



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y HOSPITALARIA”**

“FACTORES RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO Y NEONATAL “DR. JAIME SÁNCHEZ PORCEL” DE LA CIUDAD DE SUCRE – MAYO A OCTUBRE 2017”

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Salud Pública y Epidemiología
Clínica y Hospitalaria”**

MAESTRANTE: ÁNGELA LUCÍA ZEBALLOS HUARACHI

**SUCRE – BOLIVIA
2019**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y HOSPITALARIA”**

**“FACTORES RELACIONADOS CON LA PREVALENCIA DE AMENAZA DE
PARTO PRETERMINO EN MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL GINECO OBSTETRICO Y NEONATAL “DR. JAIME SANCHEZ
PORCEL” DE LA CIUDAD DE SUCRE – MAYO A OCTUBRE 2017”**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Salud Pública y Epidemiología
Clínica y Hospitalaria”**

MAESTRANTE: **ÁNGELA LUCÍA ZEBALLOS HUARACHI**

TUTOR: **Dr. GROVER ALFREDO LINARES PADILLA, PhD**

**SUCRE – BOLIVIA
2019**

DEDICATORIA

La vida se encuentra plagada de decisiones, una de ellas y la más importante es el estudio post gradual. Tras verme dentro de la maestría, me he dado cuenta de que más allá de ser un reto, es una base, no solo para mi entendimiento del campo de la salud pública y epidemiología clínica y hospitalaria en el que me he visto inmersa, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro.

Les dedico esta tesis a mis padres por su perseverancia en mi constante superación, por su cariño y amor incondicional, por hacer de mí la profesional que siempre quise ser, a mi madre por su ejemplo, profesionalismo y educación, a mi padre que me inspiró a salir adelante en el campo de la investigación y bioestadística.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Gineco Obstétrico por permitirme desarrollar este estudio en su establecimiento y a la Universidad Andina, por brindarme los conocimientos necesarios para realizar esta investigación.

A mi tutor Doctor Gróver Linares Padilla PH.D. quien me brindó su apoyo, experiencia, orientación y paciencia para realizar este trabajo y sobre todo por haber contribuido en mi formación profesional.

RESUMEN

Objetivo general: determinar los factores relacionados con la prevalencia de amenaza de parto pre término en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez porcel” de la ciudad de Sucre durante el semestre mayo a octubre 2017.

Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo observacional, transversal o de prevalencia, descriptivo con un componente analítico.

La población estudiada fue de 1182 gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel” de mayo a octubre del 2017 de los cuales se divide en atención de pacientes gestantes con amenaza de parto pretérmino y pacientes sin amenaza.

Resultados: se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con la amenaza de parto pre término mediante el valor de P y el riesgo de tener amenaza de parto pretérmino con el OR y el intervalo de confianza al 95%.

Habiendo llegado a los siguientes resultados:

- Existe una prevalencia de amenaza de parto pretérmino de 32,66% en las gestantes atendidas en el hospital Gineco obstétrico y neonatal.
- La edad gestacional que presenta con mayor frecuencia amenaza de parto pretérmino es de 34 a menores de 37 semanas.
- La preeclampsia (OR=3,30; Valor P= 0,0002), desprendimiento de placenta normalmente inserta (OR= 2,21; Valor P= 0,0339), oligoamnios (OR= 4,80, Valor P= 0,0002), ruptura prematura de membranas (OR= 2,67; Valor P= < 0,0001), Corioamnionitis (OR= 3,78; Valor P= 0,0111), cervico vaginitis (OR= 6,98; Valor P= < 0,0001), actividad uterina idiopática (OR= 2,14; Valor P= < 0,0001); gestación múltiple (OR= 34,38; Valor P= < 0,0001) y muerte fetal (OR=7,29; Valor P= <0,0001), tienen valor estadísticamente significativo, además de ser factores de riesgo para amenaza de parto pre término.

Palabras claves: Gestante, Parto Pre término, Factores de riesgo

ABSTRACT

General objective: to determine the factors related to the prevalence of threatened preterm delivery in pregnant women attended at the Obstetric and Neonatal Gynecological Hospital "Dr. Jaime Sánchez porcel "from the city of Sucre during the semester May to October 2017.

Methodology: Study with a quantitative approach, of observational, cross-sectional or prevalence type, descriptive with an analytical component.

The studied population was of 1182 pregnant women attended in the Obstetrics Service of the Obstetric and Neonatal Gynecological Hospital "Dr. Jaime Sánchez Porcel "from May to October 2017, of which it is divided into the care of pregnant patients with the threat of preterm delivery and patients without threat.

Results: the association of certain risk factors with the threat of preterm labor was analyzed by the P value and the risk of having preterm labor with the OR and the 95% confidence interval.

Having arrived at the following results:

- There is a prevalence of threat of preterm delivery of 32.66% in the pregnant women attended in the obstetric and neonatal gynecological hospital.
- The gestational age that most frequently presents a threat of preterm birth is 34 to under 37 weeks.
- Preeclampsia (OR=3,30; P Value= 0,0002), normally inserted placenta detachment (OR= 2,21; P Value= 0,0339), oligohydramnios (OR= 4,80, P Value= 0,0002), premature rupture of membranes (OR= 2,67; P Value= < 0,0001), chorioamnionitis (OR= 3,78; P Value= < 0,0001), cervico vaginitis (OR= 6,98; P Value= < 0,0001), idiopathic uterine activity (OR= 2,14; P Value= < 0,0001); multiple gestation (OR= 34,38; P Value= < 0,0001) and fetal death (OR=7,29; Valor P= < 0,0001),, have statistically significant value, in addition to being risk factors for threatened preterm delivery.

Key words: Pregnant, Preterm delivery, Risk factors

INDICE

CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Antecedentes del tema de investigación.....	2
1.1.1. El Problema.....	2
1.1.2. Justificación y uso de los resultados-	3
1.2. Objetivos.....	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEORICO Y CONTEXTUAL	6
2.1. Marco Teórico.....	7
2.1.1. Definición	7
2.1.2. Etiopatogenia	7
2.1.3. Incidencia del parto prematuro	8
2.1.4. Clasificación	8
2.1.5. Diagnóstico prenatal.....	9
2.1.6. Factores de Riesgo	9
2.1.7. Diagnóstico	33
2.1.8. Tratamiento	35
2.2. Hipótesis	39
2.3. Marco contextual	39
2.3.1. Geografía	39
2.3.2. Población.-	41
2.3.3. Idioma.-	41
2.3.4. Marco Normativo en Salud.....	42

2.3.5. Hospital Gineco Obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel”.-	43
CAPÍTULO III.....	50
MARCO METODOLOGICO.....	50
3.1. Enfoque, tipo y diseño de la investigación	51
3.1.1. Enfoque de la investigación	51
3.1.2. Tipo y diseño de la investigación.....	51
3.2. Población y muestra	52
3.2.1. Población	52
3.2.2. Muestra	52
3.3. Variables de estudio.-	52
3.3.1. Identificación de variables.-	52
3.3.2. Diagrama de variables	54
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	60
3.4.1. Criterios de inclusión.....	60
3.4.2. Criterios de exclusión.....	60
3.5. Procedimientos para la recolección de la información.-.....	60
3.5.1. Fuente de recolección de la información.-.....	60
3.5.2. Instrumentos de recojo de información.-	60
3.5.3. Procedimientos y técnicas.-	60
3.6. Plan de procesamiento y análisis de los datos.-	61
3.7. Delimitaciones de la investigación.-.....	61
3.7.1. Delimitación geográfica.-.....	61
3.7.2. Sujetos y objetos.-	61
3.7.3. Delimitación temporal.-.....	61

CAPÍTULO IV	62
RESULTADOS	62
4.1. Presentación de resultados descriptivos.....	63
4.2. Presentación de resultados analíticos	79
4.3. Discusión.....	99
CAPÍTULO V	103
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	103
5.1 CONCLUSIONES	104
5.2 RECOMENDACIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	118

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes del tema de investigación.

1.1.1. El Problema

a. Identificación.- El Parto pre término se define como el nacimiento espontáneo o provocado que se presenta después de la vigésimo segunda semana de edad gestacional y antes de la trigésimo séptima; a su vez, el recién nacido de pre término, según su peso¹ 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla², puede ser hipotrófico, eutrófico o hipertrófico, de acuerdo a las tablas de edad gestacional. ¹

Uno de los problemas más importantes en la perinatología actual es la patología inherente a la prematuridad, puesto que constituye un alto porcentaje de nuestra población con diferencias ostensibles entre países y entre poblaciones estudiadas y con un impacto sobre la morbi - mortalidad perinatal muy destacado, mayor cuanto más prematuro es el recién nacido. Si a ello añadimos las connotaciones socioeconómicas, se delimita en su conjunto una de las problemáticas más serias de los sistemas sanitarios.³

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales son atribuibles a prematurez, un recién nacido que pesa menos de 1.500 gramos tiene un riesgo de morir en su primer año de vida 180 veces superior al de un recién nacido mayor de 2.500 gramos, en globo el riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que el de un recién nacido de término, los RN prematuros presentan un riesgo 17 veces mayor de morbilidad si se compara con los recién nacidos de término. Las complicaciones de los prematuros aumentan mientras menor sea su edad gestacional o peso de nacimiento, presentando desde complicaciones leves (como hiperbilirrubinemia) hasta enfermedades graves como enfermedad de membrana hialina, hemorragia intracraneana, sepsis, enterocolitis necrotizante (estafilococo coagulasa negativo), y por cierto, secuelas neurológicas, el 50% de las anormalidades neurológicas de la infancia son atribuibles a prematurez, secuelas que incluyen desde anormalidades leves de las funciones cognitivas hasta parálisis cerebral.²

A nivel mundial la incidencia de parto prematuro es cercana al 10% del total de nacimientos del mundo², su frecuencia varía de la zona geográfica. En Estados Unidos se estima del 9 al 10% en el decenio de 1980 Schwartz analizó 333 974 nacimientos con productos de 500 a 2500 g en 56 centros de atención obstétrica en 11 países latinoamericanos; observo cifras porcentuales desde 14.8 en Brasil, hasta 4.6 en Chile, con un promedio de 9 % para todo el continente en México, en centros de atención de tercer nivel la frecuencia informada oscila entre 8.9 y 13 %, ¹ en cuanto a los factores de riesgo podemos mencionar que se dividen en factores médicos, obstétricos, demográficos y conductuales. ⁴

La salud de las madres y los recién nacidos está intrínsecamente relacionada, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares, entre ellas está el control preconcepcional, la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal calificado, el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario, la atención posnatal, la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud (OMS, UNICEF).²

A nivel local y nacional en base a la revisión dentro de los datos bibliográficos no se encuentran estudios específicos en este tema por lo que es necesario saber cuáles son los factores asociados a la amenaza de parto pre término en mujeres gestantes de la ciudad de Sucre.

b. Definición del problema o pregunta de investigación.-

¿Cuáles son los factores relacionados con la prevalencia de amenaza de parto pre término en mujeres gestantes atendidas en el hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez porcel” de la ciudad de Sucre el año durante el semestre Mayo a Octubre 2017?

1.1.2. Justificación y uso de los resultados-

La amenaza de parto pre término es una patología que afecta a mujeres gestantes a nivel mundial, por lo que es de gran importancia la detección precoz de los factores de riesgo y su manejo de manera eficaz y oportuna para disminuir la morbilidad materno – infantil.

Determinar la relación existente entre los factores asociados a amenaza de parto pre término, constituye un tema de mucha relevancia pues muestra la realidad que se vive en los hospitales y centros de salud responsables de la atención del binomio madre- niño.

Los resultados obtenidos permitirán aplicar medidas preventivas en la atención de las mujeres en estado de gestación y mejorar el diagnóstico de los factores asociados en el periodo gestacional, contribuyendo de esta manera a disminuir la mortalidad materna infantil por esta patología y ayudando a mejorar la esperanza de vida al nacer. De la misma manera, permitirá planificar estrategias preventivas y elaborar protocolos de atención actualizados de acuerdo a la realidad de los hospitales de atención materna y neonatal en nuestro medio.

La investigación representara un gran beneficio para la población en general para que las mujeres embarazadas acudan periódicamente a sus controles prenatales y sepan los riesgos que conllevan las infecciones vaginales y la amenaza de parto pre término, para el personal de salud que son quienes deben diagnosticar de manera precoz los factores de riesgo atribuibles a la amenaza de parto pre término.

Los resultados obtenidos servirán de guía a las autoridades de Salud de nuestro departamento para conocer los factores relacionados con la amenaza de parto prematuro identificado en el Hospital Gineco Obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel” y así poder planificar capacitaciones al personal de salud de los diferentes niveles de atención sobre la importancia de esta patología, dotar de los insumos necesarios para identificar y tratar de manera precoz y oportuna a mujeres con riesgo de presentar amenaza de parto pre término.

El hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel” al ser el único hospital de tercer nivel en nuestro departamento y contar con el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales alberga gran cantidad de pacientes tanto mujeres gestantes como neonatos y no solo del municipio sino de todo el departamento por lo cual es de gran importancia la realización de este estudio en este nosocomio.

1.2. Objetivos

a. General

- Determinar los factores relacionados con la prevalencia de amenaza de parto pre término en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez porcel” de la ciudad de Sucre de Mayo a Octubre 2017.

b. Específicos

- Describir los factores sociodemográficos (edad, procedencia y estado civil) de las mujeres gestantes internadas en el servicio de maternidad del H.G.O.
- Describir los factores conductuales (tabaquismo, drogadicción, alcoholismo y estado nutricional) de las mujeres gestantes internadas en el servicio de maternidad del H.G.O.
- Determinar la prevalencia de Amenaza de parto pre término en el servicio de obstetricia del H.G.O.
- Determinar la edad gestacional más frecuente de amenaza de parto pre término.
- Establecer la relación existente entre los factores médicos y obstétricos con la amenaza de parto pretermino (Trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia), Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, placenta previa, polihidramnios, oligoamnios, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, incompetencia cervical, cervicovaginitis, infecciones vaginales, malformaciones, miomas, actividad uterina idiopática, enfermedades sistémicas graves, gestación múltiple.
- Determinar la relación existente entre los factores fetales y amenaza de parto pretermino (malformaciones fetales, crecimiento intrauterino retardado, sufrimiento fetal agudo, muerte fetal con amenaza de parto pre término).

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO Y CONTEXTUAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Definición

La amenaza de parto pre término es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. A los fines de posibilidad de manejo clínico neonatal, se considera después de las 23 a 24 semanas en centros perinatales de alta complejidad.

Trabajo de parto pre término es la presencia de dinámica uterina igual o mayor a la descrita, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento mayor al 50% y dilatación de 4 cm o más.⁵

La OMS señala que cada año se esperan 14 000 000 de partos pre término, lo cual constituye una verdadera epidemia. Este fenómeno ha elevado los importes por atención en las últimas 2 décadas, no solo en la fase perinatal, sino también a largo plazo; al respecto, un análisis realizado de 20 estudios reveló un considerable incremento de los costos en estos recién nacidos, tanto en el período neonatal como después del egreso hospitalario.⁶

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, dependiendo el riesgo de muerte o enfermedad de los prematuros del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer. La prematuridad menor de 32 semanas, que conlleva la mayor morbimortalidad neonatal y la mayor tasa de secuelas debe ser la que concentre nuestro mayor esfuerzo en lograr disminuirla.²

2.1.2. Etiopatogenia

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias

socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematuridad, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación, fertilización asistida, intervencionismo, etc.

Recientemente, el papel del feto en la iniciación del parto se ha reconocido, de una manera simplista se plantea que el feto al reconocer que su medio ambiente se ha hecho hostil precipita el parto, con el tiempo se le ha ido dando cada vez más importancia en la patogénesis a los factores infecciosos.⁷

2.1.3. Incidencia del parto prematuro

La incidencia del parto prematuro permanece estable en diversas regiones del mundo entre 5 y 12% inclusive en algunos tienen tendencia al incremento. Énfasis existe en los países latinoamericanos, donde de manera general hay un impacto negativo en el sector salud por las condiciones socioeconómicas actuales y políticas sanitarias deficientes. La influencia de factores infecciosos se hace cada vez más presente. Inclusive se ha estado utilizando antibióticos para detener la amenaza de parto prematuro. Aproximadamente, un 40% de los partos prematuros son por causas infecciosas.⁷

2.1.4. Clasificación

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, 10^a revisión (CIE-10) utilizan la definición de la OMS de parto prematuro y aconseja la inclusión de todos los niños nacidos vivos (independientemente de la edad gestacional).

El parto prematuro puede ser subdividido en base a la edad gestacional:

- Extremadamente prematuros (<28 semanas completas de gestación)
- Muy prematuros (28 - <32 semanas completas de gestación)
- Prematuro moderado (32 - <34 semanas de gestación)
- Nacimiento prematuro tardío (34 - <37 semanas de gestación).⁸

2.1.5. Diagnóstico prenatal

Hay conceptos acerca del control prenatal y el parto pre término que merecen una reflexión, sin embargo está probado que la cobertura universal del control prenatal o el mayor número de consultas a igual número de mujeres no disminuye la incidencia de partos pre término, tampoco el control prenatal combinado disminuye el parto pre término, entendiendo como control prenatal combinado a la educación de la embarazada con enseñanza para el manejo de las contracciones, visitas al hogar de la embarazada por el personal de salud y consejo nutricional permanente.⁹

2.1.6. Factores de Riesgo

El conocimiento de las condiciones asociadas con el parto prematuro permitirá establecer conductas e intervenciones que probablemente lograrán reducir el nacimiento prematuro, su recurrencia y la morbimortalidad asociada.¹⁰

La salud de la madre está estrechamente ligada a la salud del feto. Así, la edad de la madre, la obesidad materna marcada, la historia previa de mortinato, el aborto previo y las complicaciones maternas, tales como sangrado vaginal, hipertensión arterial previa, eclampsia, hemorragia puerperal, las patologías variadas maternas e infecciones que requieren el empleo de antibióticos e internación de la madre antes del parto, están asociadas significativamente a la muerte fetal.¹¹

Edad materna

El embarazo en los extremos de la vida es motivo de preocupación importante por las implicaciones sociales que tiene, el número de embarazos en adolescentes ha aumentado y se reporta en asociación con una tasa alta de complicaciones maternas y fetales, se considera un embarazo de alto riesgo, porque la adolescente necesita cuidados y tratamiento especiales, la probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años. Sus principales complicaciones de gestación son: trabajo de parto pretérmino, enfermedad hipertensiva,

anemia, diabetes gestacional, hemorragia ante parto y trabajo de parto obstruido en mujeres muy jóvenes de algunas regiones.¹⁰

Si hablamos del embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años, algunas cifras indican que un 16% del total de embarazos en el 2006 ocurrieron en mujeres mayores de 35 años, En Estados Unidos de Norte América, en el decenio 1991-2001, el número de embarazos aumentó en un 36% en el grupo de 35 a 39 años, y 70% en el grupo de 40 a 44 años. Existen informes que establecen que entre el 1,8% y 2% de los embarazos ocurre en mujeres sobre los 40 años.

Publicaciones internacionales mencionan los riesgos del embarazo en edades avanzadas, como ganancia excesiva de peso, obesidad, mortalidad materna, síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro, y hemorragia postparto.¹²

Tabaco

El tabaquismo constituye la principal causa de muerte evitable en el mundo y sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública, asociado a más de 4 millones de muertes anuales en todo el mundo, en mujeres jóvenes en edad fértil ha aumentado en los últimos años en países en desarrollo.¹³

Desafortunadamente también afecta a un porcentaje significativamente alto de mujeres embarazadas. Hay creciente evidencia que indica que este hábito durante el embarazo es responsable de un gran número de patologías obstétricas, neonatales y del desarrollo. La exposición in útero al cigarrillo debe ser considerada como una forma diferente de exposición pasiva al cigarrillo, puesto que el feto no está directamente expuesto al humo de cigarrillo.¹⁴

Está demostrado que la nicotina es un vaso constrictor placentario y que reduce el flujo sanguíneo intravelloso ocasionando una disminución del aporte de nutrientes y oxígeno para el feto. Además la placenta de la madre fumadora es más pequeña, tiene mayor incidencia de infartos y demuestran con mayor

frecuencia signos de perfusión inadecuada, lo cual revelaría el profundo efecto vascular de los derivados del tabaco.

La prevalencia total de tabaquismo durante el embarazo en madres de bajo nivel socioeconómico es de 28%, tan alta como la informada recientemente en países desarrollados y mucho más alta que el 4,7% descrito en México, la prevalencia de tabaquismo diario previo al embarazo es 61,3% siendo esa cifra mayor que la recientemente informada por CONACE que indica una prevalencia de 55% en el año 2004 en mujeres chilenas de 19-25 años (rango de edad de mayor prevalencia). En Estados Unidos, las variaciones de la prevalencia del tabaquismo en embarazo oscilan entre 15,8% y 38,5%.¹³

En relación a la prevalencia por trimestre, se observa una disminución significativa en la prevalencia de tabaquismo durante el embarazo con un 27% en el primer trimestre, 14,6% en el segundo y 12,3% en el tercero, el fumar durante el embarazo se ha asociado a restricción en el crecimiento del feto durante el tercer trimestre y parto pretérmino¹³, los efectos del tabaco durante el embarazo son varios, siendo los más importantes el desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro y mortinato¹⁴, podemos decir que del total de madres gestantes fumadoras diarias y ocasionales, el 7,3 % son prematuros, (IC= 95%; p= 0.70)¹³

Drogas

El consumo de cocaína en el embarazo se asocia a mayor incidencia de infecciones maternas bacterianas, infecciones de transmisión sexual entre ellas sífilis, VIH y hepatitis B y C. Producen parto prematuro, desprendimiento de placenta normalmente inserta, abortos y óbito.

La cocaína atraviesa rápidamente la barrera placentaria y hemato encefálica provocando efectos directos sobre el desarrollo del cerebro fetal debido a alteraciones del sistema central de monoaminas y efectos indirectos a través de trastornos vasculares maternos. Los grupos celulares de monoaminas aparecen tempranamente en el desarrollo fetal y juegan un papel importante en la proliferación celular, la migración, crecimiento y maduración neural y en la

sinapto génesis. La acción indirecta por vasoconstricción produce un descenso del flujo sanguíneo útero placentario con la consiguiente insuficiencia placentaria, hipertensión materna y vaso constricción fetal. Esto conduce a un estado relativo de hipoxia fetal que es causa de abortos, partos prematuros, desprendimientos placentarios y retrasos de crecimiento con afectación específica del perímetro craneal. Estos efectos más graves dependen de la dosis, etapas embrio fetal y drogas asociadas (alcohol), pudiendo ser reversibles o no.¹⁵

Estado civil

Existen diferentes factores de riesgo asociados al recién nacido pretérmino, pero la contribución de cada uno de ellos no está clara. Destacan factores maternos (ciertas enfermedades generales, alteraciones obstétricas y ginecológicas), fetales (embarazos múltiples, cromosomopatías, infecciones y determinadas malformaciones congénitas) y también sociales y ambientales (consumo de tabaco y alcohol, nutrición y la ocupación de los padres).

Algunos de los determinantes asociados con el problema están ligados a la situación laboral y la ocupación de la madre durante el embarazo, la identificación de factores de riesgo para la reproducción presentes en el trabajo adquiere especial relevancia por el importante incremento, en los últimos años, de la participación femenina en el mercado laboral, lo que implica que muchas mujeres trabajen durante la gestación. En concreto, se estima que el 40% de los recién nacidos son hijos de madres que tienen un trabajo remunerado.¹⁶

En un estudio realizado en España durante el año 1996 – 2000, se pudo determinar que el 2,9% de todos los recién nacidos incluidos en este análisis fueron partos múltiples, con más frecuencia entre las madres del sector profesional. El 88% de las madres estaban casadas. Los partos en mujeres menores de 20 años son más frecuentes en las madres que se dedican a las labores del hogar (4%), mientras que las profesionales presentan la mayor frecuencia de nacimientos en madres mayores de 35 años de edad (26%).

La mayor prevalencia de recién nacidos pretérmino se observa entre las madres agricultoras (10,8%; IC95%: 10,7-11,0) y las amas de casa (8,3%; IC95%: 8,3-8,3), y la menor entre las profesionales (6,6%; IC95%: 6,6-6,6), se observa una mayor prevalencia de partos pretérmino en las gestaciones múltiples, primíparas, solteras, recién nacidos varones, madres menores de 20 años. Tras ajustar por las posibles variables de confusión, el riesgo más alto de parto pretérmino (respecto al grupo de profesionales) lo presentan las agricultoras, con una frecuencia un 68% más alta (ORa=1,68; IC95%: 1,57-1,80), seguidas de las amas de casa, con un 19%, y las del sector servicios con un 12%.¹⁶

Alcohol

El alcohol es un tóxico totalmente soluble en agua, su forma más frecuente es el alcohol etílico, el cual se encuentra en las bebidas alcohólicas en proporciones que varían entre el cinco y el 55 % en relación con la cantidad de agua; la cerveza hasta un 10 %, el vino entre el 10 y 20 %, y las bebidas fuertes entre el 40 y 55%.

Los efectos del alcohol sobre el embarazo están bien definidos, cantidades tan pequeñas como 14gr. De alcohol absoluto al día, reducen de 50 a 200gr el peso al nacer, e incrementan los índices de mortinatos y aumentan las incidencias de malformaciones congénitas hasta un 32 %. Existe un amplio espectro de respuestas fenotípicas fetal a los efectos del alcohol. En el extremo más grave de este espectro, están aquellos niños que presentan el conjunto de anomalías que se denominan como síndrome de alcoholismo feta, la frecuencia de este síndrome se estima de tres a cinco por cada mil nacidos vivos.¹⁷

Entre otros efectos nocivos durante el embarazo, se encuentra el riesgo de aborto, pues a través de diferentes demostraciones se plantea que las mujeres que consumen alcohol tienden más al aborto (30ml de alcohol dos veces a la semana), se encuentra también un aumento en el índice de mortinatos, índices más altos de crecimiento intrauterino retardo y un promedio más bajo en el

peso de la placenta al nacimiento, el índice de prematuridad está en aumento entre un tres y un 5 % y los niños postmaduros entre un 8-9 %.

La ingestión de alcohol va seguida de un aumento de la excreción de zinc en la orina. La paciente debe ser consciente de que el etanol atraviesa libremente la placenta, y que el feto está expuesto a los mismos niveles de alcohol que la madre.¹⁷

Estado nutricional

El embarazo es uno de los períodos de mayor vulnerabilidad nutricional. El déficit de peso materno o de diversos nutrientes (calcio, ácidos grasos omega-3, hierro, zinc, ácido fólico, entre otros) influyen en forma significativa en la evolución del embarazo, parto y recién nacido. Ello ha motivado diversas estrategias de intervención en la embarazada para reducir el riesgo asociado a un déficit nutricional, incluyendo consejo nutricional, suplementos de nutrientes o programas de distribución de alimentos fortificados.

En años más recientes, la preocupación se ha centrado en la obesidad materna. Numerosos estudios han demostrado un aumento significativo del riesgo de diversas patologías del embarazo, cesáreas y una mayor mortalidad perinatal vinculada a un exceso de peso materna, también se han demostrado un mayor riesgo de malformaciones congénitas en mujeres obesas, incluyendo malformaciones del tubo neural, cardíacas y onfalocele.¹⁸

Para evaluar el estado nutricional de la mujer embarazada, se debe realizar el cálculo del índice de masa corporal (IMC), el cual se obtiene con el peso en kilogramos, dividido entre la talla en metros elevada al cuadrado, el valor obtenido con la fórmula debe ser ubicado en la gráfica de evaluación nutricional de la embarazada, de acuerdo a las semanas de gestación; de esta manera se conoce el resultado de la evaluación nutricional que puede corresponder a: O = Obesidad, S = Sobrepeso, N = Normal, E = Enflaquecida.¹⁹

Síndromes hipertensivos

Los trastornos hipertensivos que complican al embarazo constituyen parte de una triada mortal cuyos otros dos componentes son la hemorragia y la infección.²⁰

El descenso de la mortalidad por estados hipertensivos en el embarazo de 98% a lo largo de 50 años en el Reino Unido y Suecia resulta auspicioso en cuanto a los logros posibles en ese sentido. Los estados hipertensivos del embarazo son muy frecuentes, y afectan entre 5% y 10% de todas las gestaciones. Constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materno-fetal y son la principal causa de muerte materna en muchos países desarrollados.²¹ La pre-eclampsia, se presenta entre un 5 y 8%, de todos los embarazos en países desarrollados y, un 10%, en regiones en vía de desarrollo.²²

A nivel mundial, la pre-eclampsia y eclampsia contribuyen entre un 10 y 15% de la mortalidad materna. En Estados Unidos, la pre-eclampsia es la tercera causa de mortalidad materna, presentándose 540 muertes maternas, en el 2004, acompañadas de embolismo y de hemorragia. En Colombia, tiene una incidencia del 7% de los embarazos y una tasa de mortalidad del 42x100.000 nacidos vivos. Se asocia con mayores complicaciones para el binomio madre-feto.²²

Actualmente se acepta como base de clasificación la correspondiente a la última reunión del National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy del año 2000. Esta reunión tuvo la importancia de definir cuestiones tan importantes como el excluir los edemas de los criterios diagnósticos de la preeclampsia, o tan básicas como la forma de tomar la presión considerando la fase 5 de Korotkoff (K5) y no la 4 como se hacía antes en forma controversial para la presión arterial diastólica.²¹

Esta clasificación de los estados hipertensivos del embarazo supone cuatro categorías básicas: hipertensión arterial crónica, preeclampsia-eclampsia, preeclampsia sobre agregada a hipertensión arterial crónica e hipertensión gestacional.²¹

Hipertensión arterial crónica

Corresponde a aquellas pacientes que presentan diagnóstico previo a la gestación de hipertensión arterial o que esta se diagnostica antes de las 20 semanas de embarazo y persiste luego de 12 semanas de la finalización de la gestación. Es importante señalar que excepcionalmente puede existir preeclampsia-eclampsia antes de las 20 semanas de edad gestacional. Los escenarios particulares en los que la preeclampsia-eclampsia puede presentarse tan precozmente son: la mola hidatiforme y otras enfermedades del trofoblasto, el embarazo múltiple y el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.²¹

La hipertensión arterial crónica se clasifica en leve-moderada y severa según los valores de controles de cifras de presión arterial. Habitualmente se utiliza esta división a fin de decidir la necesidad de tratamiento farmacológico, dado que muchos autores y guías clínicas recomiendan no utilizar fármacos si los niveles de presión arterial corresponden a valores del rango leve-moderado. No existe consenso en las guías de manejo clínico de hipertensión arterial durante la gestación respecto a los valores a considerar como límite para dicha clasificación, aunque oscilan entre valores de presión arterial sistémica de 149-159 mmHg y de presión arterial diastólica de 95-109 mmHg.²¹

Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación. Fue descrita hace más de 2 mil años; la falta de un manejo oportuno, conduce a eclampsia, sin embargo, la causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud materna-perinatal importantes. La preeclampsia y eclampsia se manifiestan clínicamente con todo un espectro de síntomas clínicos por la misma condición.²³

Aunque su origen es desconocido, existe consenso en que existiría una exacerbación de la respuesta inflamatoria sistémica fisiológicamente observada en la mujer embarazada, la cual se caracteriza por una activación y/o

disfunción endotelial que sería consecuencia de diversos procesos fisiológicos y/o patológicos relacionados con la placenta. Entre esta última, Roberts y Lain señalaron que la disfunción endotelial, característica de la preeclampsia, es originada por un factor sintetizado en respuesta a una alteración en la placentación fisiológica en la primera mitad del embarazo. Este factor podría estar asociado a sustancias derivadas del estrés oxidativo producido por la hipoperfusión del espacio intervelloso.²⁴

La preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial. Sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo, donde otras causas también frecuentes, ocasionan mortalidad materna (por ejemplo, hemorragia y sepsis). El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad; el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población. La presente revisión de la literatura proporciona evidencia sobre el diagnóstico, prevención, tratamiento de la preeclampsia.²³

Las condiciones clínicas que más aumentan el riesgo de preeclampsia-eclampsia son el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (RR 9,72), la hipertensión arterial crónica (RR 9,21), la preeclampsia previa (RR 7,19), la diabetes (RR 3,56) y las nefropatías previas (RR 2,94)(9,19,48).²¹

Los exámenes rutinarios para preeclampsia con relación a la toma de la presión arterial a todas las mujeres embarazadas deben practicarse de acuerdo a lo recomendado por la OMS. Cuando los recursos están disponibles, lo mejor es medir la presión arterial con un esfigmomanómetro de mercurio. Un análisis de orina para proteinuria también debe realizarse rutinariamente en cada visita prenatal en todos los servicios de salud, como complemento a la medición de rutina de la presión arterial.²³

No existen síntomas, signos o estudios paraclínicos que solos o combinados tengan la suficiente sensibilidad y especificidad para ser empleados como predictores de preeclampsia en la actualidad. El diagnóstico de preeclampsia-eclampsia sobre agregada en las pacientes hipertensas crónicas es particularmente dificultoso y requiere un alto índice de sospecha clínica para realizarlo precozmente.²¹ Los elementos que llevan a plantear el diagnóstico son: Aumento brusco de los valores de presión arterial²¹, presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, en por lo menos dos ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas de diferencia, que se presenta después de 20 semanas de gestación en una mujer cuya presión arterial había sido normal. Además de esto, contribuye al diagnóstico la presencia de proteinuria mayor o igual a 0,3 gramos en una muestra de orina de 24 horas o su equivalente en tiras reactivas (más de 1+) en dos muestras de orina al azar recolectadas con cuatro o más horas de separación.²³ Plaquetopenia o alteración de los valores de enzimas hepáticas sin otra causa que lo explique.²¹

Existen síntomas sugestivos de preeclampsia-eclampsia: cefalea intensa, visión borrosa o escotomas centellantes, vómitos, dolor persistente en epigastrio y/o hipocondrio derecho. Es de importancia que los médicos que asisten a pacientes embarazadas y pacientes con alto riesgo de preeclampsia-eclampsia estén alertas frente a su aparición y realizar una valoración exhaustiva en caso de presentarse los mismos antes de descartar la preeclampsia-eclampsia como causa. Sin embargo, el diagnóstico puede ser particularmente dificultoso en este contexto y se deberá interpretar cuidadosamente la clínica y la paraclínica en cada caso concreto.²¹

La preeclampsia se clasifica en:

Leve: con una presión arterial mayor a 140/90, asociada a proteinuria (> 300mg/l).¹⁹

Grave: La preeclampsia grave se define por la presencia de cifras de presión arterial sistólica \geq 140 mm Hg o presión arterial diastólica \geq 90 mm Hg en dos o

más tomas separadas al menos por 6 horas, junto con proteinuria (≥ 300 mg en orina de 24 h) ²⁵, ($< 0,5$ ml/kg/hora), cefalea, visión borrosa y alguno de los siguientes criterios de gravedad:

- Síntomas de disfunción del sistema nervioso central (SNC): visión borrosa, escotomas, cefalea severa, alteración del nivel de conciencia.
- Síntomas de distensión de la cápsula de Glisson: dolor severo en hipocondrio derecho, náuseas o vómitos
- Daño hepatocelular: elevación de transaminasas al doble ~ del valor de referencia del laboratorio
- Hipertensión arterial severa: PAS ≥ 160 mm Hg o PAD ≥ 110 mm Hg en al menos dos ocasiones separadas 6 horas entre sí
- Trombocitopenia: < 100.000 plaquetas por mm³
- Proteinuria: 2 g o más en 24 horas
- Oliguria < 500 mL en 24 horas
- Crecimiento fetal retardado severo - Edema pulmonar o cianosis - Accidente cerebrovascular.²⁵

Eclampsia

La muerte por eclampsia en Europa es de baja frecuencia, con 2-3 casos por 10.000 partos; mientras que en países en desarrollo se estima una incidencia de 16 a 69 casos por 10.000 partos. En los países con tasas altas de mortalidad materna, la muerte por eclampsia es superior a la por preeclampsia, revirtiéndose esta proporción en la medida que desciende la mortalidad materna global.²⁶

La eclampsia es una de las mayores complicaciones de la preeclampsia, es representada por cualquier estado hipertensivo del embarazo que presenta convulsión tónico clónica y pérdida de la conciencia.

Hipertensión arterial gestacional

Se define como la hipertensión arterial gestacional con presión arterial sistólica 140 mmHg y/o presión arterial diastólica 90 mmHg que se presenta luego de

las 20 semanas de gestación y que no asocia proteinuria significativa. Se debe tener en cuenta que la hipertensión gestacional siempre es un diagnóstico provisorio, si aparece proteinuria significativa estaremos en presencia de una preeclampsia, si la hipertensión arterial persiste más allá de las 12 semanas del parto, será una hipertensión crónica que había quedado oculta por la caída de las resistencias del embarazo, y si desaparece en el puerperio se tratará de una hipertensión transitoria, la hipertensión gestacional obliga a la estrecha vigilancia porque entre 15% y 25% evolucionarán a preeclampsia. Sabiendo, además, que cuanto más precoz sea la aparición de la hipertensión gestacional, mayor será el riesgo de evolucionar a preeclampsia.²¹

La hipertensión inducida por el embarazo es una de las entidades más frecuentes que complica al embarazo y causa el aumento de las tasas de morbimortalidad materna.²⁰

Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta es la separación total o parcial de la placenta del útero y con manifestaciones fetales de asfixia aguda o crónica y shock que conducen habitualmente a la muerte fetal o inmediatamente después de nacer²⁷, es una hemorragia de la segunda mitad del embarazo y una de las causas más frecuentes y potencialmente más graves en la consulta de urgencias durante la gestación²⁸, la lesión placentaria más frecuentemente encontrada es la hemorragia retro placentaria²⁷, la incidencia varía de 0,49% a 1,8%, la tasa de mortalidad materna es de aproximadamente 1%²⁹.

La tríada clásica de síntomas en el DPPNI son: hemorragia dolor e hipertoniá uterina, si el desprendimiento supera el 50%, generalmente ocurre muerte fetal por hipoxia y sobreviene otras complicaciones como shock hipovolémico, alteraciones sanguíneas e insuficiencia renal, se debe considerar que las cifras de presión pueden aparentar normalidad si existe síndrome hipertensivo del embarazo. La hemorragia genital es oscura y con coágulos, de cuantía variable que no guarda relación con la gravedad del cuadro clínico. Se evidencia

irritabilidad uterina progresiva caracterizada por: contracciones uterinas, polisistolía, hipertonia y finalmente un útero de consistencia “leñosa”, típico de este cuadro. Es difícil palpar al feto y en un 60 % existen datos de riesgo de pérdida de bienestar fetal y un 15 a 35% muerte fetal.³⁰

Placenta previa

La placenta previa se define como la inserción de la placenta en el segmento inferior uterino, la incidencia se sitúa en 1/200 gestaciones y supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre,²⁸ es la mayor causa de hemorragia en el tercer trimestre, complicando entre 0,3% y 0,5% de los embarazos y produce morbimortalidad materna y perinatal significativa.²⁹

La hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida de cantidad variable, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño. Se presenta al final del segundo trimestre, habitualmente sin actividad uterina.³⁰

Se clasifica en:

- Tipo I: placenta lateral o baja. Se implanta en el segmento uterino inferior sin llegar al orificio cervical interno.
- Tipo II: placenta marginal. La placenta llega justo al borde del orificio cervical sin sobrepasarlo.
- Tipo III: placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.
- Tipo IV: placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está cubierto totalmente por la placenta.²⁸

Polihidramnios

El volumen de líquido amniótico se mantiene por un balance entre la producción y la absorción, aumenta conforme avanza el embarazo. Durante el segundo trimestre incrementa 10ml diario, alcanza 500 ml a las 20 semanas, aumenta hasta 1000ml a las 34 semanas y disminuye 800 - 900 ml al término del embarazo. Si aumenta entre 1500 - 2000 ml hay

exceso de líquido y por encima de dos litros se designa como polihidramnios o hidramnios y puede ser agudo o crónico.³¹

El diagnóstico se realiza por el examen físico del abdomen de la paciente y la medición del volumen de líquido amniótico por ultrasonido. Teniendo en cuenta la incidencia del polihidramnios y su relación con la morbilidad materna fetal.³¹

El embarazo con polihidramnios, por sus múltiples causas, ha sido considerado como un riesgo, donde poco pueden hacer los obstetras como no sea tener una conducta expectante y una vigilia del embarazo, cuya evolución en muchos casos no es favorable por el riesgo que existe de parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado, rotura de las membranas ovulares y otras.³²

Oligoamnios

El oligohidramnios se define como volumen anormalmente bajo de líquido amniótico³³, es la disminución del índice de líquido amniótico a cifras patológicas, medido por ecografía, mediante la técnica descrita por Phelan y otros en 1987, de 4 cuadrantes, que informa que la mayor morbilidad, ocurrió con un índice de líquido amniótico de 5 cm o menos³⁴, un volumen adecuado de líquido amniótico es fundamental para permitir el movimiento fetal normal, el crecimiento, y para amortiguar el feto y el cordón umbilical. El oligohidramnios puede inhibir estos procesos y puede conducir a la deformación fetal, compresión del cordón umbilical, y la muerte, por ello se ha asociado al incremento de cesáreas, de inducciones del trabajo de parto, principalmente cuando se asocia a enfermedades como la hipertensión arterial, el crecimiento intrauterino retardado y los embarazos prolongados.³³

Ruptura prematura de membranas

La rotura prematura de las membranas es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo.³⁵ Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos

ocurre en gestaciones de pretérmino, en embarazos de pretérmino es responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; también se asocia a un aumento en la morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infección puerperal.³⁶

Es un cuadro grave para el pronóstico perinatal, y su importancia está en relación inversa con la edad gestacional en que se produce, o sea, que mientras más temprano aparece, peores serán los resultados. Podemos entonces asegurar que en el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no exento de complicaciones; por el contrario, cuando ocurre antes de las 34 semanas es desfavorable, y peor aún antes de las 32 semanas, pues la evolución está sujeta a una alta morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.³⁶

Existen diversas clasificaciones de acuerdo, fundamentalmente, con el momento de parto en que ocurran, y se señalan con mayor frecuencia las siguientes:³⁵

- Prematura
- Precoz
- Oportuna
- Tardía
- Tempestiva
- Artificial
- Espontánea
- Alta
- Baja
- Otras

Corioamnionitis

La corioamnionitis es una infección frecuente en el embarazo, los gérmenes aislados en el líquido amniótico habitualmente son colonizadores de la vagina y suele complicarse con diversas patologías perinatales, entre las que se

encuentran: parto pretérmino, infecciones postparto, sepsis y muerte perinatal; de las complicaciones neonatales, las más frecuentes son: prematuridad, sepsis neonatal, choque séptico, neumonía, hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrosante³⁷, el riesgo de desarrollar parálisis cerebral en recién nacidos pretérmino con corioamnionitis clínica es entre dos y tres veces superior que en ausencia de esta infección. El 10-15% de los casos de amenaza de parto pretérmino tienen un cultivo de líquido amniótico positivo, llegando al 25% cuando se desencadena el parto pretérmino. Por otra parte, en las gestaciones pretérmino con rotura prematura de membranas el 30-50% tiene una corioamnionitis asociada.³⁸

La repercusión de la corioamnionitis en la madre va desde el aborto y parto distócico, incluyendo cesáreas con histerectomía obstétrica, hasta infección puerperal, estado de choque séptico e incluso, la muerte; por su parte, las complicaciones más frecuentes en el feto son: prematuridad, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, infección neonatal, dificultad respiratoria, parálisis cerebral y muerte.³⁹

Entre los microorganismos más frecuentemente aislados en mujeres con corioamnionitis se encuentran: Ureaplasma sp, Mycoplasma hominis, Streptococcus grupo B, Escherichia coli, Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae, además de bacterias anaerobias, como Bacteroides fragilis.³⁷

Las manifestaciones clínicas de corioamnionitis comprenden.

- fiebre materna
- Hipersensibilidad uterina
- Taquicardia materna (> 100/minuto)
- Taquicardia fetal (> 160/minuto)
- Líquido amniótico fétido o purulento
- Actividad uterina prematura.

Existe una relación significativa entre la corioamnionitis aguda y el desarrollo de sepsis neonatal temprana; se denomina sepsis neonatal al síndrome clínico

caracterizado por signos y síntomas de respuesta inflamatoria sistémica, en que se corrobora la infección mediante un hemocultivo positivo.³⁷

Incompetencia cervical

La incompetencia cervical corresponde a la incapacidad del cuello uterino de mantener su rigidez propia, necesaria para la mantención del embarazo. Desde un punto de vista práctico, la incompetencia cervical, se define como la dilatación pasiva del cuello uterino, en ausencia de contracciones uterinas dolorosas. Si nada altera el curso de esta condición, probablemente terminará con un aborto de segundo trimestre o un parto prematuro. Su incidencia se estima en 4,6 por 1000 nacidos vivos para la incompetencia cervical genuina, aunque no es fácil determinar su importancia en la génesis del parto prematuro.

Se describe su asociación con historia de legrados uterinos previos, conización cervical, partos operatorios vaginales, exposición a Dietilbestrol o la concomitancia de anomalías müllerianas. Sin embargo, no rara vez se evidencia en primíparas, sin historia de patología ginecológica previa.⁴⁰

Clásicamente la incompetencia cervical es tratada con la colocación de un cerclaje en el cuello uterino, por vía vaginal, ya sea en forma programada a las 12 a 14 semanas o en el transcurso de la evolución de la dilatación cervical. Técnicas descritas por primera vez en 1951 por Shirodkar, y luego modificada por McDonal en 1957, No existe una explicación fisiopatológica que pueda develar la incompetencia cervical a cabalidad, la mayoría de las publicaciones postulan una deficiencia de colágeno o elastina u otro componente estructural, como la causa de esta patología, sumado lo anterior al peso que ejerce el feto y anexos ovulares sobre un cuello "débil".⁴⁰

Cervicovaginitis

Es una enfermedad prevalente en México que ocurre en el 30% de la población femenina. El Centro de Información Integral para la Salud, en 2004 la situó en el decimotercer lugar de los principales motivos de consulta en las clínicas de primer nivel de atención.⁴¹

La cervicovaginitis se define como un síndrome caracterizado por uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- Aumento en la cantidad de secreción vaginal
- Prurito
- Irritación
- Disuria
- Dispareunia
- Fetidez o mal olor vaginal; secundario a la presencia de microorganismos patógenos.⁴¹

El ecosistema vaginal normal es reconocido como un importante mecanismo de defensa del huésped contra dichas infecciones, ya sea por la exclusión competitiva de los microorganismos, la producción de ácido láctico por los lactobacilos presentes, o bien por la producción de bacteriocinas y/o peróxido de hidrógeno.⁴²

Las enfermedades que se asocian con descarga vaginal con mayor frecuencia son:

- a) Vaginosis Bacteriana, por sobre crecimiento de microorganismos anaerobios, mycoplasmas y Gardnerella vaginalis.
- b) Candidiasis Vulvovaginal, usualmente causada por Candida albicans
- c) Tricomoniasis por Trichomonas vaginalis. ⁴¹

De estos microorganismos, los que se aíslan con mayor frecuencia son: Gardnerella vaginalis (22.6%), Candida spp (19.1%), Candida albicans (7.8%) y Trichomonas vaginalis (1.5%).⁴¹

Malformaciones uterinas

La prevalencia de malformaciones uterinas congénitas en mujeres fértiles está documentada entre el 1 a 2% de la población. De éstas, la más frecuente es el útero septo.⁴³

Las malformaciones Müllerianas son un grupo misceláneo de anomalías uterinas que resultan de alteraciones en el desarrollo, fusión o canalización de los conductos Müllerianos. Estas estructuras son responsables de la formación de las tubas, el útero y los dos tercios superiores de la vagina. El desarrollo y las consiguientes anomalías del sistema reproductor femenino se verifican entre las 6 y 20 semanas de gestación durante la vida fetal.

Estas malformaciones afectan en promedio al 4,3% de las mujeres, cifra que varía ampliamente según la clasificación, población y método diagnóstico utilizados. Una revisión reciente de la literatura informa una prevalencia de anomalías uterinas congénitas de 6,7% en población fértil, de 7,3% en población infértil y de 16,7% en mujeres con historia de aborto recurrente. La importancia de reconocerlas precozmente radica en prevenir sus complicaciones, como por ejemplo el algia pelviana, la infertilidad y el resultado obstétrico desfavorable. Estas anomalías pueden ser agrupadas según el tipo específico de alteración embriológica que las origina o según las similitudes en su presentación clínica.⁴⁴

Las malformaciones complejas del tracto genital femenino, es decir, aquellas malformaciones uterinas que comparten características de más de una clase descrita y además se acompañan de alteraciones del sistema urinario, no son tan frecuentes, siendo a menudo incorrectamente identificadas y tratadas en forma tardía,⁴⁴ sus síntomas dependen de la obstrucción vaginal, y en casi todos los casos el dolor cíclico es el síntoma predominante, el cual aparece con posterioridad a la menarquia, frecuentemente entre los 12 y 16 años. La presencia de menstruaciones normales confunde y retrasa el diagnóstico. También se presenta como masa pelviana asociada o no a la sintomatología descrita.⁴⁴

Miomas uterinos

Son tumores benignos estrógeno dependientes, la proliferación patológica de las fibras musculares lisas del miometrio normal es la etiología, además de contener tejido conectivo y fibroso⁴⁵, están presentes en 25-30 % de las

mujeres en edad fértil, constituyen los tumores más comunes del tracto genital femenino, razón por la cual la asociación mioma uterino-esterilidad es controvertida, pues la elevada frecuencia implica que muchas mujeres con esta afección pueden concebir sin dificultades. Se estima que aproximadamente 1 de cada 4 a 5 féminas de más de 35 años padecen de este tipo de tumores, 2 por lo que se hace extensivo para su diagnóstico, el uso de la ultrasonografía transvaginal y/o abdominal, dada la certeza y la inocuidad del método.⁴⁶

Los miomas uterinos se presentan habitualmente entre los 30 y 50 años de edad, son raros por debajo de los 20, excepcionales antes de la pubertad, y no suelen aparecer después de la menopausia.⁴⁵

Enfermedades sistémicas

Significa que afecta al cuerpo entero, en lugar de una sola parte o un solo órgano. Por ejemplo, los trastornos sistémicos, como la hipertensión, o las enfermedades sistémicas, como la gripe, afectan a todo el cuerpo. Una infección que está en el torrente sanguíneo se denomina infección sistémica.

Gestación múltiple

El embarazo múltiple es aquella gestación de dos o más fetos, la cual tiene estados concomitantes con la condición materna, gestación y/o el parto, habiéndose considerado una entidad con alto riesgo para la salud perinatal, durante los últimos 20 a 25 años ha habido una tendencia a retrasar la procreación, por lo que actualmente ocurren más embarazos múltiples en mujeres de mayor edad. En general, el incremento en la incidencia de embarazos gemelares se atribuye a una mayor edad materna, debido a un aumento en los niveles de la hormona folículo estimulante a una edad mayor, y al uso de terapias para infertilidad. Se ha estimado un aumento del 20 al 30% de los embarazos gemelares y de un 30 a 40% en los embarazos de alto orden fetal (tres fetos o más) entre mujeres tratadas por infertilidad. En países con alta frecuencia de embarazos múltiples, del 30 al 50% de los embarazos gemelares y 75% de los embarazos triples ocurren después de un tratamiento de infertilidad.

Desde el punto de vista neonatal, el embarazo múltiple contribuye de manera importante a la presencia de prematurez y bajo peso, con un incremento del 48 al 60% en los casos de prematuros, así como con una mayor morbilidad asociada, tanto en el recién nacido moderadamente prematuro (32 a 33.6 semanas) como en el prematuro tardío (34 a 36.6 semanas). En América Latina, la frecuencia del embarazo gemelar se ha mantenido estable en los últimos años. Brasil, en 1985, reportó una incidencia del 0.9%; Bolivia, en 1986, del 0.8%; Chile, en 1986, del 0.84%; Ecuador, en 1996, del 1.04%, Argentina, en 1997, del 0.99%, y en Venezuela, entre 1976 a 1999, del 0.5 al 1.2%.⁴⁷

Malformaciones fetales

Las malformaciones congénitas son defectos estructurales al nacer ocasionados por un trastorno del desarrollo prenatal durante la morfogénesis. El término congénito no implica ni excluye un origen genético, son consideradas a menudo defectos innatos, aunque en términos más amplios, estos también incluyen anomalías bioquímicas que se manifiestan en el momento del nacimiento o cerca de éste, estén o no asociados a dismorfias.⁴⁸

Las malformaciones congénitas abarcan una amplia variedad de alteraciones del desarrollo fetal, la herencia multifactorial es responsable de la mayoría de las malformaciones mayores, afectan al 2-3% de los recién nacidos al momento del parto, aunque al final del primer año de vida se detectan hasta en un 7%, la incidencia mundial de defectos congénitos oscila entre 25 y 62/1.000 al nacimiento, y al menos 53/1.000 individuos tienen una enfermedad con vínculo genético que se manifiesta antes de los 25 años.⁴⁹

Las malformaciones se dividen en mayores y menores. Las primeras representan un peligro para la vida del paciente, requieren tratamiento quirúrgico o estético y en el peor de los casos producen la muerte; las segundas son pequeños defectos morfológicos que no tienen repercusiones serias para la vida del paciente desde el punto de vista médico, quirúrgico o estético; su valor reside en que sirven como indicador para la búsqueda de

malformaciones mayores y síndromes que se puedan diagnosticar desde el nacimiento.⁴⁹

Hidrops fetalis

El hidrops fetalis es un grave proceso, de elevada mortalidad perinatal, de etiología multifactorial y caracterizado por anasarca generalizada, con o sin acumulación de líquido en las cavidades serosas del organismo fetal, con algún grado de edema cutáneo y, frecuentemente, con placenta edematosa, Hipócrates describió el primer caso, pero, fue Ballantyne, en 1892, quien estableció los criterios clínico patológicos para el diagnóstico de hidropesía fetal. La incidencia varía de 1 en 1600 a 1 en 7000.⁵⁰

La baja edad gestacional (<34 semanas), las puntuaciones bajas de Apgar de 5 minutos (<4) y la insuficiencia cardíaca se asocian significativamente con la mortalidad fetal. Debido a la insuficiencia cardíaca fetal y la insuficiencia circulatoria, la lesión de las células endoteliales vasculares da como resultado un aumento de la permeabilidad capilar, la cual puede conducir a la fuga de aminoácidos en el líquido amniótico, la falla hepática y cardíaca, la sobrecarga de volumen y los trastornos linfáticos conducen a una baja presión oncótica, presión venosa central alta y flujo linfático disminuido y la permeabilidad capilar alterada puede conducir a la fuga de aminoácidos en el líquido amniótico.⁵¹

Crecimiento intrauterino retardado

El retraso de crecimiento intrauterino se define como la situación que provoca un peso neonatal por debajo del percentil 10 para la edad gestacional, el crecimiento intrauterino retardado es una patología caracterizada por una limitación del potencial del crecimiento fetal de causa heterogénea y manifestaciones variables.⁵²

El crecimiento intrauterino retardado en la actualidad es un problema que puede atenuar el daño que se produce en algunos órganos importantes como el cerebro, los pulmones, el corazón y otros; así como el riesgo de complicaciones durante el nacimiento y las secuelas posnatales.⁵³

Factores de riesgo más comunes: edad menor a 16 y mayor de 35 años, multíparas con período intergenésico corto, productos de bajo peso al nacer previos, fumadora habitual, estado socioeconómico bajo y trabajo duro, enfermedades maternas previas al embarazo o dependientes de este, antecedentes de amenaza de aborto en embarazo actual, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, bajo peso materno a la captación, ganancia insuficiente de peso materno durante el embarazo, infecciones, factores genéticos (talla materna pequeña), embarazo múltiple, drogadicción y alcoholismo, exposición a radiaciones, malformaciones congénitas fetales, entre otros.⁵⁴

Sufrimiento fetal

Bienestar fetal es el término empleado para mostrar el equilibrio de la homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los tres compartimientos: materno, fetal y trofoblasto; sin embargo, uno de los grandes retos en la obstetricia actual consiste en la necesidad de un método que cumpla la exigencia de mostrar con precisión el estado del feto intraútero. De hecho, la ausencia de ese procedimiento ha generado cierta incertidumbre en la práctica de esta disciplina, respecto al aseguramiento de las condiciones de normalidad y, sobre todo, si se sospecha que puede haber pérdida del bienestar fetal; de modo que uno de los elementos que ha sido valorado por la comunidad médica es la falta de correspondencia entre la evaluación de la pérdida del equilibrio en la homeostasis fetal y el estado al nacer. Esta falta de exactitud también ha repercutido en la búsqueda de una terminología más exacta, relacionada básicamente con los medios diagnósticos empleados, como los métodos clínicos, biofísicos, bioquímicos, electrónicos, ente otros.⁵⁴

El término sufrimiento fetal agudo se usa con frecuencia y sin restricciones en la práctica obstétrica, es un trastorno metabólico causado por una variación de los intercambios materno-fetales de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis⁵⁴, definiéndose también como "un estado en que la fisiología fetal se halla tan alterada que es

probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período de tiempo relativamente breve"⁵⁵.

En general, las causas de déficit de oxígeno (sufrimiento fetal) son secundarias principalmente a insuficiencia útero placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales (sepsis o hemorragias).

Los niveles de déficit de oxígeno pueden definirse del modo siguiente:

1. Hipoxemia: definida por la disminución de la presión parcial de oxígeno (pO_2).
2. Hipoxia: indica que un órgano no recibe la suficiente cantidad de oxígeno necesaria para satisfacer sus necesidades metabólicas.
3. Asfixia: secundaria a una hipoxia intensa y/o de larga duración, que ha provocado una acidosis con trastorno funcional del órgano involucrado.
4. Anoxia: término reservado para la falta total de oxígeno.⁵⁶

La evolución del cuadro clínico depende de su duración, la gravedad de la noxa y la capacidad de los mecanismos compensatorios fetales, cabe agregar que el término es abarcador y se conjugan los elementos clínicos, químicos, biofísicos y electrónicos, entre otros, para su diagnóstico.⁵⁴

Muerte fetal intrauterina

La muerte u óbito fetal se define como la ausencia de latido cardíaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre. Aunque en algunos países se considera desde que el feto pesa 350 g y en otros se utiliza el criterio de 28 semanas o 1000 g de peso fetal, en Chile se acepta desde las 22 semanas de gestación hasta el parto o desde que el feto pesa 500 g.⁵⁶

La muerte fetal es uno de los resultados adversos más comunes del embarazo, anualmente se producen en todo el mundo 3,9 millones de muertes fetales. Alrededor de uno a dos millones de muertes quedan sin cuantificar, especialmente en países con deficiente asistencia sanitaria. El 97% de las

muerres fetales ocurren en países en desarrollo, siendo su prevalencia del 3% en comparación con cifras inferiores al 1% en países desarrollados.⁵⁷

En la evaluación de la muerte fetal intrauterina se puede establecer una clasificación etiológica en: fetales (25-40%), placentarias (25-35%) y maternas (5-10%). Sin embargo, aproximadamente en un 25% la causa es desconocida a pesar de una evaluación cuidadosa de la evolución clínica, el examen del mortinato, la necropsia y los estudios de laboratorio. Existen razones por las que es difícil dar con la causa puesto que ésta suele ser compleja y multifactorial. Además, hay factores de riesgo de muerte fetal que también están presentes en fetos nacidos vivos, como la edad materna avanzada, la obesidad, la raza negra, el hábito tabáquico, el consumo de alcohol y el bajo nivel sociocultural.⁵⁷

La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso del término de mortalidad fetal tardía. La clasificación internacional estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud (ICD-10) define la mortalidad fetal tardía como la tasa de fetos nacidos muertos mayores de 28 semanas, mayores de 1000 g de peso, o con una longitud cráneo-rabadilla mayor a 35 cm.⁵⁷

2.1.7. Diagnóstico

El diagnóstico se basa principalmente en tres elementos:

- ✓ La edad del embarazo
- ✓ Las características de las contracciones uterinas
- ✓ El estado del cuello uterino

Cuando estos signos y síntomas no son evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de algún factor que eleva el riesgo de prematuridad (partos previos de pretermino, infección urinaria, rotura prematura de membranas, etc.)¹⁹

La edad del embarazo oscila entre 22 y 37 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen dicha edad gestacional.¹⁹

Las contracciones uterinas se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por tocografía externa¹⁰, no existe un criterio unánime sobre el número de contracciones necesarias para definir una amenaza de parto pretermino; generalmente se consideran necesarias 4/20 – 30 minutos o bien 8/h, las cuales tienen que ser dolorosas, palpables y de más de 30 segundos de duración. ⁴

Además se deben acompañar de modificaciones del cérvix uterino:

- ✓ Cuello borrado mayor al 70% y dilatado 2cm
- ✓ Borramiento y dilatación cervical progresivas

El método más usado para la valoración del cuello sigue siendo el tacto vaginal donde se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación, también se puede realizar la valoración cervical por ecografía que puede servir de ayuda para la predicción del parto pretérmino,⁴

La ecografía es un estudio de gabinete que se debe realizar para verificar la edad gestacional y la presencia de anomalías congénitas, maduración placentaria, cantidad de líquido amniótico y perfil biofísico fetal, es necesario realizar una ecografía transvaginal para medir el cérvix y determinar signos predictivos de parto pretermino dentro de los cuales podemos verificar la existencia de longitud del cérvix menor a 25 milímetros, dilatación del orificio cervical interno mayor a 5 milímetros (antes de las 30 semanas), tunelización del orificio cervical interno y grosor de la pared anterior del segmento inferior a 7 milímetros.¹⁹

2.1.8. Tratamiento

El parto pretérmino constituye uno de los principales retos de la atención perinatólogica actual, si se tiene en cuenta que, en los EE.UU., cada año 12 % de los nacimientos se produce con menos de 37 semanas de gestación, lo cual precisamente implica un costo de 26 billones de dólares anuales para enfrentar la tragedia, la atención en el parto pretérmino resulta un gran dilema para el obstetra, si se tiene en cuenta su origen multifactorial, así como el número elevado de pacientes con falsos positivos, que conduce a ingreso y gastos en atención hospitalaria; sin embargo, una vez diagnosticado, su terapéutica es otro de los puntos de cuidado; también objeto de múltiples contradicciones. La terapia con agentes tocolíticos es muy controvertida, porque los estudios realizados en la actualidad no ofrecen grandes diferencias entre los agentes empleados en cuanto a su eficacia y seguridad.

Con referencia a lo señalado anteriormente, mientras no se encuentren los métodos eficaces para prevenir el parto pretérmino debido a su origen multifactorial, la inhibición farmacológica continuará siendo una terapéutica que facilitará la toma de otras decisiones que permitan asegurar una mejor evolución neonatal.⁵⁸

Medidas específicas:

- a. **Primer nivel de atención:** Establecer la edad gestacional, valorar la capacidad del establecimiento y la distancia hasta el hospital de referencia, referir en forma inmediata a un establecimiento de segundo o tercer nivel de acuerdo a la complejidad del cuadro, si se decide detener la amenaza se debe indicar reposo absoluto, control de signos vitales, frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales registrar la frecuencia de las contracciones uterinas cada 30 minutos, administrar diazepam vía oral 5 miligramos cada 12 horas, indometacina vía rectal 100 miligramos por cada 24 horas durante 3 días(en embarazos menores a 32 semanas), betametazona sulfato intramuscular 12 miligramos cada 24 horas, por dos días, en embarazos de 24 y 34 semanas, en embarazos menores a 24 semanas aplicar dosis de

refuerzo, nifedipino vía oral 20 miligramos cada 8 – 12 horas, para tocolisis (medicamento de elección), El pronóstico fetal está relacionado con la capacidad resolutive en la atención neonatal, por lo tanto es conveniente evaluar con oportunidad tanto esa capacidad como el riesgo materno – fetal, si los recursos son insuficientes para el manejo adecuado de ellos, referir al nivel de mayor complejidad.¹⁹

- b. Segundo y tercer nivel de atención:** Determinar la edad gestacional identificar factores predisponentes, controlar los signos vitales, frecuencia cardiaca fetal y los movimientos fetales cada 15/20 minutos, en la fase aguda , cada hora, cada 2 y cada 4 horas de acuerdo a la necesidad, reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo, registrar la frecuencia de las contracciones uterinas cada 30 minutos, registrar en hoja de monitoreo.¹⁹

Tratamiento farmacológico

La inhibición farmacológica del parto pretérmino ha mostrado sus beneficios en la prolongación del momento del parto, y además posibilita la administración de corticosteroides, con demostradas ventajas, aunque en diferentes estudios con control también se han expuesto los riesgos respecto al número de reacciones adversas, que pueden poner en peligro a la madre y el feto.⁵⁸

Los tocolíticos se deben usar entre las 22 – 37 semanas si las medidas generales no son eficaces. Si después de 2 horas, la dinámica permanece o se producen cambios en el cuello, se debe proceder a la tocolisis farmacológica.⁴

Se ha llegado al consenso de que no existe el tocolítico ideal, pues los más usados, como los β -agonistas: sulfato de magnesio y bloqueadores del calcio, no han logrado el equilibrio deseado entre eficacia y seguridad.⁵⁸

Utero inhibición/ tocolisis

Una vez diagnosticada la amenaza de parto pretermino, los pilares del tratamiento son el reposo, los tocolíticos (para intentar frenar la dinámica uterina) y los corticoides (para estimular la maduración pulmonar fetal).⁵⁹

Tocolíticos β -miméticos

Constituyen las drogas más empleadas como tocolíticos en el parto pretérmino. Son conocidos los diferentes efectos de estos medicamentos, que establecen la relación riesgo-beneficio cuando se utilizan para este fin. A pesar de los grandes esfuerzos realizados en la búsqueda de actividad β_2 , todos los medicamentos conocidos presentan una cierta actividad β_1 . Además, se presentan efectos β_2 diferentes de la relajación uterina, como la vasodilatación, que puede llegar a ser marcada y poner en peligro a la madre y el feto. En este grupo los fármacos más utilizados son: fenoterol, terbutalina, orciprenalina, ritodrine y salbutamol.⁵⁸

Sulfato de magnesio

Es uno de los tocolíticos de mayor empleo en los EE.UU.; sin embargo, los estudios le confieren eficacia limitada. Su mecanismo de acción no está bien esclarecido, aunque se establecen varias teorías. El magnesio puede actuar en tres aspectos básicos de la contracción muscular: la excitación, el acoplamiento excitación-contracción y el mismo aparato contráctil.⁵⁸

- El magnesio extracelular y de membrana puede modificar las contracciones miométriales, puesto que modula captación, unión y distribución del calcio en la célula del músculo liso.
- Las concentraciones elevadas del magnesio bloquean la entrada de calcio a la membrana por competencia en sitios de unión al calcio.
- El magnesio activa la adenilciclase y se produce la elevación del AMPc intracelular, que estimula la cinasa del AMPc enzima, la cual disminuye las concentraciones de calcio intracelular en el miometrio.
- El magnesio también propicia la activación de la ATP ASA dependiente del calcio, que promueve la captación de este ión calcio por el retículo endoplásmico.
- El exceso de magnesio produce disminución del calcio disponible para la fosforilación de la cadena ligera de la miosina y, por tanto, altera el proceso de contractilidad.

Se ha referido que los niveles de magnesio llegaron a utilizarse con fines pronósticos de la amenaza de parto pretérmino. En el primer trimestre el magnesio se presenta con niveles descendidos, que se recuperan en el segundo y tercer trimestres a valores de 2,6 mg/100 mg, y descienden a valores de 1,79 mg/100 mg en el parto; en contraste, en el parto pretérmino se evidencian valores más bajos de 1,31 mg/100 mg, con lo cual se infiere, además, que su administración antes de la dilatación cervical, demostraba ser más efectiva.⁵⁸

Bloqueadores de los canales de calcio

Estos fármacos, bloquean el flujo transmembrana de los iones de calcio a través de los canales de calcio tipo L. Este tipo de canales se encuentran en el músculo liso vascular (arteriolar y venoso), músculo liso no vascular (bronquios, tracto gastrointestinal, útero y tracto urinario) y otros tejidos. El nifedipino es el antagonista de calcio más comúnmente utilizado, pero aún no están aprobados por la FDA, para su empleo en la APP.⁵⁹

Los fármacos de este grupo son: nifedipino, verapamilo, prenilamina y diltiazem. Dos metaanálisis realizados en los que se compararon el nifedipino y el ritrodine, presentaron similares resultados en cuanto a la prolongación de la gestación por más de 48 horas, y la prevención de la mortalidad neonatal, la dificultad respiratoria en los recién nacidos y los ingresos en las unidades de neonatología. Los estudios concluyeron que son tocolíticos de primera línea. Su comparación con el sulfato de magnesio muestra una reacción terapéutica más rápida y con menos efectos adversos en la madre; además, no se requiere monitorización.⁵⁸

Inhibidores de la ciclooxigenasa

Este grupo de fármacos son inhibidores de la ciclooxigenasa y, en consecuencia, de las prostaglandinas. Dos ciclooxigenasas participan en la síntesis: COX-1 y COX-2. El inhibidor más utilizado ha sido la indometacina, que además presenta actividad antiinflamatoria, analgésica y antipirética, y se le considera un inhibidor no selectivo de las ciclooxigenasas. Los análisis

demuestran que tanto los inhibidores selectivos de la COX-2 como los no selectivos de las COX, inhiben la actividad contráctil en el útero, aunque se afirma que los inhibidores selectivos COX-2 son más potentes, pues a diferencia de los inhibidores COX-1, actúan en el miometrio, el cérvix y las membranas inhibiendo la actividad contráctil durante el trabajo de parto, debido a su mayor concentración durante este periodo. Se notifica que en el parto pretérmino de causa infecciosa, la mayor actividad de las prostaglandinas está mediada por el sistema enzimático COX-2, más que de la COX-1.

Estos medicamentos generalmente producen inhibición de la síntesis de la prostaglandina G que es el primer paso de la formación de las prostaglandinas; por tanto, se plantea que todas disminuyen de forma global. A la indometacina se le atribuye la disminución de puentes de unión intracelulares, así como de las concentraciones de calcio intracelular, lo que inhibe la actividad uterina. Los fármacos de este grupo se clasifican en: a) ácido acetilsalicílico y b) derivados de la pirozolona; entre estos últimos se encuentran los derivados de los ácidos indolacético, fenilpropiónico, benzoico y fenilacético.⁵⁸

2.2. Hipótesis

Los factores sociodemográficos, conductuales, médicos, obstétricos y fetales influyen en la prevalencia de amenaza de parto pretermino en mujeres gestantes atendidas en el hospital Gineco Obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez porcel” de la ciudad de Sucre el año 2017.

2.3. Marco contextual

2.3.1. Geografía

Bolivia nace a la vida independiente el 6 de agosto de 1825, cuando el Congreso reunido en Chuquisaca, funda la República Bolívar en homenaje al Libertador, nombre propuesto por el presbítero Manuel Martín Cruz, denominación que cambia el 3 de octubre del mismo año, al nombre actual de República de Bolivia que es una nación libre, independiente, soberana,

multiétnica y pluricultural. Actualmente denominada Estado Plurinacional de Bolivia.⁶⁰

Bolivia se halla situada en la zona central de América del Sur, entre los meridianos 57° 26´ y 69° 38´ de longitud occidental del meridiano de Greenwich y los paralelos 9° 38´ y 22° 53´ de latitud sur, por lo tanto abarca más de 13° geográficos. La extensión territorial es de 1,098, 581 kilómetros cuadrados⁶¹, Limita al Norte y al Este con el Brasil, al sur con la Argentina, al Oeste con el Perú, al Sudeste con el Paraguay y al Sudoeste con Chile, se divide en 9 departamentos, 112 provincias, 324 secciones de provincia transformados en Municipios y 1.384 cantones.⁶⁰

El departamento de Chuquisaca fue creado en base a la antigua Intendencia de Chuquisaca, mediante Decreto Supremo de 23 de febrero de 1826 con cinco provincias: Azurduy, Acero, Cinti, Tomina y Yamparáez. Su capital heredada de Charcas permaneció en La Plata, rebautizada como Sucre en 1839.⁶⁰

Tiene una extensión: 51,524 Km², Clima: Templado en los valles del norte, centro y sudoeste, cálido en la zona este, los idiomas que se hablan en la región son el Castellano y Quechua, según los datos obtenidos en el último Censo realizado, se tiene identificada una población de aproximadamente 21.167,00 Habitantes, que a la fecha y en función a la tasa de crecimiento que maneja el INE del 1,69 %, se estima ascenderían a 23.800,00 Habitantes.

El departamento produce: maíz, trigo, cebada, papas, legumbres, verduras, hortalizas y frutas en los valles de clima templado y cítricos en sus zonas semi cálidas y cálidas, la ganadería tiene índices elevados, cualitativa y cuantitativamente, sobre todo, adquiere importancia el ganado bovino, porcino, caprino y ovino, existiendo también en importancia el equino. Minería e hidrocarburos: Se encuentran yacimientos de cobre, plata y antimonio, tiene grandes depósitos de caliza, merced a los cuales se desarrolla la industria cementera. El descubrimiento de yacimientos de petróleo y grandes reservas de gas natural, abre nuevas posibilidades económicas al

departamento, produce hilados, sombreros, cigarrillos, embutidos de carne vacuna y porcina y golosinas (son muy apreciados por su calidad los chocolates sucrenses). Sucre ofrece un amplio campo para el turismo, tanto nacional como internacional.⁶²

2.3.2. Población.-

En los últimos cincuenta años la población boliviana se ha triplicado alcanzando la tasa anual de crecimiento de 2.25%, el 62.43% de los bolivianos vive en zonas urbanas y el resto 37.57% en zonas rurales. La mayor parte de la población (más de 70%) del país se concentra en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba.⁶²

Según el último censo realizado en Noviembre del 2012 la población total es de 10.027.254 habitantes, de los cuales 576.153 corresponden al departamento de Chuquisaca, en Bolivia la población masculina es ligeramente menor que la población femenina. El índice de Masculinidad se mantiene por debajo de 100% en todo el periodo 1976 - 2012, lo que significa que por cada 100 mujeres existen menos de 100 hombres.⁶³

2.3.3. Idioma.-

Bolivia tiene una rica variedad lingüística producto de su condición multicultural, el castellano idioma oficial de facto más hablado en todo el país según el Censo de 2001, por un 83% de los habitantes como lengua materna o segunda lengua en algunas poblaciones indígenas. La Constitución Política de 2009 reconoce a Bolivia como un Estado Plurinacional por lo que además del castellano son reconocidos como idiomas oficiales 37 lenguas de las naciones indígenas originarias. Entre los principales idiomas indígenas. Ordenadas por número de hablantes, las principales lenguas indígenas son: quechua (28% de la población, Censo 2001) fue la lengua de oficio del Imperio Inca; es hablado principalmente en los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Potosí.⁶⁴

2.3.4. Marco Normativo en Salud

El Artículo 37 de la Constitución Política del Estado, determina que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la citada Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo; así como establece las bases para la universalización de la atención integral en salud.⁶⁵

El artículo 5 determina que son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto.
2. Niñas y niños menores de cinco años de edad.
3. Mujeres y hombres a partir de los sesenta años.
4. Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
5. Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD.
6. Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.⁶⁵

Plan de Desarrollo Sectorial (PSD).- El Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” es el documento estratégico que orienta el accionar de todo el Sector Salud, alineándose con la Constitución Política del

estado (CPE), el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Gobierno, y el DS N°29601 de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

El Ministerio de salud ejercerá la rectoría sobre todo el Sector Salud gracias a una capacidad de gestión fortalecida, y asegurará la aplicación de las políticas nacionales de acuerdo a las necesidades de la población⁶⁶

El objetivo general del PSD 2010-2020 es mejorar el estado de salud de todos los bolivianos y bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, mediante la implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, que será integral, participativo, intercultural, intersectorial e incluyente de la medicina tradicional.⁶⁶

El Plan define tres ejes estratégicos que orientarán el accionar del Sector Salud.

- b. Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural
- c. Promoción de la salud en el marco de la SAFCI
- d. Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI

Los tres Ejes de Desarrollo que guiarán el accionar del Sector Salud durante el periodo 2010-2020 no deben ser entendidos como tres tipos de estrategias diferenciadas, sino como un conjunto integral de estrategias que deben coordinarse entre ellas para lograr los objetivos planteados.⁶⁶

2.3.5. Hospital Gineco Obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel”.-

Según historiadores nos relatan que las primeras pacientes de parto en Sucre, eran atendidas en el Hospital Real de Santa Bárbara que fue creado el año 1554. En aquella época las atenciones brindadas se realizaban en salas comunes y correspondía a medicina general cirugía y maternidad. Recién a inicios del siglo XIX se ubica en el cuarto patio del hospital una sala exclusiva para la atención de dichas pacientes de obstetricia y ginecología. Desde 1950 hacia delante la maternidad funcionaba en lo que hoy corresponde a la sala de Terapia Infantil, sin embargo, con el crecimiento de la población y con la

disponibilidad insuficiente de camas, es el año 1976 que se decide construir un Hospital ubicado en la avenida Japón. El Hospital Gineco Obstétrico fue creado el 27 de mayo de 1978 y funcionó con el personal que trabajaba en la Maternidad del Hospital Santa Bárbara. En el año 1994 la institución recibe la nominación de Hospital Amigo de la Madre y del Niño a través de organismos internacionales ya el año 1996 se entrega la Certificación de Acreditación Hospitalaria, por intermedio de la Federación Internacional de Hospitales Acreditados y la OMS/OPS.⁶⁷

A finales del año 1999 se realiza la evaluación cruzada a través de la Reforma de Salud supervisado por Organismos Internacionales y el Hospital recibe el primer Lugar entre todas las maternidades del país por la calidad de atención, la prestación del Seguro Básico de Salud en el año 2000; recibe la Certificación de Eficiencia Cumplimiento de Compromisos de Gestión a nivel Nacional, el año 2001 el hospital nuevamente recibe; la Certificación de Hospital Acreditado en el Tercer Nivel, este mismo año el Hospital es calificado como la Mejor Maternidad del País a través de una evaluación realizada por el Ministerio Reforma y Organismos Internacionales, el año 2002 en mérito a las gestiones exitosamente realizadas ingresa a conformar la Red Latino Americana y del Caribe CLAP - OPS/OMS, el 2003 el hospital se hace acreedor a la Condecoración al Mérito con la imposición a la Medalla Juana Azurduy de Padilla por Resolución Municipal, el 2004 se recibe el Certificado de Reconocimiento por Eficiente Prestación en el SUMI, a finales del mismo año la institución conforma la Red Andina de Hospitales maternológicos.⁶⁷

En mayo del 2005 el Hospital obtiene el grado de Certificación de Acreditación como institución de Tercer Nivel, cumpliendo con todos los requisitos o estándares exigidos por el Ministerio de Salud y Deportes. El año 2007 el hospital se inscribe como miembro activo de la Red Iberoamericana de perinatología, el año 2008 por 30 años al servicio de la población, el hospital fue condecorado por mérito al honor cívico, con la imposición de la Medalla "Heroína Juana Azurduy de Padilla", a cargo del Gobierno Municipal, el año 2009, el hospital fortalece el equipamiento hospitalario con adquisición de

equipos médicos, laboratorio y nueva ambulancia, superando una inversión por más de medio millón de dólares; respaldando el compromiso de capacidad resolutive y excelencia en la calidad de la sociedad Chuquisaqueña.⁶⁷

Han transcurrido 36 años y el Hospital en la actualidad se convierte en la única institución de III nivel que presta sus servicios a todo el departamento de Chuquisaca y parte del departamento de Cochabamba, Potosí y Tarija, es un Hospital de referencia con una planta de 180 profesionales, capacidad de 60 camas, que imparte las especialidades de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Los médicos residentes y estudiantes de pregrado (internos), como parte de la formación de los profesionales ingresan a este hospital de forma periódica, en el caso de los estudiantes de último año de la Facultad de Medicina lo hacen cada 3 meses y en caso de médicos Residentes que realizan su especialidad cada 3 años. Por esta razón es que se considera al Hospital como un Centro de Capacitación Profesional. Debido a la capacitación continua y la cobertura que brinda la Dirección mediante la Jefatura del Departamento de Enseñanza e Investigación; para la investigación científica en las diferentes áreas de salud.⁶⁷

Organización Actual: La organización se basa, fundamentalmente, en la actividad docente asistencial. El hospital está dividido esencialmente. El organigrama está encabezado por la dirección, al que le siguen los departamentos y posteriormente se desprenden de estas, las unidades de servicio.⁶⁶

- a) Técnico Normativo: Directorio del Hospital
- b) Órgano de Control: Unidad de auditoria
- c) Nivel de asesoramiento: Comités hospitalarios (Comité Técnico Administrativo, Comité de Auditoria en Salud y Expediente clínico, Comité de Análisis de la Información y Gestión, Comité de Infecciones Nosocomiales, residuos sólidos y Bioseguridad, Comité de Referencia y Retorno, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité Técnico Hospitalario de Mortalidad Materna, Depto. de Gestión de la Calidad y

Vigilancia Epidemiológica: Estadística e informática, Departamento de Recursos Humanos.)

- d) Nivel operativo: Departamentos, Unidades y Servicios (Departamento de Servicios Ambulatorios, Departamento de Servicios Complementarios, Dpto. de Ginecología y Obstetricia, Departamento de Enfermería, Departamento de Neonatología, Departamento Administrativo Financiero)

El horario de atención es de 24 horas, el horario de la consulta normal empieza a las 8 de la mañana en los cuatro principales servicios. ⁶⁶

- a) Misión: Hospital Público de III nivel de atención, dependiente de la Gobernación de Chuquisaca, destinado a otorgar atención médica de alta complejidad y calidad a la mujer y al neonato, coadyuva a la formación de recursos humanos de excelencia en el marco de las Políticas de Salud vigentes.
- b) Visión: Ser el mejor el hospital de Bolivia en la especialidad de ginecología, obstetricia y neonatología, de mayor resolución y vanguardia, con infraestructura, procesos y resultados certificados; reconocido como un hospital centro de referencia, de docencia en salud e investigación, con plena satisfacción de los usuarios y del prestador del servicio. ⁶⁶
- c) Objetivos institucionales:
- Desarrollar procesos de organización Institucional técnicos administrativos sostenibles.
 - Brindar atención especializada con enfoque de calidad, en Ginecología Obstetricia y Neonatología.
 - Fortalecer el proceso de toma de decisiones sobre la Base de la Información.
 - Optimizar los procesos e enseñanza, aprendizaje y perfeccionamiento de los Recursos Humanos.
 - Coadyuvar al funcionamiento del sistema de Referencia y Retorno.
 - Desarrollar actividades de Proyección Comunitaria y participación social.
 - Fortalecer los procesos de Investigación. ⁶⁶

Funciones Generales: al ser un hospital de Tercer nivel: corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Se constituyen en el Centro de máxima referencia por su alta capacidad resolutive de la morbilidad de la especialidad; de acuerdo a convenios de integración docente asistencial, es un Centro de docencia para la capacitación y adiestramiento de Recursos Humanos permanentes y temporales y para el personal de los establecimientos de segundo nivel.⁶⁶

Los Hospitales de tercero nivel de atención, tienen las siguientes funciones generales, de acuerdo al Reglamento de Hospitales y al Reglamento General de Servicios de Salud:

De asistencia: ⁶⁶

- 1) Prestar atención integral en salud a pacientes que demanden el servicio y que sean referidos por otras instituciones teniendo en cuenta el grado de complejidad, la tecnología disponible y la medicina basada en evidencias, de manera eficiente, eficaz, integral y oportuna de acuerdo a una programación ordenada, tanto en emergencia como en consulta externa, retornando a la usuaria a la sociedad en las mejores condiciones físicas, mentales y psicológicas.
- 2) Dispensar un trato digno y humano a la usuaria durante la prestación de todos sus servicios en un marco de estricto respeto a sus derechos
- 3) Brindar atención y prestación de salud las 24 horas del día, todo el año.
- 4) Ejecutar los planes y programas nacionales, departamentales y locales en materia de salud.
- 5) Tomar en cuenta a la población de su influencia, en la programación para la gestión del hospital.
- 6) Programar los requerimientos de recursos humanos, insumos médicos, alimentación, servicios básicos y mantenimiento, de acuerdo a prioridades establecidas y optimizar su uso.

- 7) Contar y aplicar medidas de bioseguridad que garanticen tanto a pacientes como su propio personal, seguridad dentro de sus instalaciones.
- 8) Someterse al proceso de acreditación de hospitales o en su caso la re-acreditación cada dos años.
- 9) Desarrollar e implementar actividades de control y mejoramiento de la calidad.
- 10) Aplicar y evaluar el cumplimiento de los protocolos oficiales del Ministerio de Salud y Deportes sobre normas y procedimientos de diagnóstico y tratamiento en las especialidades de ginecología, obstetricia y Neonatología.
- 11) Incorporar e implementar un sistema de información gerencial y monitorear el desempeño para la toma de decisiones.
- 12) Brindar información al SNIS de acuerdo a normas establecidas y participar en los análisis de situación de salud convocados por el SEDES.
- 13) Cumplir las normas de notificación inmediata y regular de enfermedades y eventos de vigilancia epidemiológica.
- 14) Formar parte del sistema de defensa civil y estar preparados para prestar atención en casos de emergencia o desastres naturales.
- 15) Poner en funcionamiento y crear condiciones de sostenibilidad al funcionamiento de los comités de asesoramiento técnico.

De docencia e investigación: ⁶⁶

- 1) Ejecutar programas de docencia, educación, promoción e investigación en salud intra y extra hospital, sobre la base de programas docente asistenciales, de acuerdo a la realidad epidemiológica de su área de influencia, así como la capacitación permanente del personal de salud mediante revisiones bibliográficas y sesiones clínicas semanales.
- 2) Desarrollar programas de educación continua para sus RRHH, basados en las necesidades personales e institucionales

- 3) Aplicar normas y desarrollar investigación de la mortalidad intrahospitalaria materna y neonatal y las tasas de prevalencia de las infecciones nosocomiales.
- 4) Desarrollar investigación biopsicosocial dentro de las normas de la bioética y fomentar en su personal la práctica de la investigación con la finalidad de generar una cultura institucional investigativa.

Otras Funciones: ⁶⁶

- 1) Promover actitudes y prácticas institucionales con interculturalidad, con la finalidad de eliminar la barrera de inaccesibilidad cultural a los servicios
- 2) Desarrollar actividades intra y extramurales de información, comunicación y educación al individuo, familia y comunidad, para promover estilos de vida saludables
- 3) Desarrollar acciones de prevención en los diferentes niveles de atención.
- 4) Formar parte y articularse con la red de servicios, fortaleciendo el sistema de referencia, resolución y retorno
- 5) Desarrollar una gestión financiera del establecimiento dentro de criterios de eficiencia y que contribuya a tener servicios económicamente más accesibles y equitativos en favor de toda la población.
- 6) Gestionar ante la instancia de la cual dependen, el cumplimiento de un plan de mantenimiento de sus instalaciones y equipos de manera permanente.
- 7) Aplicar procesos de mejoramiento de la calidad en salud, en cumplimiento a las normas vigentes, dentro de una práctica de constante preocupación por la calidad de la atención y para su periódica acreditación.
- 8) Incorporar a la población en los procesos de gestión institucional; promoviendo la participación ciudadana como instancia de control de los procesos y resultados institucionales.⁶⁶

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Enfoque, tipo y diseño de la investigación

3.1.1. Enfoque de la investigación

El enfoque de investigación es cuantitativo, porque se emplean métodos y técnicas cuantitativas en todo el proceso, tanto para el diseño de los instrumentos, recolección de la información y análisis de la misma porque se buscaron los factores de riesgo para la presencia de amenaza de parto pretérmino.

Se pretende verificar la hipótesis planteada a través de resultados objetivos utilizando para ello instrumentos que pueden ser sometidos a pruebas de validación y confiabilidad.

3.1.2. Tipo y diseño de la investigación

El tipo de investigación es **observacional** porque el investigador no intervino en la manipulación de las variables de exposición, se concretó en ser solo un observador del evento desarrollado.

Es de corte **transversal o de prevalencia** porque se realizó la recolección de la información de las variables dependientes e independientes en una población bien definida y en un momento determinado, así mismo para la recolección de la información se efectuó un corte en el tiempo y en ese instante se procedió a la recolección de datos.

Descriptivo porque se describen las variables de estudio, la frecuencia de los datos y las características más importantes de la amenaza de parto pretérmino.

Analítico porque a través del análisis de la información recogida se determina e identifica la asociación entre variables independientes y la variable dependiente.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población está constituida por un total de 1182 mujeres gestantes internadas en el servicio de obstetricia del Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal de Mayo a octubre del 2017, entre ellas 386 pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino comprendido entre 22 y 36 semanas de gestación y 796 gestantes con embarazos a término.

3.2.2. Muestra

No se tomó tamaño de muestra porque se trabajó con el total de población

3.3. Variables de estudio. -

3.3.1. Identificación de variables. -

- **Independientes.-** edad, procedencia, estado civil, tabaquismo, drogadicción, alcoholismo, estado nutricional, preeclampsia, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, placenta previa, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, incompetencia cervical, cervicovaginitis, malformaciones uterinas, miomas, Actividad uterina idiopática, enfermedades sistémicas, gestación múltiple, malformaciones fetales, crecimiento intrauterino retardado, sufrimiento fetal agudo, muerte fetal.
- **Dependientes. -** amenaza de parto pre término.

3.3.2. Diagrama de variables

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA	INSTRUMENTO
Describir los factores sociodemográficos (edad, procedencia y estado civil) de las mujeres gestantes internadas en el servicio de maternidad del H.G.O	Edad	Periodo de tiempo comprendido desde el nacimiento.	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio representado en años.	Cuantitativa Discontinua	- 15 – 25 años - 26 – 36 años - 37 – 47 años - > de 47 años	Hoja de registro
	Procedencia	Origen de algo o el principio de donde nace o deriva	Según la procedencia de las gestantes	Cualitativa Nominal Dicotómica	- Urbana - Rural	Hoja de registro
	Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	Según la condición de la paciente frente a sus derechos y obligaciones civiles reconocidas en el Estado.	Cualitativa Nominal Politónica	- Soltera - Unión estable - Casada - Viuda - Divorciada	Hoja de registro
Describir los factores conductuales (tabaquismo, drogadicción, alcoholismo y estado nutricional) de las mujeres gestantes internadas en el servicio de maternidad del H.G.O.	Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco	Según los hábitos tabáquicos de las pacientes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Drogadicción	Hábito de consumir drogas, del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de	Según el hábito de consumo de drogas de las pacientes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro

		dependencia psicológica o incluso fisiológica				
	Consumo de alcohol	Consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito	Según el hábito de consumo de alcohol de las pacientes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Estado nutricional	Pérdida de reservas o debilitación de un organismo por recibir poca o mala alimentación.	Según el índice de masa corporal. (Tabla de evaluación del estado nutricional de la paciente OMS)	Cualitativa Politónica	- Desnutrición - Normal - Obesidad	Hoja de registro
Determinar la prevalencia de Amenaza de parto pre término en el servicio de obstetricia del H.G.O.	Prevalencia de amenaza de parto pretermino	Relación del número de casos de parto pre término con relación al total de mujeres con parto atendidos en el HGO	Según la presencia de amenaza de parto pre término	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
Determinar la edad gestacional más frecuente de amenaza de parto pre término.	Edad Gestacional	Es el tiempo representado en semanas desde el inicio del embarazo.	Según la presencia de amenaza de parto pre término comprendido entre la 22 y 36 semanas de gestación.	Cuantitativa Continua	- <28semanas - 28 a < 32 semanas - 32 a < 34 semanas - 34 a < 37 semanas - > 37 semanas	Hoja de registro

Establecer la relación existente entre los factores médicos y obstétricos con la amenaza de parto pretermino (Trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia), Desprendimiento o prematuro de placenta normalmente inserta, placenta previa, polihidramnios, oligoamnios con membranas intactas, ruptura prematura de membranas, infección intraamniótica subclínica, corioamnionitis clínica, incompetencia cervical, cervicovaginitis, infecciones vaginales, malformaciones,	Preeclampsia	Complicación médica del embarazo que se caracteriza por un aumento de la tensión arterial y por la presencia de proteínas en la orina.	Según la presencia de Preeclampsia en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Eclampsia	Síndrome convulsivo que puede aparecer en mujeres embarazadas, generalmente del primer hijo y afectadas de hipertensión, albuminuria y edemas (toxemia gravídica)	Según la presencia de eclampsia en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta	Separación de la placenta, no previa, de su inserción decidual después de las 22 semanas y previo a la 3ra fase del parto	Según la presencia de DPPNI en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Placenta previa	Placenta que se	Según la presencia	Cualitativa	- Si	Hoja de registro

miomas, deciduitis, actividad uterina idiopática, enfermedades sistémicas graves, gestación múltiple.		inserta en el segmento inferior del útero de tal modo que cierra el orificio cervical interno.	de placenta previa en pacientes gestantes del estudio.	Nominal Dicotómica	- No	
	Polihidramnios	Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm alrededor del feto antes del nacimiento.	Según la presencia de Polihidramnios en pacientes en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Oligoamnios con membranas íntegras	Disminución del líquido amniótico alrededor del feto antes del nacimiento.	Según la presencia de Oligoamnios con membranas íntegras en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Ruptura prematura de membranas	Rotura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto.	Según la presencia de ruptura prematura de membranas en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Corioamnionitis	Invasión microbiana de la cavidad amniótica en función de las manifestaciones clínicas que	Según la presencia de ruptura prematura de membranas en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro

		presenta la paciente.				
	Incompetencia cervical	Dilatación progresiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas.	Según la presencia de ruptura prematura de membranas en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Cervicovaginitis	Proceso infeccioso e inflamatorio del útero, cérvix, la vagina y la vulva.	Según la presencia de cervico vaginitis en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Malformaciones uterinas	Resultado de un desarrollo anormal de los conductos mullerianos durante la embriogénesis.	Según la presencia de Malformaciones uterinas en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Polifónica	- Si - No	Hoja de registro
	Miomas uterinos	Tumor benigno en las mujeres en edad reproductiva y en muchos casos pueden causar la infertilidad.	Según la presencia de miomas uterinos en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Polifónica	- Si - No	Hoja de registro
	Actividad uterina idiopática	Capacidad del miometrio de contraerse, de aparición súbita, sin ser la consecuencia de alguna	Según la presencia de contracciones uterinas en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Polifónica	- Si - No	Hoja de registro

		patología de base.				
	Enfermedad sistémica grave	Enfermedad que afecta a todos los elementos de un mismo sistema	Según la presencia de enfermedades sistémicas en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Politónica	- Cardiopatía - Nefropatía - Otros	Hoja de registro
	Gestación múltiple	Gestación simultanea de 2 o más fetos	Según la presencia de gestación múltiple en pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
Determinar la relación existente entre los factores fetales y amenaza de parto pretermino (malformaciones fetales, hidrops fetalis, crecimiento intrauterino retardado, sufrimiento fetal agudo, muerte	Malformaciones fetales	Enfermedades multifactoriales con la participación combinada de factores genéticos y ambientales.	Según los reportes ecográficos de malformaciones fetales de los productos de pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
	Crecimiento intrauterino retardado	Es una disminución patológica del ritmo de crecimiento del feto mientras se desarrolla dentro del útero.	Según los reportes ecográficos de crecimiento intrauterino retardado de los productos de pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro

fetal amenaza parto término).	con de pre	Sufrimiento fetal agudo	Estado en el que feto sufre una insuficiencia de oxígeno ya sea durante el embarazo o el parto.	Según diagnóstico del médico especialista de los productos de pacientes gestantes del estudio.	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro
		Muerte fetal	Muerte del producto de la concepción antes de la expulsión o después de su extracción.	Según la presencia de muerte fetal asociada de los productos de pacientes gestantes del estudio..	Cualitativa Dicotómica	- Si - No	Hoja de registro

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes internadas en el servicio de Obstetricia
- Edad gestacional mayor o igual a 22 semanas.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con expedientes clínicos incompletos respecto a las variables de estudio
- Pacientes con patologías puerperales, ginecológicas, partos extra hospitalarios y otras patologías que no estén relacionadas con el tema de estudio.

3.5. Procedimientos para la recolección de la información. -

3.5.1. Fuente de recolección de la información. -

La fuente de información fue secundaria porque la información fue recolectada a partir de la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes gestantes internadas, previo consentimiento de las autoridades.

3.5.2. Instrumentos de recojo de información. -

Para la recolección de la información se elaboró una planilla de vaciamiento de datos (anexo 1), donde se recabaron los mismos, según el interés de la investigación, permitiendo identificar la relación existente entre la amenaza de parto pre término y sus diferentes causas, así como el comportamiento clínico de esta patología. De la misma manera, se accedió a los expedientes clínicos de las pacientes y base de datos en el servicio de estadísticas del hospital.

3.5.3. Procedimientos y técnicas. -

Se realizó una solicitud de permiso escrita dirigida a la dirección del Hospital Gineco Obstétrico para viabilizar el acceso tanto al servicio de obstetricia como al servicio de estadísticas y de esta manera realizar la revisión de expedientes clínicos, una vez concedida la autorización se presenció una entrevista con los

jefes del servicio de obstetricia y estadística para poder coordinar y socializar el tema de investigación, una vez concluida la entrevista y de haber llegado a un consenso con ambos servicios se procedió a pasar visitas médicas diarias durante los seis meses posteriores para realizar un censo diario de pacientes nuevas internadas durante la ausencia del investigador.

3.6. Plan de procesamiento y análisis de los datos. -

Una vez obtenida la información se realizó la síntesis de los datos en tablas y matrices elaboradas para cumplir con ese fin, se analizaron las variables utilizando los programas Microsoft Excel para la elaboración de tablas y gráficos, los programas spss y epidat con los cuales se realizó el cálculo de las medidas de frecuencia (tasas de prevalencia en expuestos y no expuestos), medidas de asociación como el Odds Ratio (OR), , Chi cuadrado, p valor de la prueba de chi cuadrado y cuando corresponda el valor p de la prueba exacta de Fisher.

3.7. Delimitaciones de la investigación.-

3.7.1. Delimitación geográfica.-

Hospital Gineco Obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel”, nosocomio de tercer nivel de atención y de referencia nacional del municipio de Sucre perteneciente a la Red I de salud.

3.7.2. Sujetos y objetos.-

Mujeres en estado de gestación internadas en el servicio de obstetricia del hospital Gineco Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel” de mayo a octubre del 2017.

3.7.3. Delimitación temporal.-

La investigación se realizó de marzo de 2017 a Marzo de 2019.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados descriptivos

Tabla Nº 1

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según edad, mayo a octubre 2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
EDAD	SI	%	NO	%	TOTAL	%
< 15	4	1,04	5	0,63	9	0,76
15 - 25	198	51,30	426	53,52	624	52,79
26 - 36	147	38,08	303	38,07	450	38,07
37 - 47	37	9,59	62	7,79	99	8,38
> 47	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El mayor porcentaje de pacientes con amenaza de parto pretérmino, pertenecen a la edad entre los 15 a 25 años 51,30%, es un dato importante por la prevalencia demostrada en estudios anteriores acerca de los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes, sin embargo, no deja de ser importante el porcentaje de embarazos en menores de 15 y mayores de 37 años por considerarse también un factor de riesgo para presentar múltiples patologías relacionadas a las edades extremas de la vida.

Tabla N° 2

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según procedencia, mayo a octubre 2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
PROCEDENCIA	SI	%	NO	%	TOTAL	%
URBANA	299	77,46	659	82,79	958	81,05
RURAL	87	22,54	137	17,21	224	18,95
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Se observa mayor prevalencia de amenaza de parto pretérmino en las pacientes procedentes del área urbana, con un porcentaje de 77,46% y menor porcentaje en el área rural (22,45%), por lo tanto, el riesgo más alto de parto pretérmino (respecto a la procedencia) lo presentan las pacientes del área urbana, con una frecuencia 55% más alta, podemos deducir que esto se debe a que el hospital Gineco obstétrico y neonatal es un hospital de tercer nivel de atención en salud, de funcionamiento en el área urbana,

Tabla N° 3

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según estado civil, mayo a octubre 2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
ESTADO CIVIL	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SOLTERA	110	28,50	190	23,87	300	25,38
CASADA	80	20,73	151	18,97	231	19,54
DIVORCIADA	0	0,00	0	0,00	0	0,00
VIUDA	0	0,00	0	0,00	0	0,00
UNIÓN ESTABLE	196	50,78	455	57,16	651	55,08
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El mayor porcentaje de pacientes con amenaza de parto pretérmino, pertenecen al estado civil unión estable, con un 50,78 %, el menor porcentaje está representado por mujeres solteras con un porcentaje de 28,50.

Tabla N° 4

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según el hábito de fumar, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
TABAQUISMO	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NO	386	100,00	796	100,00	1182	100,00
TOTAL	386	100,00	796	100	1182	100,00

Del total de pacientes gestantes atendidas en el hospital Gineco obstétrico ninguna tenía el hábito de fumar, datos obtenidos tanto por anamnesis a la paciente como por revisión de la historia clínica perinatal lo cual pone en evidencia la buena actuación del personal de salud de los centros de salud en cuanto a los controles prenatales y la consejería respecto a los malos hábitos durante la gestación.

Tabla N° 5

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según el hábito de consumo de drogas, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
DROGADICCIÓN	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NO	386	100,00	796	100,00	1182	100,00
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Del total de pacientes gestantes atendidas en el hospital Gineco obstétrico ninguna tenía el hábito de consumir drogas, lo cual disminuye las probabilidades de presentar problemas de salud del feto durante el embarazo y posibles complicaciones post parto.

Tabla Nº 6

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según el hábito de consumo de alcohol, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
ALCOHOLISMO	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NO	386	100,00	796	100,00	1182	100,00
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Del total de pacientes gestantes atendidas en el hospital Gineco obstétrico ninguna tenía el hábito de consumir alcohol, considerando que en la bibliografía revisada los primeros días de embarazo son cruciales para el buen desarrollo del embrión, pues en esos días se pone en marcha todo el sistema nervioso central entre otros, que determinara el buen desarrollo físico y mental del bebé, pudiendo llegar a producir el síndrome de abstinencia posterior al alta y conducir a múltiples complicaciones, de esta manera podemos deducir también que disminuye las probabilidades de presentar complicaciones post parto.

Tabla Nº 7

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según el estado nutricional, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
ESTADO NUTRICIONAL	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Desnutrición	2	0,52	4	0,50	6	0,51
Normal	383	99,22	784	98,49	1167	98,73
Obeso	1	0,26	8	1,01	9	0,76
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El mayor porcentaje de pacientes con amenaza de parto pretérmino, tienen un estado nutricional normal con un porcentaje de 99,22% y en menor porcentaje pacientes con obesidad 0,26 %, a través de estos datos podemos evidenciar el éxito de las estrategias utilizadas para reducir la mortalidad materna y neonatal mediante la prevención de la desnutrición con el programa desnutrición cero.

Tabla Nº 8

**Prevalencia de amenaza de parto pretérmino, Hospital Gineco Obstétrico,
mayo a octubre 2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO					
SI	%	NO	%	TOTAL	%
386	32,66	796	67,34	1182	100,00

La prevalencia de amenaza de parto pre término es de 32,66% con relación a todas las gestantes atendidas en el HGO mayo a octubre 2017, es un dato elevado en comparación con los datos obtenidos como antecedentes previos a la investigación tanto a nivel mundial como local, nos permitirá fortalecer la vigilancia de los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino

Tabla Nº 9

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según edad gestacional, mayo a octubre 2017**

EDAD GESTACIONAL	Nº	%
22 - < 28 semanas	28	2.37
28 - < 32 semanas	52	4.40
32 - < 34 semanas	103	8.71
34 - < 37	203	17.17
>37 semanas	796	67.34
TOTAL	1182	100.00

El mayor porcentaje de pacientes con amenaza de parto pretérmino, pertenece a la edad gestacional entre 34 y menores de 37 semanas, con un porcentaje de 17,17%, por lo cual podemos decir que del total de pacientes internadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino existe mayor prevalencia de amenazas de parto pretérmino tardías.

Tabla Nº 10

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de pre eclampsia, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
PREECLAMPSIA	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	23	5,96	15	1,88	38	3,21
NO	363	94,04	781	98,12	1144	96,79
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 5,96% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó pre eclampsia y el 1,88 % de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, por lo cual podemos deducir que la prevalencia es reducida en relación al total de pacientes, pues de 1182 pacientes atendidas en el hospital solo el 3,21% presentó amenaza de parto pretérmino y preeclampsia.

Tabla Nº 11

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de eclampsia, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
ECLAMPSIA	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	1	0,26	0	0	1	0,08
NO	385	99,74	796	100	1181	99,92
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Del total de pacientes gestantes atendidas solo el 0,26% presentó eclampsia, este porcentaje pertenece a una paciente con amenaza de parto pretérmino, no es significativo, sin embargo, debemos considerar la importancia de poder contar con un servicio de terapia intermedia, para fortalecer la calidad de atención y disminuir de esta manera la morbi mortalidad materna y neonatal.

Tabla Nº 12

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
DPPNI	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	16	4,15	16	2,01	32	2,71
NO	370	95,85	780	97,99	1150	97,29
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 16% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta durante su internación, un porcentaje bajo en relación a la población del estudio que en total suman 2,71% pacientes con desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.

Tabla Nº 13

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de placenta previa, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
PLACENTA PREVIA	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	7	1,81	6	0,75	13	1,10
NO	379	98,19	790	99,25	1169	98,90
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 1,81% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó placenta previa y el 0,75% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, en cuanto al total podemos decir que existe un mínimo porcentaje de prevalencia de placenta previa con un 1,10% del total de pacientes atendidas en el servicio de obstetricia.

Tabla Nº 14

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según la presencia de poli hidramnios, mayo a octubre 2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
POLIHIDRAMNIOS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	3	0,78	6	0,75	9	0,76
NO	383	99,22	790	99,25	1173	99,24
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 0,78% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó polihidramnios y el 0,75% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, del total de pacientes atendidas el 0,76% presenta polihidramnios.

Tabla Nº 15

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según la presencia de oligoamnios, mayo a octubre 2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
OLIGOAMNIOS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	12	3,11	11	1,38	23	1,95
NO	374	96,89	785	98,62	1159	98,05
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 3,11% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó oligoamnios y el 1,38% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, podemos deducir que existe una prevalencia reducida en relación al total de pacientes atendidas en el servicio de obstetricia por el porcentaje total de 1,95%.

Tabla Nº 16

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de ruptura prematura de membranas, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
RPM	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	73	18,91	64	8,04	137	11,59
NO	313	81,09	732	91,96	1045	88,41
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 18,91% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó ruptura prematura de membranas y el 8,04% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, es un dato importante que debe ser tomado en cuenta al momento de realizar el diagnóstico por las complicaciones que conlleva como por ejemplo las infecciones intra amnióticas que podría generar, del total de pacientes atendidas en el hospital el 11,59% presenta ruptura prematura de membranas.

Tabla Nº 17

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de corioamnionitis, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
CORIOAMNIONITIS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	9	2,33	5	0,63	14	1,18
NO	377	97,67	791	99,37	1168	98,82
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 2,33% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó corioamnionitis y el 0,63% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, la prevalencia de Corioamnionitis en las pacientes atendidas en el hospital corresponde al 1,18%.

Tabla Nº 18

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de incompetencia cervical, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
INCOMPETENCIA CERVICAL	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	2	0,52	2	0,25	4	0,34
NO	384	99,48	794	99,75	1178	99,66
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 0,52% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó incompetencia cervical y el 0,25% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, del total de pacientes atendidas en la institución de salud solo el 0,34% fueron atendidas por incompetencia cervical.

Tabla Nº 19

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de cervicovaginitis, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
CERVICO VAGINITIS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	51	13,21	17	2,14	68	5,75
NO	335	86,79	779	97,86	1114	94,25
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 13,21% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentó cervicovaginitis y el 2,14% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, el 5,75% de las pacientes internadas en el servicio de obstetricia el 5,75% presentaron cervicovaginitis.

Tabla Nº 20

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de malformaciones uterinas, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
MALFORMACIONES UTERINAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	4	1,04	2	0,25	6	0,51
NO	382	98,96	794	99,75	1176	99,49
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 1,04% de las pacientes con amenaza de parto pretérmino presentaron malformaciones uterinas y el 0,25% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, sin embargo del total de pacientes internadas tan solo el 0,51% presentaron malformaciones uterinas al parto.

Tabla Nº 21

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de miomas uterinos, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
MIOMAS UTERINOS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	4	1,04	3	0,38	7	0,59
NO	382	98,96	793	99,62	1175	99,41
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

El 1,04% de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentaron miomas uterinos y el 0,38% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término, podemos evidenciar que del total de pacientes internadas en el servicio de obstetricia el 0,59% presentaron miomas uterinos durante la gestación.

Tabla Nº 22

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de actividad uterina idiopática, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
ACTIVIDAD UTERINA IDIOPATICA	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	68	17,62	1	0,13	69	5,84
NO	318	82,38	795	99,87	1113	94,16
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Podemos evidenciar que del total de pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital el 5,84% corresponde a pacientes que presentaron actividad uterina idiopática, de las cuales el 17,62% corresponde a pacientes con amenaza de parto pretérmino y el 0,13% a pacientes con gestaciones a término.

Tabla Nº 23

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de enfermedades sistémicas, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
ENFERMEDADES SISTEMICAS GRAVES	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	136	35,23	246	30,90	382	32,32
NO	250	64,77	550	69,10	800	67,68
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Del total de pacientes atendidas en el hospital, el 32,32% presentó enfermedades sistémicas graves, de los cuales el 35,23% corresponde a pacientes con amenaza de parto pretérmino y el 30,90% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término.

Tabla Nº 24

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de gestación múltiple, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
GESTACIÓN MÚLTIPLE	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	16	4,15	1	0,13	17	1,44
NO	370	95,85	795	99,87	1165	98,56
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Podemos evidenciar que del total de pacientes atendidas en el servicio de obstetricia el 1,44% presentaron gestación múltiple de los cuales el 4,15% corresponde a pacientes con amenaza de parto pretérmino y el 0,13% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término.

Tabla Nº 25

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de otras patologías, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
OTRAS CAUSAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	133	34,46	263	33,04	396	33,50
NO	253	65,54	533	66,96	786	66,50
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Del 100% de pacientes atendidas en el nosocomio el 33,50% corresponde a pacientes que presentaron otras causas como factores desencadenantes de amenaza de parto pretérmino, de las cuales el 34,46% corresponde a pacientes con amenaza de parto pretérmino y el 33,04% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término.

Tabla Nº 26

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según la presencia de malformaciones fetales, mayo a octubre
2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
MALFORMACIONES FETALES	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	4	1,04	2	0,25	6	0,51
NO	382	98,96	794	99,75	1176	99,49
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Del total de pacientes internadas en el servicio de obstetricia del hospital, el 0,51 presentaron malformaciones fetales, de los cuales el 1,04% corresponden a pacientes con amenaza de parto pretérmino y el 0,25% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término.

Tabla Nº 27

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según la presencia de crecimiento fetal intrauterino retardado,
mayo a octubre 2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	10	2,59	10	1,26	20	1,69
NO	376	97,41	786	98,74	1162	98,31
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Del total de pacientes atendidas en el servicio de obstetricia el 1,69 presentaron productos con crecimiento intrauterino retardado de los cuales, el 2,59% corresponde a pacientes con amenaza de parto pretérmino que presentaron crecimiento intrauterino retardado durante la internación y el 1,26% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término.

Tabla Nº 28

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de sufrimiento fetal, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
SUFRIMIENTO FETAL	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	26	6,74	52	6,53	78	6,60
NO	360	93,26	744	93,47	1104	93,40
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Los productos del 100% de pacientes gestantes atendidas en la institución de salud, el 6,60% presentaron sufrimiento fetal de los cuales, el 6,74% corresponde a pacientes con amenaza de parto pretérmino y el 6,53% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término.

Tabla Nº 29

Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico según la presencia de muerte fetal, mayo a octubre 2017

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
MUERTE FETAL	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	17	4,40	5	0,63	22	1,86
NO	369	95,60	791	99,37	1160	98,14
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Los productos de la gestación de pacientes internadas en el hospital, presentaron Muerte fetal intrauterina con un 1,86%, de los cuales, el 4,40% de corresponde a pacientes con amenaza de parto pretérmino y el 0,63% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término.

Tabla Nº 30

**Distribución de mujeres gestantes atendidas en el Hospital Gineco
Obstétrico según la presencia de otras patologías fetales, mayo a octubre
2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						
OTRAS PATOLOGÍAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SI	3	0,78	10	1,26	13	1,10
NO	383	99,22	786	98,74	1169	98,90
TOTAL	386	100,00	796	100,00	1182	100,00

Del 100% de las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia de la institución de salud del estudio el 1,10% de los pacientes presentaron otras patologías desencadenantes de amenaza de parto pretérmino, de los cuales el 0,78% corresponde a pacientes con amenaza de parto pretérmino y el 1,26% de pacientes con este diagnóstico fueron pacientes con embarazos a término.

4.2. Presentación de resultados analíticos

Tabla Nº 31

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y Preeclampsia
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO			
PREECLAMPSIA	SI	NO	TOTAL
SI	23	15	38
NO	363	781	1144
TOTAL	386	796	1182

OR= 3,30 (IC 95%: 1,70 – 6,40) VALOR P Chi²= 0,0002

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 3,30 veces en las mujeres con preeclampsia en relación a las mujeres sin preeclampsia por tanto el tener preeclampsia es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye la unidad y el valor P de Chi² es menor a 0,05 (0,0002), la asociación entre preeclampsia y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 32

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

DPPNI	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	16	16	32
NO	370	780	1150
TOTAL	386	796	1182

OR= 2,11 (IC 95%: 1,04 – 4,26) VALOR P Chi²= 0,0339

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 2,11 veces en las mujeres con desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, en relación a las mujeres sin DPPNI, por tanto, el presentar DPPNI es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye la unidad y el valor P de Chi² es menor a 0,05 (0,0339), la asociación entre desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 33

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y placenta previa
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

PLACENTA PREVIA	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	7	6	13
NO	379	790	1169
TOTAL	386	796	1182

OR= 2,43 (IC 95%: 0,81 – 7,29) VALOR P Chi²= 0,1014

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 2,43 veces en las mujeres con placenta previa en relación a las mujeres sin placenta previa por tanto el tener placenta previa es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye la unidad y el valor P de Chi² es mayor a 0,05 (0,1014), la asociación entre placenta previa y amenaza de parto pretérmino no es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 34

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y polihidramnios
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

POLIHIDRAMNIOS	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	3	6	9
NO	383	790	1173
TOTAL	386	796	1182

OR= 1,03 (IC 95%: 0,26 – 4,15)

VALOR P PRUEBA EXACTA DE FISHER = 0,6067

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 1,03 veces en las mujeres con polihidramnios en relación a las mujeres sin polihidramnios por tanto el tener polihidramnios es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye la unidad y el valor P de la prueba exacta de Fisher es mayor a 0,05 (0,6067), la asociación entre polihidramnios y amenaza de parto pretérmino no es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 35

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y oligoamnios
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

OLIGOAMNIOS	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	12	11	23
NO	374	785	1159
TOTAL	386	796	1182

OR= 2,29 (IC 95%: 1,00 – 5,24)

VALOR P PRUEBA EXACTA DE FISHER= 0,0397

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 2,29 veces en las mujeres con oligoamnios en relación a las mujeres sin oligoamnios por tanto el tener oligoamnios es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye la unidad y el valor P de la prueba exacta de fisher es menor a 0,05 (0,0397), la asociación entre Oligoamnios y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 36

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017

RPM	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	73	64	137
NO	313	732	1045
TOTAL	386	796	1182

OR= 2,67 (IC 95%: 1,86 – 3,83) VALOR P Chi²= < 0,0001

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 2,67 veces en las mujeres con ruptura prematura de membranas en relación a las mujeres sin RPM por tanto el tener RPM es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye la unidad y el valor P de Chi² es menor a 0,05 (< 0,0001), la asociación entre ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 37

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y corioamnionitis
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

CORIOAMNIONITIS	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	9	5	14
NO	377	791	1168
TOTAL	386	796	1182

OR= 3,78 (IC 95%: 1,26 – 11,35) VALOR P Chi²= 0,0111

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 3,78 veces en las mujeres con corioamnionitis en relación a las mujeres sin corioamnionitis por tanto el tener corioamnionitis es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye la unidad y el valor P de Chi² es menor a 0,05 (0,0111), la asociación entre corioamnionitis y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 38

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino e incompetencia cervical
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

INCOMPETENCIA CERVICAL	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	2	2	4
NO	384	794	1178
TOTAL	386	796	1182

OR= 2,07 (IC 95%: 0,29 – 14,73) VALOR P prueba exacta de fisher = 0,3954

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 2,07 veces en las mujeres con incompetencia cervical en relación a las mujeres sin incompetencia cervical por tanto el tener incompetencia cervical es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye unidad y el valor P de la prueba exacta de fisher es mayor a 0,05 (0,3954), la asociación entre incompetencia cervical y amenaza de parto pretérmino no es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 39

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y cervicovaginitis
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

CERVICO VAGINITIS	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	51	17	68
NO	335	779	1114
TOTAL	386	796	1182

OR= 6,98 (IC 95%: 3,97 – 12,26) VALOR P Chi²= < 0,0001

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 6,98 veces en las mujeres con cervico vaginitis en relación a las mujeres sin cervico vaginitis por tanto el tener cervico vaginitis es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye la unidad y el valor P de Chi² es menor a 0,05 (< 0,001), la asociación entre cervicovaginitis y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla N° 40

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y malformaciones uterinas
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

MALFORMACIONES UTERINAS	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	4	2	6
NO	382	794	1176
TOTAL	386	796	1182

OR= 4,16 (IC 95%: 0,76 – 22,80) VALOR P prueba exacta de fisher = 0,0930

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 4,16 veces en las mujeres con malformaciones uterinas en relación a las mujeres sin malformaciones uterinas por tanto el tener malformaciones uterinas es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye unidad y el valor P de la prueba exacta de fisher es mayor a 0,05 (0,0930), la asociación entre malformaciones uterinas y amenaza de parto pretérmino no es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 41

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y miomas uterinos
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

MIOMAS UTERINOS	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	4	3	7
NO	382	793	1175
TOTAL	386	796	1182

OR= 2,77 (IC 95%: 0,61 – 12,43) VALOR P prueba exacta de fisher = 0,1624

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 2,77 veces en las mujeres con miomas uterinos en relación a las mujeres sin miomas uterinos por tanto el tener miomas uterinos es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye unidad y el valor P de la prueba exacta de fisher es mayor a 0,05 (0,1624), la asociación entre miomas uterinos y amenaza de parto pretérmino no es estadísticamente significativa.

Tabla N° 42

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y actividad uterina idiopática
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

ACTIVIDAD UTERINA IDIOPATICA	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	68	1	69
NO	318	795	1113
TOTAL	386	796	1182

OR= 170,0 (IC 95%: 23,50 – 1229,54)

VALOR P prueba exacta de fisher= < 0,0001

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 170,0 veces en las mujeres con actividad uterina idiopática en relación a las mujeres sin actividad uterina idiopática por tanto el tener actividad uterina idiopática es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye la unidad y el valor P de la prueba exacta de fisher es menor a 0,05 (< 0,0001), la asociación entre actividad uterina idiopática y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 43

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y enfermedades
sistémicas graves
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

ENF. SISTEMICA GRAVE	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	107	241	348
NO	279	555	834
TOTAL	386	796	1182

OR= 0,88 (IC 95%: 0,677 – 1,15) VALOR P Chi²= 0,3659

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 0,88 veces en las mujeres con enfermedades sistémicas en relación a las mujeres sin enfermedades sistémicas por tanto el tener enfermedades sistémicas es un factor indiferente para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye la unidad y el valor P de Chi² es mayor a 0,05 (0,3659), no existe asociación entre enfermedades sistémicas y amenaza de parto pretérmino.

Tabla N° 44

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y gestación múltiple
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

GESTACIÓN MÚLTIPLE	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	16	1	17
NO	370	795	1165
TOTAL	386	796	1182

OR= 34,38 (IC 95%: 4,54 – 260,20)

VALOR P PRUEBA EXACTA DE FISHER = < 0,0001

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 34,38 veces en las mujeres con gestación múltiple en relación a las mujeres sin gestación múltiple, por tanto, el tener gestación múltiple es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye unidad y el valor P de la prueba exacta de fisher es menor a 0,05 (< 0,0001), la asociación entre gestación múltiple y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 45

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y otras causas
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

OTRAS CAUSAS	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	133	263	396
NO	253	533	786
TOTAL	386	796	1182

OR= 1,07 (IC 95%: 0,82 – 1,38) VALOR P Chi²= 0,6287

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 1,07 veces en las mujeres con otras causas en relación a las mujeres que no presentan otras causas por tanto el tener otras causas obstétricas es un factor indiferente para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye la unidad y el valor P de Chi² es mayor a 0,05 (0,6287), no existe asociación entre otras causas y amenaza de parto pretérmino.

Tabla Nº 46

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y malformaciones fetales
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

MALFORMACIONES FETALES	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	4	2	6
NO	382	794	1176
TOTAL	386	796	1182

OR= 4,15 (IC 95%: 0,75 – 22,80)

VALOR P PRUEBA EXACTA DE FISHER= 0,0930

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 4,15 veces en las mujeres con productos con malformaciones fetales en relación a las mujeres sin productos con malformaciones fetales, por tanto, el tener productos con malformaciones fetales es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye unidad y el valor P de la prueba exacta de fisher es mayor a 0,05 (0,0930), la asociación entre gestación múltiple y amenaza de parto pretérmino no es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 47

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y crecimiento intrauterino retardado
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	10	10	20
NO	376	786	1162
TOTAL	386	796	1182

OR= 2,09 (IC 95%: 0,86 – 5,07) VALOR P Chi²= 0, 0953

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 2,09 veces en las mujeres con productos con crecimiento intrauterino retardado en relación a las mujeres sin productos con crecimiento intrauterino retardado por tanto el tener productos con crecimiento intrauterino retardado es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye la unidad y el valor P de Chi² es mayor a 0,05 (0,0953), la asociación entre productos con crecimiento intrauterino retardado y amenaza de parto pretérmino no es estadísticamente significativa.

Tabla N° 48

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y sufrimiento fetal agudo
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	26	52	78
NO	360	744	1104
TOTAL	386	796	1182

OR= 1,03 (IC 95%: 0,63 – 1,68) VALOR P Chi²= 0,8951

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 1,03 veces en las mujeres con productos con sufrimiento fetal en relación a las mujeres sin productos con sufrimiento fetal por tanto el tener productos con sufrimiento fetal es un factor indiferente para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye la unidad y el valor P de Chi² es mayor a 0,05 (0,8951), por lo tanto no existe asociación entre productos con sufrimiento fetal y amenaza de parto pretérmino.

Tabla N° 49

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y muerte fetal
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

MUERTE FETAL	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	17	5	22
NO	369	791	1160
TOTAL	386	796	1182

OR= 7,29 (IC 95%: 2,67 – 19,91) VALOR P Chi²= < 0,0001

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 7,29 veces en las mujeres con productos con muerte fetal en relación a las mujeres sin productos con muerte fetal por tanto el tener productos con muerte fetal es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% no incluye unidad y el valor P de Chi² es menor a 0,05 (< 0,0001), la asociación entre productos con muerte fetal y amenaza de parto pretérmino es estadísticamente significativa.

Tabla Nº 50

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y otras patologías fetales
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

OTRAS PATOLOGÍAS	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		TOTAL
	SI	NO	
SI	3	10	13
NO	383	786	1169
TOTAL	386	796	1182

OR= 0,62 (IC 95%: 0,17 – 2,25) VALOR P prueba exacta de fisher= 0,3402

La probabilidad de tener amenaza de parto pretérmino es 0,62 veces en las mujeres con productos con otras patologías fetales en relación a las mujeres sin productos con otras patologías fetales, por tanto, el tener productos con otras patologías fetales no es un factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino durante el embarazo.

Como el intervalo de confianza al 95% incluye unidad y el valor P de la prueba exacta de fisher es mayor a 0,05 (0,3402), la asociación entre gestación múltiple y amenaza de parto pretérmino no es estadísticamente significativa.

4.3. DISCUSIÓN

La amenaza de parto pretérmino representa un problema de orden mundial en la salud dado que los recién nacidos prematuros presentan serias limitaciones en su sobrevivencia y posteriormente en su calidad de vida, la frecuencia de amenaza de parto pretérmino en este estudio fue de 32,66%, muy elevado en relación a lo reportado a nivel mundial, que es de 5 a 12%, según Fainete y Gómez.

Respecto a las variables sociodemográficas no se encontraron datos de relevancia, puesto que la edad promedio de amenaza de parto pretérmino fue de 15 a 36 años, una gran cantidad de autores plantean que en las embarazadas que transcurren en los extremos de la edad reproductiva, aumenta la frecuencia de amenaza de parto pretérmino, la bibliografía revisada indica que los riesgos de salud de la madre y del hijo aumentan cuando la primera es una adolescente o tiene más de 35 años, considerando que el estudio se realizó en un hospital de tercer nivel la mayoría de las pacientes tienen procedencia urbana, estado civil unión estable, ninguna de las pacientes del estudio tenía hábito de consumo de alcohol, drogas, ni tabaco, en cuanto al estado nutricional no se identificaron datos relevantes.

En referencia a la edad gestacional se demostró que existe mayor prevalencia de 32 a 36 semanas, lo cual se considera un resultado positivo, pues en estas edades gestacionales el feto puede recuperar su estado de salud mediante tratamientos en la unidad de cuidados intensivos neonatales, de acuerdo a la literatura a mayor edad mayor probabilidad de vida del recién nacido.

No se pudo calcular la asociación entre eclampsia y amenaza de parto pretérmino, por existir celdas con valor 1 y 0, es un resultado importante considerando que existen estudios que indican que esta patología tiene una incidencia de mortalidad materna de 16 a 69 casos por 10.000 partos según Donoso y Duley, en el tiempo del estudio de 1182 pacientes solo una presentó eclampsia.

No se identificó relación entre las enfermedades sistémicas graves (OR= 0,88), otras patologías fetales (OR= 0,62) con amenaza de parto pretérmino.

No se encontraron estudios que refrenden los resultados obtenidos en cuanto a la actividad uterina idiopática excepto a los indicados por Lombardía, sin embargo, el estudio reveló que existe una asociación estadísticamente significativa (Valor P $\text{Chi}^2 = 0,001$) el presentar actividad uterina idiopática durante la gestación acrecienta la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino (OR=22,14).

La amenaza de parto pretérmino incrementa la probabilidad de presentar parto pretérmino en pacientes con gestación múltiple (OR= 34,38), coincide con lo indicado por Delgado y Morales quienes indican que el presentar gestación múltiple incrementa en 48 a 60% la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino.

La muerte fetal intrauterina incrementa la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino (OR= 7,29), no se encontraron estudios estadísticos que justifiquen la relación entre ambas, sin embargo, se evidencia que existe asociación estadísticamente significativa (Valor p $\text{Chi}^2 = 0,001$).

De la misma manera se demostró que existe una asociación estadísticamente significativa entre cervico vaginitis y amenaza de parto pretérmino (Valor P $\text{Chi}^2 = 0,001$), incrementando la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino (OR= 6,97), es un resultado que se asocia con la literatura revisada, considerando que las principales causas de amenaza de parto pretérmino son provocadas por infecciones vaginales.

El riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino incrementa con la presencia de Malformaciones fetales (OR= 4,16), podemos asociar la amenaza de parto pretérmino a los recientes estudios que se realizan en la institución de detección precoz de malformaciones congénitas, amparados por las normativas vigentes en malformaciones mayores se procede a la interrupción del embarazo, malformaciones uterinas (OR=4,16), es un dato importante pues

como indica la literatura estas afectan a un 4,3% de la población femenina de según Daniels y Donoso.

En cuanto a los antecedentes la asociación de amenaza de parto pretérmino con Corioamnionitis (OR= 3,78) es un resultado significativo pues según Rincón y Magdaleno el 10 a 15% de los casos de amenaza de parto pretérmino tienen un cultivo positivo de líquido amniótico, que llega hasta 25% cuando se desencadena el parto pretérmino, lo cual puede desencadenar una serie de complicaciones relacionadas con la infección intraamniótica tanto para la madre pudiendo presentar una endometritis post parto, infección del sitio quirúrgico e incluso dehiscencia de puntos y en el recién nacido prematuro múltiples complicaciones relacionadas con el ambiente hospitalario y su susceptibilidad antimicrobiana, en algunos casos puede llegar a desarrollar una infección asociada a la atención en salud.

Referente a la preeclampsia (OR= 3,30) podemos deducir que es un dato de significancia pues según la Organización Mundial de la salud, todas las patologías desencadenantes de la hipertensión arterial son prevenibles mediante el seguimiento de las pacientes en los controles prenatales, motivo por el cual el ministerio de salud desarrolla estrategias de salud para promover el adecuado cuidado de la perinatología, como se evidencia en el endsa 2016 donde podemos observar que la cobertura de control prenatal por personal de salud calificado ha superado 90%, siendo el médico el principal proveedor.

Se estima que 1 de cada 5 féminas presenta miomatosis uterina según Ramírez, la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino incrementa si la paciente presenta miomas uterinos (OR= 2,77), ruptura prematura de membranas (OR= 2,67) se presenta en un 20% de las gestaciones pretérmino de acuerdo a la literatura y estudios realizados por Rivera, Placenta previa (OR= 2,43) lo cual se evidencia en los estudios realizados por Acho y Salvador quienes indican que la placenta previa es una de las mayores causas de hemorragia en el tercer trimestre, oligoamnios (OR= 2,29) de acuerdo a la literatura considerada una de las principales causas de parto pretérmino a nivel mundial, es un dato importante porque esta patología puede conducir a la

deformación fetal, compresión del cordón umbilical u posteriormente la muerte fetal, por ello según Santé y Silva se asoció esta patología al incremento de la realización de cesáreas, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (OR= 2,10), Crecimiento intrauterino retardado (OR= 2,09) según Cruz y Tomé esta patología incrementa la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino por los daños que provoca al feto a nivel sistémico, produciendo daño en algunos órganos como el cerebro, pulmones, corazón y otros, Incompetencia cervical (OR= 2,07) evidenciando lo expresado por Miranda y Carvajal quienes indican que la presencia de esta patología en mujeres gestantes concluye por lo general en parto pretérmino durante el segundo y tercer trimestre de gestación, Otras causas (OR= 1,07), polihidramnios (OR= 1,03), como indican Santé y Silva los embarazos con polihidramnios son considerados potencialmente riesgosos, sufrimiento fetal agudo (OR= 1,03), lo cual evidencia los resultados obtenidos en múltiples estudios realizados a nivel mundial.

Es importante denotar que en los últimos años la tasa de mortalidad neonatal y materna disminuyó de manera considerada en el caso de la mortalidad neonatal, que es la mortalidad de más lento y difícil descenso, en comparación con la mortalidad infantil, motivo por el cual el hospital gineco Obstétrico y neonatal al ser acreditado como hospital amigo de la madre y el niño debe desarrollar estrategias orientadas a la reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal, mediante la capacitación del personal de salud de primer y segundo nivel y creando la unidad de monitorización fetal, para prevenir la mortalidad de estos dos grupos de riesgo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Se rechaza parcialmente la hipótesis planteada de que los factores sociodemográficos conductuales, médicos, obstétricos y fetales influyen en la prevalencia de amenaza de parto pretermino en mujeres, ya que:

- ✚ Se comprueba la existencia de múltiples factores relacionados con la prevalencia de amenaza de parto pretermino en mujeres gestantes atendidas en el hospital gineco obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel” de la ciudad de sucre - mayo a octubre 2017 y muchos de ellos son de carácter prevenibles o modificables.
- ✚ Entre los factores sociodemográficos se observa mayor predominio de 15 – 25 años, gestantes del área urbana y el tener un estado civil unión estable, son factores de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino.
- ✚ No existe asociación entre los factores conductuales y amenaza de parto pretérmino.
- ✚ Existe una prevalencia de amenaza de parto pre término de 32,66% en las gestantes atendidas en el hospital Gineco obstétrico y neonatal.
- ✚ La edad gestacional que presenta con mayor frecuencia amenaza de parto pre término es de 34 - < de 37 semanas, por lo tanto de acuerdo a la clasificación existe un predominio de amenaza de parto pre término tardío.
- ✚ Existen asociaciones indiferentes lo cual puede evidenciar la posible existencia de sesgos estadísticos, por presentarse en las tablas de contingencia valores menores a 5 o por inexistencia de datos como es el caso de la eclampsia y los hábitos conductuales respectivamente.
- ✚ El que la gestante presente embarazo múltiple es un factor fetal que actúa como factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino.

- ✚ Dentro de las patologías maternas que se presentan durante el embarazo y de acuerdo al estudio de asociación de los factores de riesgo que predisponen a las pacientes gestantes para presentar amenaza de parto pretérmino tenemos la preeclampsia, desprendimiento de placenta normalmente inserta, oligoamnios, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, cervico vaginitis, actividad uterina idiopática, gestación múltiple y muerte fetal.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✚ Concientizar a las pacientes gestantes y orientarlas para tener una reproducción responsable en donde se pueda llegar al final de la gestación de una forma saludable y sin riesgo tanto para la madre como para el neonato.
- ✚ Capacitar al personal de salud de primer nivel para el reconocimiento precoz de todos los factores de riesgo para parto pretérmino y actuar oportunamente enviando a las pacientes a hospitales de segundo y tercer nivel para monitorizar y modificar el comportamiento de las patologías desencadenantes de la amenaza de parto pretérmino.
- ✚ Promover la creación de un programa de pesquisa y monitoreo de pacientes con alto riesgo obstétrico, posteriormente realizar seguimiento de las pacientes en hospitales de tercer nivel.
- ✚ Fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia en centros de salud de primer nivel y hospitales de segundo y tercer nivel de atención en salud.
- ✚ Fomentar la creación de un equipo multidisciplinario de alto riesgo obstétrico en el hospital gineco obstétrico y neonatal, implementando equipamiento y recursos humanos específicos y capacitados para el manejo de pacientes en riesgo de presentar parto pretérmino.
- ✚ Elaborar indicadores de mortalidad materna y neonatal, teniendo en cuenta los factores asociados a la amenaza de parto pretérmino.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fernández J. Obstetricia Clínica. 2th ed. México: McGraw Hill; 2009.
2. Abood S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 Nov 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.
3. Ministerio de Salud; Gobierno de Chile. Guía Clínica de prevención parto prematuro, 1th ed. Santiago: MINSAL; 2005. Revisado, actualizado y vuelto a publicar a partir de: MINSAL; 2010. [internet]. Dic 2010 [citado 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>
4. Cabero L. Parto Prematuro. Buenos Aires: Panamericana; 2004
5. Lombardia J. Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rápida. 2th. Ed. Buenos Aires: Panamericana; 2007. P. 367 - 376
6. Dirección Nacional de maternidad e infancia; Ministerio de salud Argentina. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas, 1th. ed. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; Octubre de 2015. [Internet]. Oct 2015 [citado 25 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
7. Nápoles D. La Cervicometría en la valoración del parto pretérmino. Santiago de Cuba: Medisan; Enero 2012. [Internet] Enero de 2012 [citado 25 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192012000100012

8. Fainete P, Gómez R, Guninad M, Faneite J, Manzano M, Marti A, et al. Caracas: Rev. Ginecología y Obstetricia; Marzo 2006. [Internet] Marzo 2006 [citado 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Vogel J, Chawanpaiboon S, Watananirun K, Lumbiganon P, Petzold M, Moller A, et al. Ginebra: Rev. Biomed Central. [Internet] 2016 [Citado 30 de Septiembre de 2016]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4912754/pdf/12978_2016_Article_193.pdf
10. Valenti E. Buenos Aires: Rev. del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá; [Internet] 2004 [citado 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91223105.pdf>
11. Chamy P, Cardemil M, Betancour M, Ríos S, Leighton V. RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2009 [citado 04 de Octubre de 2016]; 74(6):331-338. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n6/art03.pdf>
12. Huiza L, Pacora P, Ayala M, Buzzio Y. La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial. An. Fac. med. [Internet]. 2003 [citado 04 de Octubre de 2016] ; 64(1): 13-20. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000100003
13. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, del Río M, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 [citado 30 de Abril de 2017] ; 140(1): 19-29. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>

14. Mallol J, Brandenburg J, Madrid H, Sempertegui G, Ramírez A, Jorquera A. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2007 [citado 30 de Abril de 2017] ; 23(1): 17-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v23n1/art03.pdf>
15. Aguirre V. Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2007 [citado 30 de Abril de 2017] ; 23(3): 173-178. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v23n3/art04.pdf>
16. Moraes M, Scorza C, Abin J, Pascale A, González G, Umpiérrez E. Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2010 Jun [citado 30 de Abril de 2017] ; 81(2): 100-104. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v81n2/v81n2a06.pdf>
17. Ronda E, Hernández A, García A, Regidor E. Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacimiento. Gac Sanit [Internet]. 2009 [citado 20 Septiembre 2017] ; 23(3): 179-185. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gv/v23n3/original2.pdf>
18. Cedeño M, Rodríguez M, Peraza D, Peraza R. Hábitos tóxicos y embarazo: Resultados perinatales. AMC [Internet]. 2006 [citado 20 Septiembre 2017] ; 10(5): 14-23. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v10n5/amc030506.pdf>
19. Atalah E, Castro R. Obesidad materna y riesgo reproductivo. Rev. méd. Chile [Internet]. 2004 [citado 20 Septiembre 2017] ; 132(8): 923-930. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n8/art03.pdf>
20. Ministerio de salud y deportes; Estado Plurinacional de Bolivia. Normas Nacionales de Atención Clínica. La Paz: Ministerio de salud y deportes; 2012. p. 1213 – 1216.

21. Diago D, Vila F, Ramos E, Garcia R. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 20 de enero de 2018] ; 37(4): 448-456. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n4/gin02411.pdf>
22. Sosa L, Guirado M. Estados hipertensivos del embarazo. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2013 [citado 20 de enero de 2018] ; 28(2): 285-298. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v28n2/v28n2a21.pdf>
23. Beltrán L, Benavides P, López J, Onatra W. Estados hipertensivos en el embarazo: revisión. Rev. U.D.C.A Act. & Div. [Internet]. 2014 [Citado 20 de enero de 2018] ; 17(2): 311-323. Disponible en: [:http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v17n2/v17n2a02.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v17n2/v17n2a02.pdf)
24. Vargas V, Acosta G, Moreno M. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 20 de enero de 2018] ; 77(6): 471-476. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n6/art13.pdf>
25. Parra M, San Martín A, Valdés E, Hasbún J, Quiroz L, Schepeler M, et al. Espectro clínico de la preeclampsia: estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2007 [citado 20 de enero de 2018] ; 72(3): 169-175. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v72n3/art07.pdf>
26. Curiel E, Prieto M, Muñoz J, Ruiz M, Galeas J, Quesada. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. Med. Intensiva [Internet]. 2011 Nov [citado 20 de enero de 2018] ; 35(8): 478-483. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v35n8/original3.pdf>
27. Donoso E. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2010 [citado 2018 Jun 03] ; 75(5): 281-283. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v75n5/art01.pdf>

28. Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M, García M, Acuña M, Morong C, et al. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 10 de mayo de 2018]; 77(4): 263-270. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n4/art05.pdf>
29. Gómez S, Larrañaga C, Hemorragia en la gestación. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 10 de mayo de 2018] ; 32(Supl 1): 81-90. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia1.pdf>
30. Acho S, Salvador J, Díaz J, Paredes J. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2011 [citado 10 de mayo de 2018] ; 57(4): 243-247. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v57n4/a06v57n4.pdf>
31. Asturizaga P, Toledo J. Hemorragia obstétrica. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 10 de mayo de 2018] ; 20(2): 57-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n2/v20n2_a09.pdf
32. Palacio S, La Fontaine T, Sánchez M, Amil J. Comportamiento del polihidramnios en nuestro medio. AMC [Internet]. 2005 [citado 10 de mayo de 2018] ; 9(5): 18-25. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v9n5/amc030505.pdf>
33. Martínez L, Valladares M, Pérez C. Terapia con indometacina en el tratamiento del polihidramnios. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 1998 [citado 10 de mayo de 2018] ; 24(3): 133-136. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v24n3/gin04398.pdf>
34. Sante G, Silva E. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue: Tacna 2013-2015. Acta méd. peruana [Internet]. 2016 [citado 10 de mayo de 2018] ; 33(2): 165-166. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n2/a17v33n2.pdf>

35. Cárdenas R, Águila S, Otero J. Efectividad de la hidroterapia materna parenteral en el oligohidramnios aislado: its effectiveness in isolated oligohydramnios. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2009 [citado 27 de mayo de 2018] ; 35(3): . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v35n3/gin06309.pdf>
36. Lugones M, Ramírez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 [citado 27 de mayo de 2018] ; 26(4): 682-693. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n4/mgi11410.pdf>
37. Rivera R, Caba F, Smirnow M, Aguilera J, Larraín A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2004 [citado 27 de mayo de 2018] ; 69(3): 249-255. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v69n3/art13.pdf>
38. Romero S, Ortega M, Galván R. Riesgo de sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madre con corioamnionitis: Estudio de casos y controles. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2013 [citado 27 de mayo de 2018] ; 27(4): 217-221. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n4/v27n4a3.pdf>
39. Rincón Ricote M. Inmaculada, Magdaleno Dans Fernando, Sancha Naranjo Marta, Omeñaca Teres Félix, González González Antonio. CORIOAMNIONITIS HISTOLÓGICA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL: APROXIMACIÓN AL SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA FETAL. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2010 [citado 27 de mayo de 2018] ; 75(3): 172-178. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v75n3/art05.pdf>

40. Argilagos G, Arañó J, Pérez M, Morando D, Hierrezuelo G. Impacto maternoperinatal de la corioamnionitis. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 27 de mayo de 2018] ; 16(1): 49-55. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n1/san07112.pdf>
41. Miranda V, Carvajal J. Analisis critico del manejo de la incompetencia cervical. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 01 de Junio de 2018] ; 68(4): 337-342. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000400014&script=sci_arttext#tit
42. Villegas G, López K, Casillas J, Cortés Zárate Rafael, Bishop Montoya Eduardo, Romero Medina Silvia et al. Eficacia y seguridad de clindamicina/clotrimazol, crema vaginal en pacientes mexicanas con cervicovaginitis. Rev. mex. cienc. farm [revista en la Internet]. 2011 [citado 01 de Junio de 2018] ; 42(2): 14-19. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcf/v42n2/v42n2a3.pdf>
43. González A, Ortiz C, Dávila R, Valencia C. Infecciones cervicovaginales más frecuentes: prevalencia y factores de riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2007 [citado 01 de Junio de 2018] ; 33(2): . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v33n2/gin07207.pdf>
44. Novelle M, Savirón R, Suárez P, Hernández Cortés Ginés, Usandizaga Ello Ramón. Rotura espontánea de útero bicorne en gestación asociada a acretismo placentario. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2007 [citado 01 de Junio de 2018] ; 72(5): 352-355. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v72n5/art13.pdf>
45. Daniels P, Donoso M, Arraztoa J. Resección histeroscópica del tabique vaginal en el síndrome de herlyn - werner - wunderlich: reporte de un caso. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2010 [citado 01 de Junio de 2018] ; 75(3): 185-188. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v75n3/art07.pdf>

46. Sosa M, Gutiérrez L, Crespo A. Mioma uterino gigante. Rev Cubana Cir [Internet]. 2011 [citado 01 de Junio de 2018] ; 50(4): 555-559. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n4/cir17411.pdf>
47. Ramírez K, Torres G, Frutos Y. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 01 de Junio de 2018] ; 16(9): 1350-1357. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n9/san03912.pdf>
48. Delgado A., Morales D. Epidemiología del embarazo gemelar doble en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Perinatol. Reprod. Hum. [Internet]. 2013 [citado 01 de Junio de 2018] ; 27(3): 153-160. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a3.pdf>
49. Almaguer S, Fonseca M, Romeo M, Corona L. Comportamiento de algunos factores de riesgo para malformaciones congénitas en la barriada de "San Lázaro". Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2002 [citado 01 de Junio de 2018] ; 74(1): 44-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312002000100006&script=sci_arttext&tlng=en
50. Bonino A, Gómez P, Cetraro L, Etcheverry G, Pérez W. Malformaciones congénitas: incidencia y presentación clínica. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2006 Oct [citado 01 de Junio de 2018] ; 77(3): 225-228. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v77n3/v77n3a03.pdf>
51. Cárdenas J, Huertas E, Oré I, Carbajal S. Hidrops fetalis no immune: a propósito de un caso. An. Fac. med. [Internet]. 2004 [citado 01 de Junio de 2018] ; 65(2): 133-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v65n2/a08v65n2.pdf>
52. Erdemoğlu M, Kuyumcuoglu U, Guzel A, Celik Y, Kale E. Niveles de aminoácidos en el líquido amniótico en hidrops fetal no inmune: un estudio de casos y controles. Braz J Med Biol Res [Internet]. 2011 [citado 01 de Junio de 2018]; 44 (7): 725 - 728. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bjmbr/v44n7/592.pdf>

53. Díaz C, Rodríguez A, Amores I, Sáez M, Dueñas D, Luaces A. Aspectos relevantes de la restricción del crecimiento intrauterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 01 de Junio de 2018] ; 38(3): 322-332. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin05312.pdf>
54. Cruz Y, Tomé O, Selva S, Cruz M. Estudio morfométrico de los órganos de crías de rata con crecimiento intrauterino retardado. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2007 [citado 01 de Junio de 2018] ; 26(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002007000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
55. Nápoles Méndez Danilo. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. MEDISAN [Internet]. 2013 Mar [citado 01 de Junio de 2018] ; 17(3): 521-534. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300014
56. Valdés R Enrique. ROL DE LA MONITORIZACION ELECTRONICA FETAL INTRAPARTO EN EL DIAGNOSTICO DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado 01 de Junio de 2018] ; 68(5): 411-419. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0717-75262003000500010&script=sci_arttext
57. Ovalle A, Kakarieka E, Correa P. Ángel, Vial P. María Teresa, Aspillaga M. Carlos. Estudio anátomo-clínico de las causas de muerte fetal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2005 [citado 01 de Junio de 2018] ; 70(5): 303-312. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n5/art05.pdf>
58. Valladares Z, García V, Buján V, Couceiro E, López C. Muerte fetal intrauterina: ¿podemos actuar en su prevención?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [citado 01 de Junio de 2018] ; 78(6): 413-418. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v78n6/art02.pdf>

59. Nápoles D. Los tocolíticos en el parto pretérmino: un dilema actual. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 01 de Junio de 2018] ; 17(9): 5062-5078. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n9/san14179.pdf>
60. Carpio G, Vargas A, Jaillita C, Flores C. Estudio comparativo de la acción tocolítica y efectos adversos del nifedipino versus ritodrina, en la amenaza de parto retérmino,"Hospital Materno Infantil Germán Urquidi". Rev. Méd.-Cient. Luz Vida [revista en la Internet]. 2011 [citado 01 de Junio de 2018] ; 2(1): 21-26. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rlv/v2n1/v2n1a05.pdf>
61. Montes de Oca I. Enciclopedia geográfica de Bolivia. 1th. ed. La Paz: Bolivia.com; 2008. [Internet] 2008 [citado 1 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.bolivia.com/geografiadebolivia/cap10.htm>
62. Instituto Nacional de Estadística Bolivia; Estado Plurinacional de Bolivia. Geografía de Bolivia. INE; 2011. [Internet] 2011 [citado 1 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.ine.gob.bo/html/visualizadorHtml.aspx?ah=Aspectos_Geograficos.htm
63. Palma M. Ciencias de la Salud. Sucre: USFX; 2014. [Internet] 2014 [citado 5 de octubre de 2016]. Disponible en: http://usfx.bo/nueva/handbooks/Ciencias%20de%20la%20Salud_Handbook_Vol%20I.pdf
64. Zrazhevskiy D. Estado Plurinacional de Bolivia. [Internet]. Santa Cruz: [Internet][citado 5 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.bolivianland.net/UserFiles/File/0ParaDescripciones/Bolivia/Bolivia_Esp.pdf
65. Censo Nacional de Población y vivienda. Bolivia características de población y vivienda. La Paz: Instituto Nacional de Estadística Bolivia; 2012. [Internet] 2012 [citado 5 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo:8081/censo2012/PDF/resultadosCPV2012.pdf>

66. Prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, pub. Ley N° 475, (30 de diciembre de 2013). [Internet] 2013 [citado 5 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/L475.pdf>
67. Consejo Técnico Hospital Gineco Obstétrico y neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel”. Manual de Organización y funciones. Sucre: Base de datos HGO; 2012.
68. Dirección HGO. Base de datos. Sucre: Base de datos HGO; 2013.

ANEXOS

ANEXO 1

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y Preeclampsia

Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017

Tipo de estudio : Transversal
 Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	23	15	38
No expuestos	363	781	1144
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,605263	-	-
En no expuestos	0,317308	-	-
Razón de prevalencias	1,907496	1,455460	2,49992

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,059585	-	-
En no enfermos	0,018844	-	-
Razón de prevalencias	3,162003	1,668945	5,9907

OR	IC (95,0%)		
3,298990	1,701200	6,397447	(Woolf)
	1,718954	6,329898	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	13,8668	0,0002
Corrección de Yates	12,5884	0,0004

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0003
Bilateral	0,0004

ANEXO 2

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y eclampsia
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	1	0	1
No expuestos	385	796	1181
Total	386	796	1182

Existen una o varias celdas con frecuencia 0 y, por tanto, no se presentan

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)	
En expuestos	1,000000	-	-
En no expuestos	0,325995	-	-
Razón de prevalencias	3,067532	2,826013	3,32969

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)	
En enfermos	0,002591	-	-
En no enfermos	0,000000	-	-
Razón de prevalencias	-	-	-

OR	IC(95,0%)		
-	-	-	(Woolf)
-	-	-	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	2,0639	0,1508
Corrección de Yates	0,1369	0,7114

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,3266
Bilateral	0,3266

ANEXO 3

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y desprendimiento
prematuro de placenta normalmente inserta
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	16	16	32
No expuestos	370	780	1150
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,500000	-	-
En no expuestos	0,321739	-	-
Razón de prevalencias	1,554054	1,088035	2,21967

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,041451	-	-
En no enfermos	0,020101	-	-
Razón de prevalencias	2,062176	1,042432	4,07947

OR	IC (95,0%)		
2,108108	1,042770	4,261841	(Woolf)
	1,056074	4,208218	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	4,4986	0,0339
Corrección de Yates	3,7245	0,0536

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0294
Bilateral	0,0538

ANEXO 4

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y placenta previa
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

Tipo de estudio : Transversal

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	7	6	13
No expuestos	379	790	1169
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,538462	-	-
En no expuestos	0,324209	-	-
Razón de prevalencias	1,660848	0,997300	2,76588

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,018135	-	-
En no enfermos	0,007538	-	-
Razón de prevalencias	2,405872	0,814066	7,11028

OR	IC (95,0%)		
2,431838	0,811694	7,285795	(Woolf)
	0,850955	6,948426	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	2,6837	0,1014
Corrección de Yates	1,7979	0,1800

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0928
Bilateral	0,1348

ANEXO 5

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y polihidramnios
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	3	6	9
No expuestos	383	790	1173
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,333333	-	-
En no expuestos	0,326513	-	-
Razón de prevalencias	1,020888	0,403769	2,58120

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,007772	-	-
En no enfermos	0,007538	-	-
Razón de prevalencias	1,031088	0,259254	4,10077

OR	IC (95,0%)		
1,031332	0,256554	4,145888	(Woolf)
	0,281342	3,784691	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,0019	0,9653
Corrección de Yates	0,0982	0,7541

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,6067
Bilateral	1,0000

ANEXO 6

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y oligoamnios Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	12	11	23
No expuestos	374	785	1159
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,521739	-	-
En no expuestos	0,322692	-	-
Razón de prevalencias	1,616833	1,083717	2,41220

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,031088	-	-
En no enfermos	0,013819	-	-
Razón de prevalencias	2,249647	1,001721	5,05221

OR	IC (95,0%)		
2,289742	1,001089	5,237218	(Woolf)
	1,022018	5,129660	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	4,0629	0,0438
Corrección de Yates	3,2083	0,0733

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0397
Bilateral	0,0693

ANEXO 7

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de
membranas
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	73	64	137
No expuestos	313	732	1045
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)	
En expuestos	0,532847	-	-
En no expuestos	0,299522	-	-
Razón de prevalencias	1,778993	1,482743	2,13443

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)	
En enfermos	0,189119	-	-
En no enfermos	0,080402	-	-
Razón de prevalencias	2,352170	1,720303	3,21612

OR	IC(95,0%)		
2,667532	1,859612	3,826458	(Woolf)
	1,861970	3,821608	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	29,9831	0,0000
Corrección de Yates	28,9316	0,0000

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0000
Bilateral	0,0000

ANEXO 8

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y corioamnionitis
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	9	5	14
No expuestos	377	791	1168
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,642857	-	-
En no expuestos	0,322774	-	-
Razón de prevalencias	1,991664	1,336156	2,96875

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,023316	-	-
En no enfermos	0,006281	-	-
Razón de prevalencias	3,711917	1,252464	11,0009

OR	IC (95,0%)		
3,776658	1,257045	11,346566	(Woolf)
	1,317996	10,814393	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	6,4449	0,0111
Corrección de Yates	5,0716	0,0243

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0146
Bilateral	0,0184

ANEXO 9

Asociación entre amenaza de parto pretérmino e incompetencia cervical Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2017

Tipo de estudio : Transversal

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	2	2	4
No expuestos	384	794	1178
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC(95,0%)	
En expuestos	0,500000	-	-
En no expuestos	0,325976	-	-
Razón de prevalencias	1,533854	0,573709	4,10087

Prevalencia de exposición	Estimación	IC(95,0%)	
En enfermos	0,005181	-	-
En no enfermos	0,002513	-	-
Razón de prevalencias	2,062176	0,291584	14,58439

OR	IC(95,0%)		
2,067708	0,290165	14,734439	(Woolf)
	0,363570	11,759618	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,5490	0,4587
Corrección de Yates	0,0428	0,8361

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,3954
Bilateral	0,6005

ANEXO 10

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y cervicovaginitis Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	51	17	68
No expuestos	335	779	1114
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,750000	-	-
En no expuestos	0,300718	-	-
Razón de prevalencias	2,494030	2,117089	2,93808

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,132124	-	-
En no enfermos	0,021357	-	-
Razón de prevalencias	6,186528	3,622285	10,56602

OR	IC (95,0%)		
6,976119	3,970347	12,257427	(Woolf)
	3,995089	12,177122	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	58,8232	0,0000
Corrección de Yates	56,7981	0,0000

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0000
Bilateral	0,0000

ANEXO 11

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y malformaciones uterinas Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	4	2	6
No expuestos	382	794	1176
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,666667	-	-
En no expuestos	0,324830	-	-
Razón de prevalencias	2,052356	1,158617	3,63551

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,010363	-	-
En no enfermos	0,002513	-	-
Razón de prevalencias	4,124352	0,758729	22,41945

OR	IC (95,0%)		
4,157068	0,758092	22,795667	(Woolf)
	0,886005	-	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	3,1719	0,0749
Corrección de Yates	1,8079	0,1788

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0930
Bilateral	0,0930

ANEXO 12

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y miomas uterinos
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	4	3	7
No expuestos	382	793	1175
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,571429	-	-
En no expuestos	0,325106	-	-
Razón de prevalencias	1,757666	0,920508	3,35618

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,010363	-	-
En no enfermos	0,003769	-	-
Razón de prevalencias	2,749568	0,618437	12,22455

OR	IC (95,0%)		
2,767888	0,616417	12,428604	(Woolf)
	0,689772	11,101401	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	1,9198	0,1659
Corrección de Yates	0,9631	0,3264

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,1624
Bilateral	0,2247

ANEXO 13

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y actividad uterina
idiopática
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	68	1	69
No expuestos	318	795	1113
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,985507	-	-
En no expuestos	0,285714	-	-
Razón de prevalencias	3,449275	3,129793	3,80137

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,176166	-	-
En no enfermos	0,001256	-	-
Razón de prevalencias	140,227979	19,544476	1006,109

OR	IC (95,0%)	
170,000000	23,504623	1229,545342 (Woolf)
	29,584930	- (Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	144,6773	0,0000
Corrección de Yates	141,5128	0,0000

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0000
Bilateral	0,0000

ANEXO 14

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y enfermedades
sistémicas graves
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	107	241	348
No expuestos	279	555	834
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,307471	-	-
En no expuestos	0,334532	-	-
Razón de prevalencias	0,919108	0,764287	1,10529

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,277202	-	-
En no enfermos	0,302764	-	-
Razón de prevalencias	0,915572	0,755236	1,10994

OR	IC (95,0%)		
0,883193	0,674672	1,156161	(Woolf)
	0,674943	1,155738	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,8176	0,3659
Corrección de Yates	0,6992	0,4031

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,2018
Bilateral	0,3771

ANEXO 15

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y gestación múltiple
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	16	1	17
No expuestos	370	795	1165
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,941176	-	-
En no expuestos	0,317597	-	-
Razón de prevalencias	2,963434	2,561823	3,42800

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,041451	-	-
En no enfermos	0,001256	-	-
Razón de prevalencias	32,994819	4,391745	247,8873

OR	IC (95,0%)		
34,378378	4,542063	260,206202	(Woolf)
	5,786910	-	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	29,6262	0,0000
Corrección de Yates	26,8586	0,0000

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0000
Bilateral	0,0000

ANEXO 16

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y otras causas Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	133	263	396
No expuestos	253	533	786
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,335859	-	-
En no expuestos	0,321883	-	-
Razón de prevalencias	1,043418	0,878806	1,23886

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,344560	-	-
En no enfermos	0,330402	-	-
Razón de prevalencias	1,042850	0,880304	1,23540

OR	IC (95,0%)		
1,065375	0,824198	1,377126	(Woolf)
	0,824442	1,376751	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,2339	0,6287
Corrección de Yates	0,1746	0,6760

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,3373
Bilateral	0,6458

ANEXO 17

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y malformaciones fetales Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

Tipo de estudio : Transversal

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	4	2	6
No expuestos	382	794	1176
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,666667	-	-
En no expuestos	0,324830	-	-
Razón de prevalencias	2,052356	1,158617	3,63551

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,010363	-	-
En no enfermos	0,002513	-	-
Razón de prevalencias	4,124352	0,758729	22,41945

OR	IC (95,0%)		
4,157068	0,758092	22,795667	(Woolf)
	0,886005	-	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	3,1719	0,0749
Corrección de Yates	1,8079	0,1788

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0930
Bilateral	0,0930

ANEXO 18

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y crecimiento intrauterino retardado
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

Tipo de estudio : Transversal
 Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	10	10	20
No expuestos	376	786	1162
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,500000	-	-
En no expuestos	0,323580	-	-
Razón de prevalencias	1,545213	0,989145	2,41388

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,025907	-	-
En no enfermos	0,012563	-	-
Razón de prevalencias	2,062176	0,865637	4,91265

OR	IC (95,0%)		
2,090426	0,862665	5,065557	(Woolf)
	0,884807	4,938862	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	2,7826	0,0953
Corrección de Yates	2,0382	0,1534

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0795
Bilateral	0,1461

ANEXO 19

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y sufrimiento fetal agudo Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	26	52	78
No expuestos	360	744	1104
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,333333	-	-
En no expuestos	0,326087	-	-
Razón de prevalencias	1,022222	0,738510	1,41492

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,067358	-	-
En no enfermos	0,065327	-	-
Razón de prevalencias	1,031088	0,654301	1,62485

OR	IC (95,0%)		
1,033333	0,634762	1,682171	(Woolf)
	0,637337	1,675723	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,0174	0,8951
Corrección de Yates	0,0000	0,9944

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,4922
Bilateral	0,9010

ANEXO 20

**Asociación entre amenaza de parto pretérmino y muerte fetal
Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018**

Tipo de estudio : Transversal
Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	17	5	22
No expuestos	369	791	1160
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,772727	-	-
En no expuestos	0,318103	-	-
Razón de prevalencias	2,429170	1,907463	3,09356

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,044041	-	-
En no enfermos	0,006281	-	-
Razón de prevalencias	7,011399	2,606086	18,86343

OR	IC (95,0%)		
7,288347	2,668522	19,906154	(Woolf)
	2,767504	19,174859	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	20,2909	0,0000
Corrección de Yates	18,2764	0,0000

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,0000
Bilateral	0,0000

ANEXO 21

Asociación entre amenaza de parto pretérmino y otras patologías fetales Hospital Gineco Obstétrico, mayo a octubre 2018

Tipo de estudio : Transversal

Nivel de confianza: 95,0%

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
Expuestos	3	10	13
No expuestos	383	786	1169
Total	386	796	1182

Prevalencia de la enfermedad	Estimación	IC (95,0%)	
En expuestos	0,230769	-	-
En no expuestos	0,327630	-	-
Razón de prevalencias	0,704358	0,260194	1,90673

Prevalencia de exposición	Estimación	IC (95,0%)	
En enfermos	0,007772	-	-
En no enfermos	0,012563	-	-
Razón de prevalencias	0,618653	0,171242	2,23503

OR	IC (95,0%)		
0,615666	0,168465	2,249985	(Woolf)
	0,181829	2,087628	(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
Sin corrección	0,5485	0,4589
Corrección de Yates	0,1965	0,6576

Prueba exacta de Fisher	Valor p
Unilateral	0,3402
Bilateral	0,5639