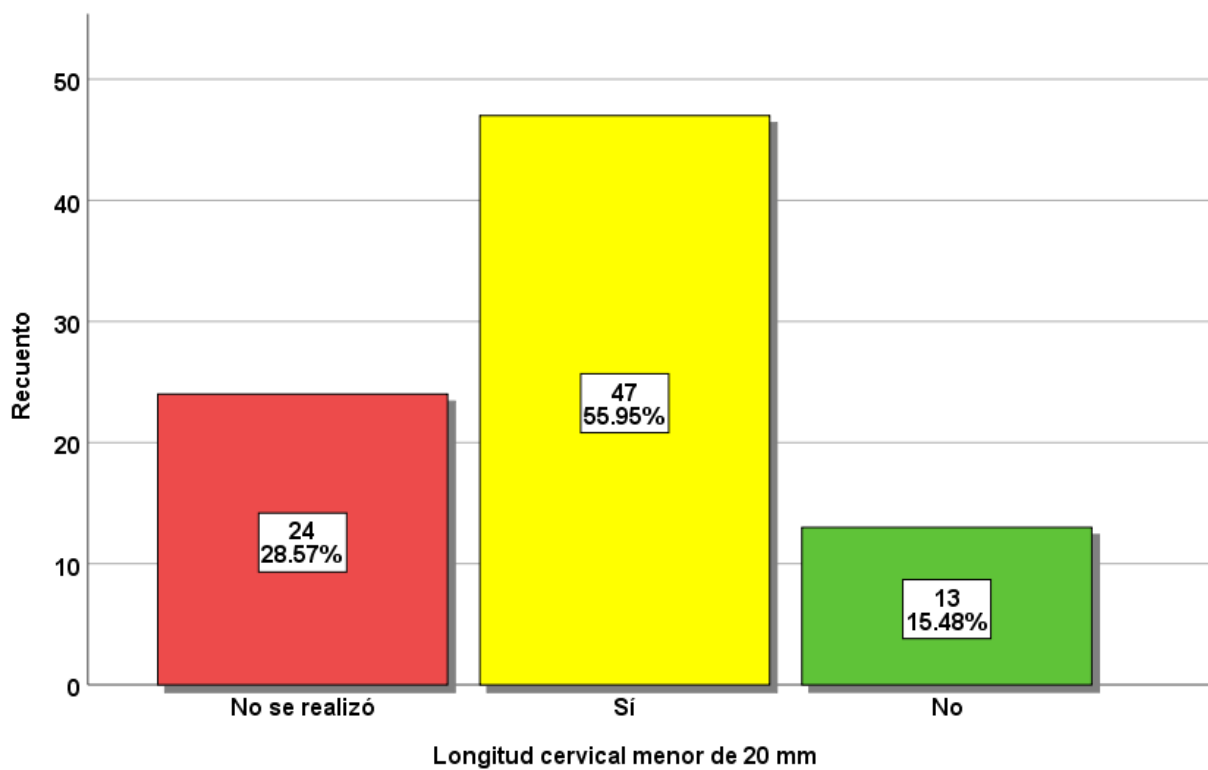


Gráfico 26:Longitud cervical menor de 20 mm

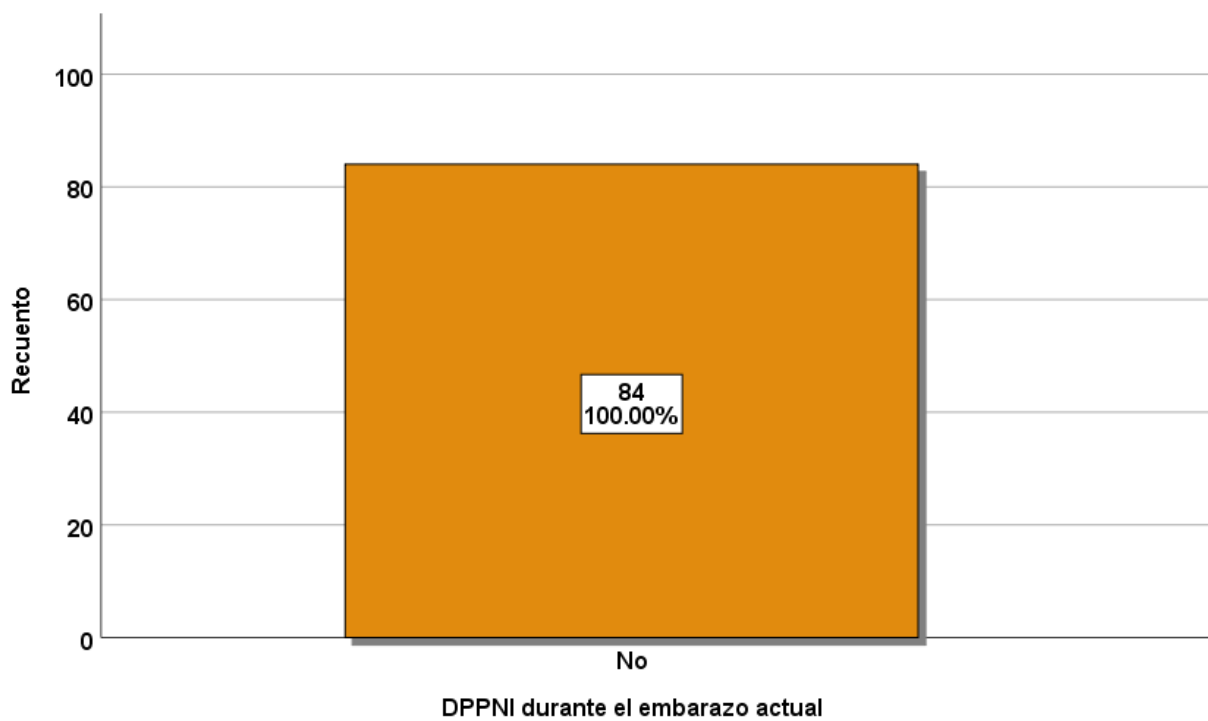


Gráfico 27: Desprendimiento de placenta normalmente inserta

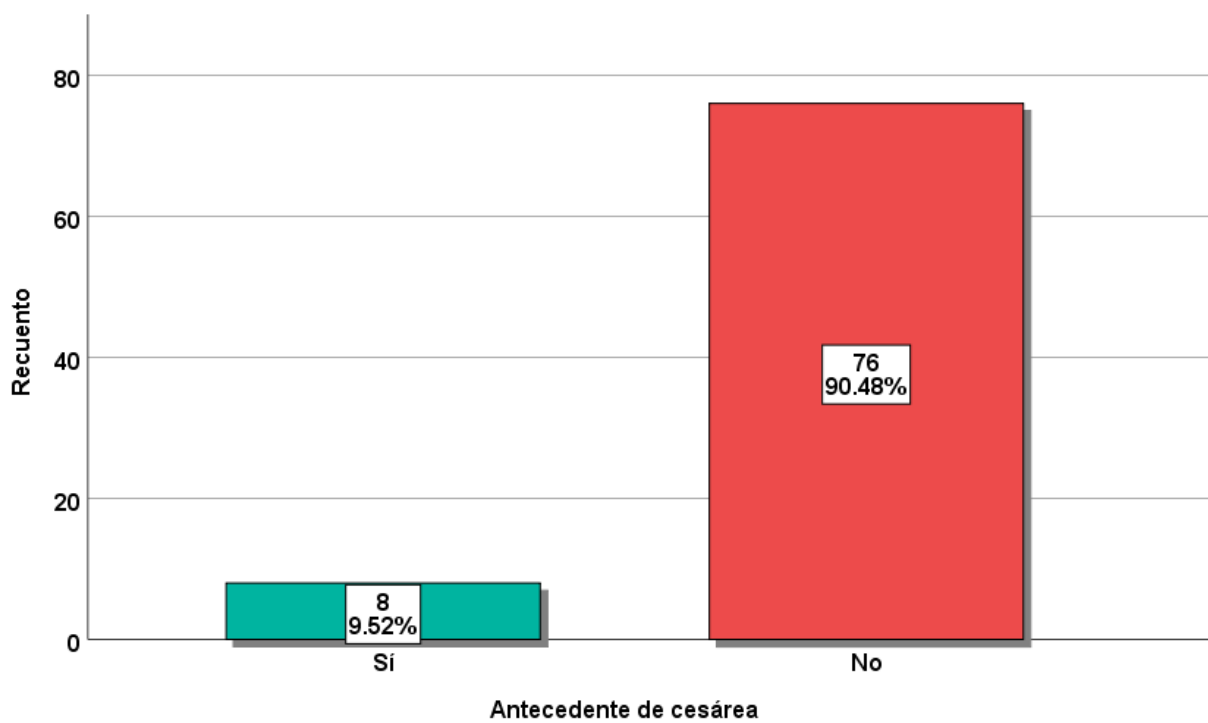


Gráfico 28: Antecedente de cesárea

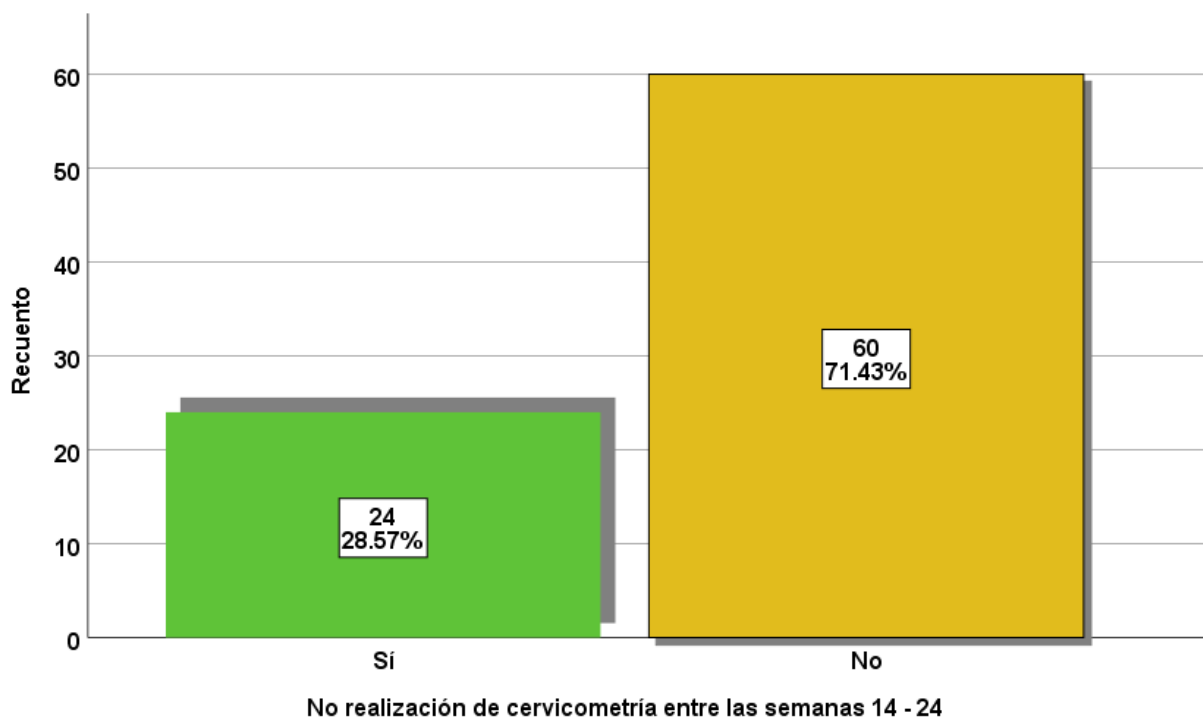


Gráfico 29: No realización de cervicometría entre las semanas 14 - 24

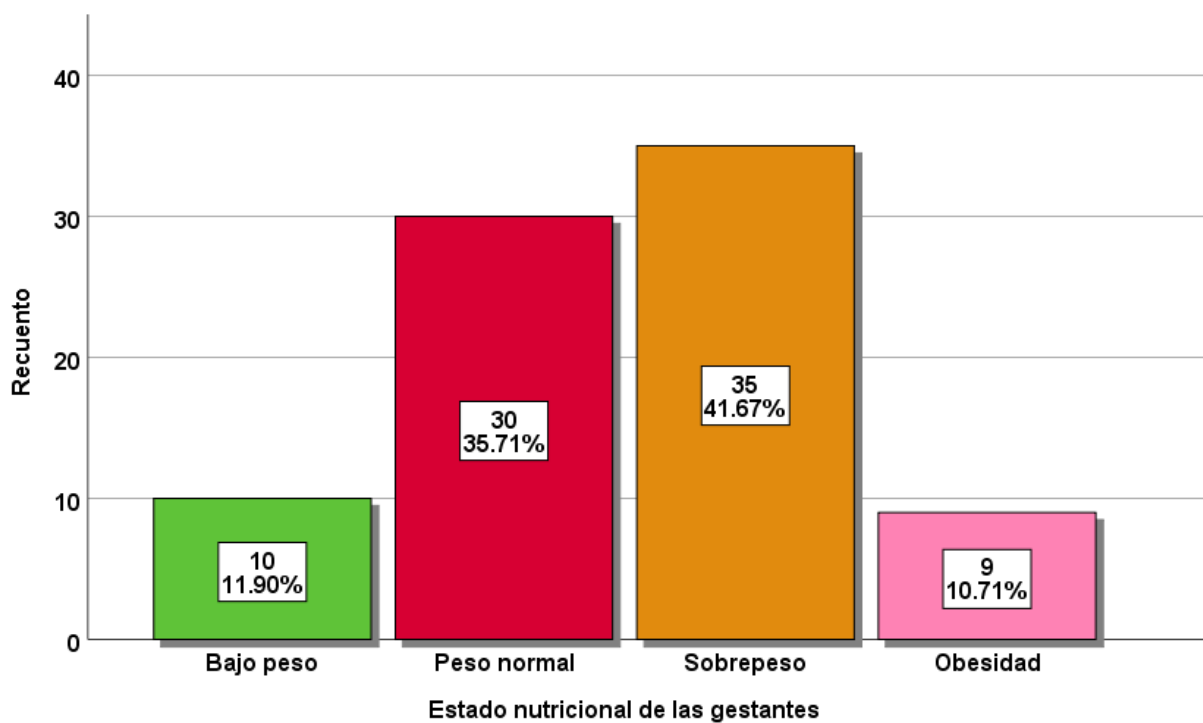
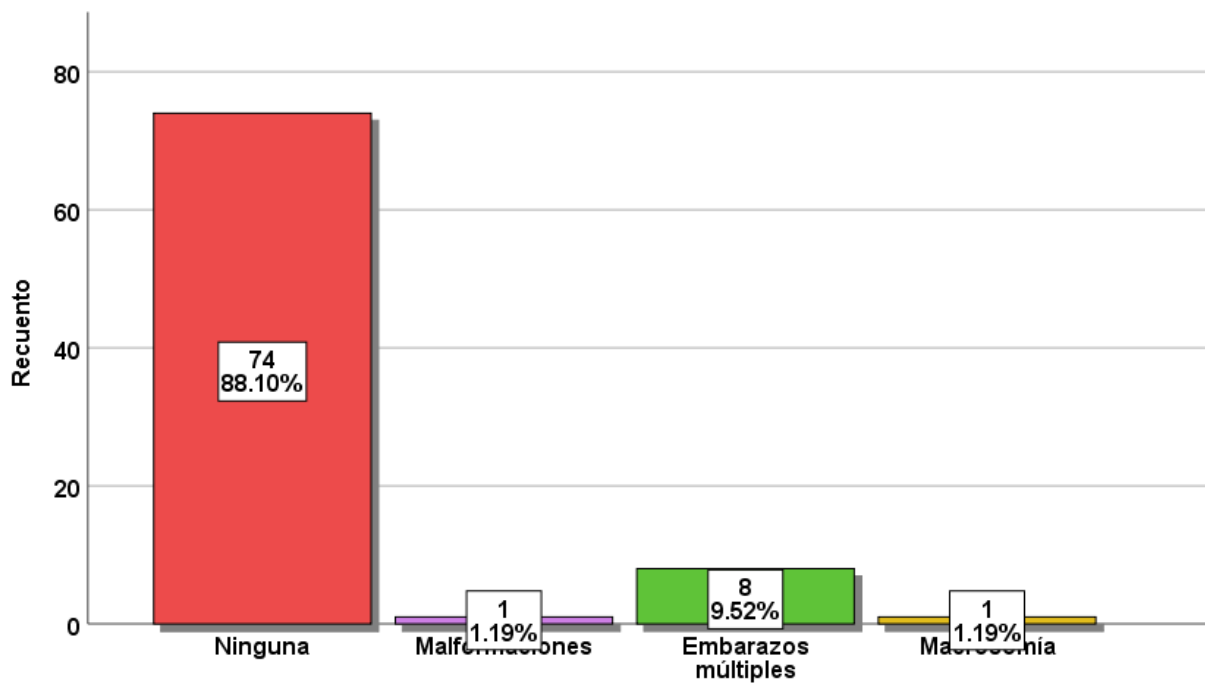
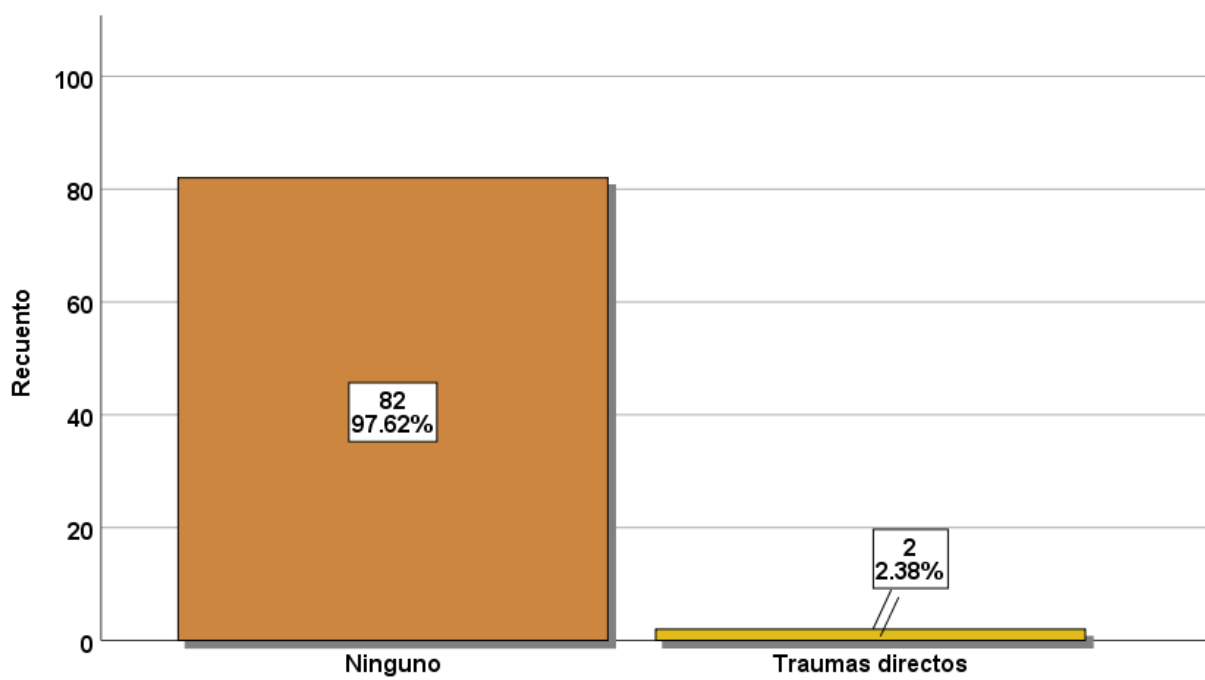


Gráfico 30: Estado nutricional



Causas fetales identificadas
Gráfico 31: Causas fetales identificadas



Causas externas en las gestantes
Gráfico 32: Causas externas en las gestantes

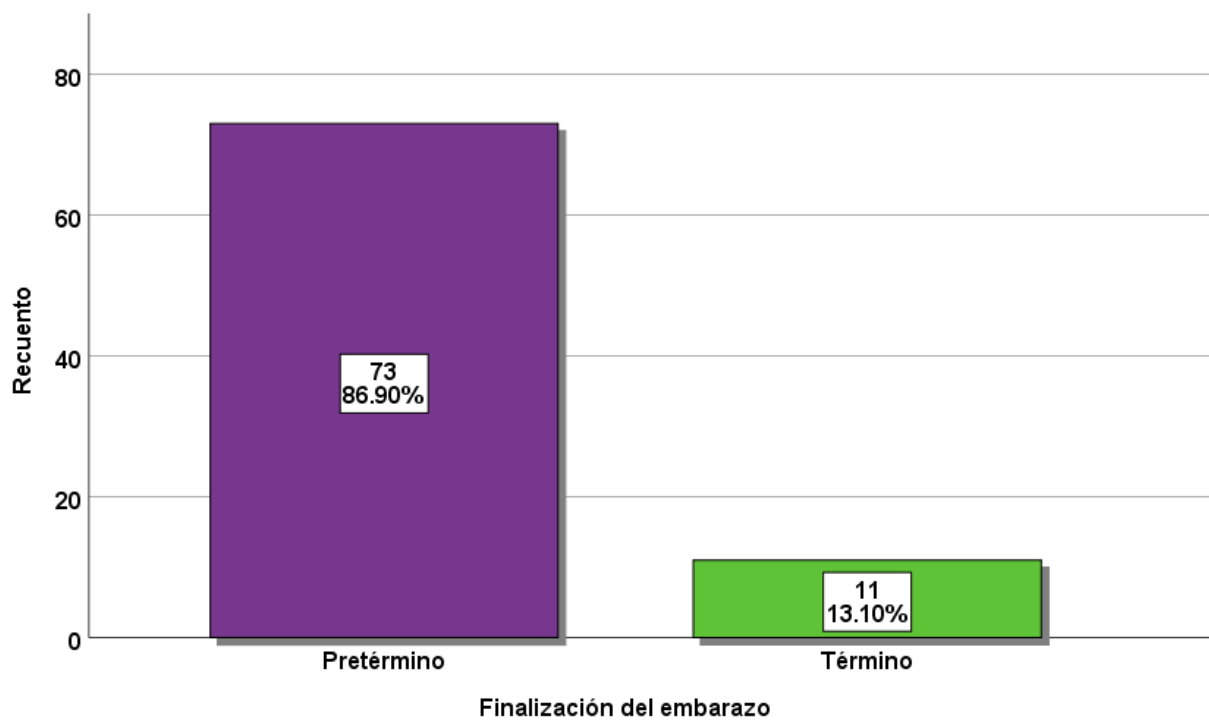


Gráfico 33: Finalización del embarazo

