



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE RECINTO NUEVA GUINEA

Monografía:

Factores de Riesgo Asociados a la Amenaza de Parto Pre-término en Pacientes Atendidas en Sala de Alto Riesgo Obstétrico, del Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, en el período comprendido enero-diciembre 2018

Para optar al título de licenciatura en Enfermería Intercultural con mención en Higiene y
Epidemiología

Autores:

Br. Sandor Juvenal Cano Díaz

Br. Yefri Nahin López Vásquez

Tutora:

Lic. Mary Raquel Machado Zeledón

Nueva Guinea, enero 2021

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
RECINTO NUEVA GUINEA**

Monografía:

**Factores de Riesgo Asociados a la Amenaza de Parto Pre-término en
Pacientes Atendidas en Sala de Alto Riesgo Obstétrico, del Hospital
Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, en el período comprendido
enero-diciembre 2018**

Para optar al título de licenciatura en Enfermería Intercultural con mención en Higiene y
Epidemiología

Autores:

Br. Sandor Juvenal Cano Díaz

Br. Yefri Nahin López Vásquez

Tutora:

Lic. Mary Raquel Machado Zeledón

Nueva Guinea, enero 2021

Dedicamos esta trabajo monográfico con mucho respecto y cariño a:

Dios por ser nuestra fortaleza y darnos la sabiduría en casa uno de las etapas que hemos alcanzado.

La Universidad URACCAN, nuestra casa de estudio, la cual ha sido de mucho apoyo en la preparación y formación que hemos recibido durante nuestra carrera profesional.

A nuestros padres, quienes han estado en los buenos y malos momentos que hemos enfrentado a lo largo de nuestra preparación.

A nuestros profesores, quienes nunca se dieron por vencido en el proceso de enseñanza, por haber compartido sus conocimientos y saberes, y que de alguna manera han puesto toda su confianza en nosotros.

A todos los que nos han apoyado en el desarrollo y culminación de esta monografía.

A todos ellos, es ésta dedicación monográfica, por su apoyo incondicional en el aprendizaje y formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las siguientes personas, quienes nos han apoyado y encaminado en es desarrollo y culminación de nuestros estudios e investigación monográfica:

En primer lugar, agradecemos a Dios, nuestro creador y merecedor de todos nuestros logros alcanzados.

Agradecemos a nuestra tutora **Lic. Mary Raquel Machado Zeledón**, quien nos ha brindado su apoyo y conocimiento en el desarrollo de esta investigación.

Agradecemos a nuestros profesores, **Dr. Reynaldo Gilberto Montalván, Dra. Magda Marín, Lic. Sandra M^a Pérez, Lic. Mary Raquel Machado, Lic. Claudia Padilla, Lic. Rudy Figueroa**, y muchos más, por haber compartido sus conocimientos en las diferentes asignaturas de especialización de nuestra formación profesional.

Agradecemos a la **Universidad URACCAN**, por habernos brindado una educación de calidad y profesionalismo, la cual resalta en la práctica de valores, conocimientos, y saberes ancestrales.

Finalmente, damos gracias a nuestros padres, hermanos, y amigos por estar pendiente de nuestro desarrollo y desempeño profesional, por compartir sus palabras de aliento para culminar nuestros estudios de licenciatura.

Muchas gracias a todos!!

RESUMEN

La presente investigación de culminación de estudios se realizó con el objetivo de analizar los factores de riesgo asociados en Amenaza de Parto Pre-término (APP) en mujeres atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo comprendido enero-diciembre 2018. Actualmente, la APP es un problema de salud pública que está provocando una alta morbilidad neonatal, tanto a mediano como a largo plazo, ésta es producida por complicaciones tales como Síndrome de Dificultad Respiratoria, Enterocolitis necrotizante y Hemorragia intraventricular.

Este es un estudio de enfoque mixto, con predominancia cuantitativo y éste es considerado como descriptivo retrospectivo, de corte transversal ya que se estudió a las pacientes ingresadas en la sala ARO con APP, en el periodo de enero - diciembre 2018. En este sentido, la población en estudio fue de 82 pacientes, con una muestra de 15 embarazadas, en donde aplicó una encuesta, un llenado de ficha de recolección de datos de los expediente clínicos y una entrevista dirigida a los médicos y enfermeras de la unidad de salud.

Como resultado de la aplicación de los instrumentos diseñados, se logró determinar que los principales factores de riesgo asociados a la APP son sociodemográficos (bajo nivel socioeconómico, embarazos a temprana edad y avanzada, alimentación, lejanía geográfica, bajo nivel de escolaridad y el estado civil) , gineco obstétricos (infecciones vaginales, antecedentes de parto prematuro, abortos recurrentes, edad materna, embarazo múltiple, diabetes gestacional, etc), y psicosociales (tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la alimentación, y el nivel socioeducativo).

Palabras Clave: APP, ARO, factores, sociodemográficos, gineco-obstétricos, psicosociales.

ABSTRACT

The present study was carried out aiming at analyzing the risk factors associated with the Threat of Preterm Labor (TPL) in women treated in the High Risk Obstetric Service (ROS) at Jacinto Hernández Primary Hospital in the period January-December 2018. Currently, APP is a public health problem that is causing high neonatal morbidity, both in the medium and long term, this is caused by complications such as Respiratory Distress Syndrome, Necrotizing Enterocolitis and Intraventricular Hemorrhage.

This is a mixed-focus study, predominantly quantitative and this is considered a retrospective descriptive, cross-sectional study, since the patients admitted to the ROS ward with TPL were studied in the period from January to December 2018. In this sense, the study population consisted of 82 patients, with a sample of 15 pregnant women, in which a survey was applied, a filling out of the data collection form from the clinical records and an interview directed to the doctors and nurses of the health unit.

As a result of the application of the designed instruments, it was possible to determine that the main risk factors associated with TPL are socio-demographic (low socioeconomic level, early and late pregnancies, diet, geographic distance, low level of education and marital status), obstetric gynecology (vaginal infections, preterm birth history, recurrent abortions, maternal age, multiple pregnancy, gestational diabetes, etc.), and psychosocial (smoking, alcoholism, drug addiction, diet, and socio-educational level).

Key Words: TPL, ROS, factors, socio-demographic, gynecological-obstetric, psychosocial.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	2
2.1. General	2
2.2. Específicos.....	2
III. MARCO TEÓRICO.....	3
6.1. Generalidades	3
6.2. Clasificación.....	4
6.3. Epidemiología	4
6.4. Etiología.....	5
6.5. Factores de riesgo	6
6.6. Complicaciones.....	20
6.7. Medios diagnósticos y tratamiento.....	20
IV. METODOLOGÍA Y MATERIALES.....	25
4.1. Ubicación del estudio.....	25
4.2. Tipo de investigación	25
4.3. Enfoque de la investigación	25
4.2. Universo	25
4.3. Población	25
4.4. Marco Muestral	26
4.5. Muestra	26
4.6. Operacionalización de la Variable	26

4.7.	Criterios de Selección	29
4.8.	Fuentes de Obtención de Datos	29
4.9.	Técnicas e Instrumentos	30
4.10.	Procesamiento y Análisis	30
4.11.	Aspectos Éticos	31
4.12.	Delimitación y Limitación del Estudio	31
V.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	32
VI.	CONCLUSIONES	42
VII.	RECOMENDACIONES.....	44
VIII.	LISTA DE REFERENCIAS	45
IX.	ANEXOS.....	47

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente uno de los problemas más frecuentes en la salud pública es la Amenaza de Parto Pretérmino (de aquí en adelante APP) el cual constituye una de las afecciones clínicas más habituales tanto a nivel internacional como nacional. De tal forma, es imprescindible establecer los factores asociados que inciden tanto directamente como indirectamente en la evolución del embarazo en sí, para tratar de implementar medidas preventivas a nivel primario que logren reducir e incluso eliminar aquellos factores que sean modificables disminuyendo de esta forma la morbimortalidad perinatal.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) 2014:

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto ¹. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. (p. 33)

Por lo tanto, esta investigación se desarrollará con el objetivo de analizar los factores de riesgo asociados en Amenaza de Parto pretérmino en mujeres atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo comprendido enero-diciembre 2018. A su vez, se describirán las características socio-demográficas de las mujeres embarazadas en riesgo con APP y los factores gineco-obstétricos en las pacientes en estudio. De igual forma, se generarán alternativas para disminuir las APP en las embarazadas.

II. OBJETIVOS

2.1. General

- ✓ Analizar los factores de riesgo asociados en Amenaza de parto pretérmino en mujeres atendidas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Primario Jacinto Hernández en el periodo comprendido enero-diciembre 2018.

2.2. Específicos

- ✓ Describir las características socio-demográficas de las mujeres embarazadas en riesgo con amenaza de parto pretérmino.
- ✓ Determinar los factores gineco-obstétricos en las pacientes en estudio.
- ✓ Valorar los factores de riesgo del embarazo actual, que se asocien a un incremento en la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino.
- ✓ Generar alternativas para disminuir las amenazas de parto pretérmino.

III. MARCO TEÓRICO

6.1. Generalidades

El Ministerio de salud (MINSA), 2018 define de la amenaza de parto pretérmino (APP) como:

“Una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical, o cuando es menor a 3 cm, entre las 22 y las 36 semanas y 6 días de gestación” (p.33).

El trabajo de parto pretérmino tiene dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto pretérmino más modificación del cérvix, esta última depende de la paridad de la mujer. Para nulípara, con borramiento del 100 % y dilatación del cérvix igual o mayor de 4 cm. Para multíparas, con borramiento del 50% y dilatación igual o mayor a 3 cm. (MINSA, 2018, p. 33)

Quirós, Alfaro, Bolívar, y Solano (2015), en su revista clínica de la escuela de medicina UCR-HJSD ***“Amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital san juan de dios, San José, Costa Rica en el periodo comprendido entre el 20 de 11 del 2015 al 06 de diciembre del 2015”*** definen:

La Amenaza de parto pretérmino, consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial. A pesar de que se ha logrado disminuir su frecuencia, debido a las mejoras existentes en prácticas de fertilidad y el aumento de estrategias que buscan la prevención de esta patología; sigue siendo una de las

principales causas de mortalidad y morbilidad infantil, lo que ocasiona secuelas a corto y largo plazo, y lo convierte en un importante problema de salud pública. (p.75)

6.2. Clasificación

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), 2014 clasifica de la siguiente manera el parto pretérmino:

- “Prematuros extremos: menos de 28 semanas.
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.
- Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.
- Prematuros tardíos: entre las 34 y 36,6 semanas” (p.5).

6.3. Epidemiología

Según la OMS (2020), describe de la siguiente forma la epidemiología del SHG:

Cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de cumplir las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando.

Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes.

Tres cuartas partes de esas muertes podrían prevenirse con intervenciones actuales y costoeficaces.

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. (párr.1)

6.4. Etiología

Según Matamoros & Obando (2018) las causas del parto pre término son las siguientes:

Causas maternas: Infecciones Cervicovaginales, Infecciones Urinarias, Síndrome Hipertensivo Gestacional, Ruptura Prematura de Membranas Ovulares, Enfermedad Aguda o Crónica, Complicaciones Obstétricas, Sangrado anteparto, edad materna avanzada.

Causas Fetales: Malformaciones Fetales, embarazos múltiples, macrosomía, polihidramnios y TORCH.

Causas socio-ambientales: Estrés (laboral, psicosocial), ansiedad, tabaquismo, drogadicción.

Causas externas: Traumas directos (golpes, caídas, coitos bruscos). Traumas indirectos: desaceleraciones. (p. 10)

Según el MINSA (2018), el parto pretérmino puede ser categorizado en tres entidades clínicas:

- a) **Parto pretérmino espontáneo con membranas íntegras:** inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas íntegras. (La embarazada presenta contracciones uterinas (dolores bajo vientre, región lumbar), sin haber presentado salida de líquido amniótico).
- b) **Parto pretérmino asociado a rotura prematura de membranas:** inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas. Presenta salida de líquido amniótico posteriormente contracciones uterinas.

c) **Parto pretérmino por indicación obstétrica:** resulta de la finalización médica del embarazo por causa materna y/o fetal (Pre eclampsia grave, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, placenta previa sangrante, rotura prematura de las membranas con otra morbilidad que tenga como beneficio la finalización, polihidramnios severo, patologías crónicas como hipertensión, cardiopatía y/o diabetes en descompensación y de difícil control) y/o cualquier otra morbilidad que ponga en peligro la vida de la paciente. (p. 34)

6.5. Factores de riesgo

No se conoce una única causa, pero existen factores de riesgo que predisponen al parto pretérmino, y que hay que tratar de prevenir o evitar. Los más importantes son los que se describen a continuación en las siguientes citas:

Según el MINSA (2018) refiere que los factores de riesgo de APP son:

6.5.1. Embarazo actual

Infecciones periodontales, infecciones génito-urinarias, gestación múltiple, metrorragia en la segunda mitad del embarazo, polihidramnios, bacteriuria asintomática, rotura prematura de membranas, DIU concomitante con el embarazo, longitud del cérvix menor de 20 mm (por ultrasonido transvaginal), desprendimiento pretérmino de placenta, IMC menor de 20, permanencia de pie mayor de 2 horas, sobrepeso y obesidad. (pp. 34-35)

6.5.2. Embarazo previo

Parto pretérmino previo hasta 35 SG, antecedentes de isquemia placentaria, antecedentes de rotura prematura de membranas, antecedentes de Incompetencia cervical. (MINSA, 2018, pp. 34-35)

Según FASGO (2014) los factores de riesgo para desarrollar un parto pretérmino en una embarazada son los siguientes:

- ❖ Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/es.
- ❖ Antecedente de feto/s muerto/s.
- ❖ Antecedente de rotura prematura de membranas de pretérmino.
- ❖ Antecedente de aborto en segundo trimestre (>17 semanas).
- ❖ Embarazo doble o múltiple.
- ❖ Polihidramnios.
- ❖ Infecciones urinarias: bacteriuria asintomática, pielonefritis, infecciones bajas.
- ❖ Vaginosis bacteriana.
- ❖ Factores uterinos: malformaciones, miomatosis, incompetencia ístmico-cervical, conización cervical.
- ❖ Infecciones de transmisión sexual.
- ❖ Edad materna <18 o >40 años.
- ❖ Índice de masa corporal materno inicial bajo (< percentil 10).
- ❖ Metrorragia del primer o segundo trimestre.
- ❖ Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.
- ❖ Estrés físico, jornadas laborales extenuantes y prolongadas.
- ❖ Estrés psicológico, abuso, violencia familiar.
- ❖ Traumas físicos o emocionales graves.

- ❖ Reproducción asistida (embarazo único o múltiple).
- ❖ Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- ❖ Bajo nivel socioeconómico.
- ❖ Etnia afroamericana. (pp. 5-6)

De acuerdo con Balladares & Chacón (2016), expresan que el parto pretérmino se da por, una suma de varios factores o causas; entre los que enumeramos:

6.5.3. Factores psico-sociales

Es de suma importancia la evaluación del aspecto socioeconómico y la desigualdad social, así como, el tipo de ocupación de la paciente su grado de esfuerzo físico, la presión laboral, estrés discriminación racial y sexual ya que se hallan estrechamente relacionados con el parto pretérmino.

Dentro de los factores psico-sociales que influyen altamente es la calidad y cantidad de controles prenatales.

En cuanto al nivel socioeconómico la alimentación deficiente o incluso el consumo de alimentos contaminados y el consumo de tóxicos tales han demostrado estar asociados a la aparición del parto pretérmino.

Ahora bien y como en muchas otras patologías el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas también se hallan involucrados en el desarrollo del parto pretérmino. (Balladares & Chacón, 2016 pp.18-20)

6.5.4. Condiciones Maternas

Edad y raza: Según estadísticas de EEUU se habla que la raza negra tiene una incidencia de parto pretérmino de entre el 16 al 18% comparado con las madres de raza blanca que tienen una incidencia del 7 al 9%. En cuanto a la edad hay más prevalencia de partos pretérmino en mujeres menores de 17 años al igual que en mayores de 35 años.

Pretérmino anterior: Es uno de los factores más importantes. El riesgo de recurrencia de parto pretérmino es de 15 al 50 % dependiendo del número y la edad gestacional de los partos pretérmino anteriores. Se dice que las gestantes con una historia de parto pretérmino tienen un riesgo de parto pretérmino en una nueva gestación del 15%. Si existen 2 antecedentes, el riesgo es del 41 % y si hay 3 antecedentes, del 67%.

Infecciones: Es una condición materna altamente relacionada ya sea extrauterina o intrauterina.

Se ha relacionado a la corioamionitis clínica que produce una complicación de cerca del 1 al 5 % de los embarazos a término y aumenta hasta un 25 % de los partos pretérmino.

También se habla que la bacteriuria asintomática y la infección urinaria son junto con la ruptura prematura de membranas entidades muy frecuentes y un verdadero factor de riesgo en la aparición del parto pretérmino.

Preeclampsia: Se ha considerado como una causa de una parte considerable de nacimientos pretérminos.

Enfermedad periodontal: las pacientes gestantes y que concomitantemente presenta enfermedad periodontal tienen una elevada probabilidad de tener un parto pretérmino, se habla que la probabilidad aumenta hasta en 7 veces. “En recientes investigaciones se han podido encontrar niveles séricos elevados de PGE2, IL1 β y TNF alfa en embarazadas con enfermedad periodontal”; lo que ha sido ligado muy estrechamente con la génesis del parto pretérmino.

Obesidad: Se ha visto una asociación entre el peso preconcepcional y un parto pretérmino, tomando en consideración a la obesidad, para esto se efectuó estudio observacional de cohorte que nos demuestra una asociación entre el IMC preembarazo de mujeres de Suecia, cuyos resultados fueron: “la tasa global de parto prematuro (<36 semanas) fue 5,03, así en comparación con mujeres de peso normal, el riesgo de parto prematuro aumenta a mayor IMC”.

Anemia: las embarazadas con anemia tienen más probabilidades de complicaciones durante el embarazo: Estudios indican que pacientes con hemoglobina menor de 6 g/dl tenía una alta asociación con parto pretérmino. (Balladares & Chacón, 2016 pp.18-20)

Patologías placentarias: Como el desprendimiento prematuro de placentas en embarazos sin patologías materno-fetales y con manifestaciones de asfixia aguda o shock fetal. (Balladares & Chacón, 2016 pp.18-20)

Patología del cordón umbilical y membranas ovulares: ya sea polihidramnios u oligohidramnios también han demostrado una fuerte asociación con el parto pretérmino. (Balladares & Chacón, 2016 pp.18-20)

Desde el punto de vista de Calero & Hernández (2017) los principales factores de riesgo que inciden en la amenaza de parto pretérmino, son los siguientes:

6.5.5. Factores Sociodemográficos

- a. **Edad** el embarazo y el parto son procesos totalmente naturales, sin embargo, en los extremos de la vida reproductiva es considerado como un factor de riesgo, por el aumento de las patologías perinatales que se presentan. Varios autores han demostrado una relación marcada entre la edad materna menor de 20 años o mayores de 34 años en la incidencia de la amenaza de parto pretérmino. La edad materna durante la gestación es una constante preocupación para los obstetras. Se han establecido valores límites para poder hablar de anormalidades, estos han ido variando con el tiempo y con las culturas. El límite superior de edad se ha modificado y debemos tener presente que en la década de los sesenta era de 30 años, luego se extendió a 33 años y actualmente se habla como límite las menores de 20 años o las mayores de 35 años. Las tasas de amenaza de parto pretérmino aumentan en las mujeres muy jóvenes, sobre todo por debajo de 17 años. La causa que desencadena el parto pretérmino en estas gestantes puede estar relacionada con el hecho de ser su primer embarazo, o que exista un desarrollo inadecuado del útero. Se señala que en estas gestantes el parto pretérmino puede deberse en el cambio de su forma esférica a elíptica del útero, lo cual lleva a trastornos en la circulación feto placentaria, y puede estar más en relación con la edad que con alteraciones físicas. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29)

- b. Procedencia:** tiene gran influencia por la diferencia que existe de accesibilidad a los servicios de salud que tienen las mujeres que habitan en zonas urbanas con las que habitan en zonas rurales, la presencia de este factor duplica el riesgo (un menor número de consultas prenatales, familias más numerosas, hacinamiento, mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico hasta épocas más avanzadas del embarazo, menor nivel de instrucción y mayor frecuencia de gestantes en uniones inestables) de enfermar y morir. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29)
- c. Escolaridad** en la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29)
- d. Ocupación** las mujeres que trabajaron en el último trimestre del embarazo, particularmente aquellas bajo relación de dependencia, mostraron más del doble de riesgo de parto pretérmino (OR 2,65, IC 95% 1,14-6,1, p= 0,019) en comparación con las madres que no trabajaron, probablemente asociado con la situación económica imperante (más carenciadas), o el mismo hecho de que la relación de dependencia genera más estrés que el trabajar en forma independiente. Estar empleada aumentó a más del doble el riesgo de Parto Prematuro (OR 2,65, IC 95%

1,14-6,1, $p=0,019$) en comparación con las madres que no trabajaron.⁷ En cuanto a la condición de trabajo se ha encontrado asociación más importante con el tipo de trabajo que el hecho de trabajar, la bipedestación prolongada, muchas horas de trabajo diarias y la fatiga física o mental. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29)

- e. **Estado civil** en un estudio realizado en Nicaragua de parto pretérmino se encontró entre los factores sociodemográficos estudiados, 17.4% son solteras, mostrando que el mayor porcentaje de gestantes con amenaza de parto pretérmino de acuerdo a su estado civil el 32% son solteras en cambio, en un estudio venezolano realizad encontró que el 76% soltera.²² El tiempo de convivencia con la pareja fue significativamente menor en las madres de prematuros en comparación con las de término (1 vs. 2,3 años, $p= 0,023$); esto podría asociarse a mayor incertidumbre y por lo tanto generar estrés. El tiempo de convivencia con la pareja fue significativamente menor en las madres de prematuros en comparación con las de término (1 vs. 2,3 años, $p= 0,023$); esto podría asociarse a mayor incertidumbre y por lo tanto generar estrés. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29)

6.5.6. Factores Gineco obstétricos

- a. **Gesta y paridad** el número de gestaciones previas es un factor de riesgo para presentar parto pretérmino. Las gestantes nulíparas tienen mayor riesgo, pero las gestantes con un número igual o superior a tres también tienen aumentado el riesgo de prematuridad. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

- b. Aborto Previo** la historia previa de abortos se ha asociado a una mayor tasa de partos pretérmino. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).
- c. Número de controles prenatales** un nivel sociocultural más bajo puede verse reflejado como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino, lo cual es muy probable que tenga una relación directa con un control prenatal menor a lo esperado, o un déficit en la atención primaria porque de acuerdo a lo referido por las pacientes, el 80% contaba con un control adecuado lo cual dará lugar a una investigación posterior para determinar el tipo de tratamiento y el apego de las pacientes al mismo. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).
- d. Edad gestacional** en Chile, el Ministerio de Salud en su informe técnico del año 2008, informa una incidencia de 0,99% de recién nacidos vivos menores de 32 semanas en el período 2000-2004. En el Hospital Clínico San Borja Arriarán la tasa de prematuridad entre 2005 y 2007 fue 7% (informe anual del servicio, datos no publicados).²⁴ La frecuencia de la infección ascendente es muy alta entre las 20 y 32 semanas de gestación según algunos autores. Es factor de riesgo de nacimiento espontáneo, 90% a las 24 semanas y 60% a las 32 semanas. En estos eventos las lesiones como inflamatorias agudas corioamnioitis y funístitis son muy frecuentes. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).
- e. Ruptura prematura de membranas (RPM)** es una enfermedad de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a la alta frecuencia de complicaciones materno-fetales asociadas como: infección, prematuridad, síndrome de dificultad

respiratoria del recién nacido, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, displasia bronco pulmonar, ductus arterioso permeable y retinopatía por prematuridad. La ruptura prematura de membranas ovulares (preparto), puede originar el comienzo de un parto pretérmino, con o sin otros factores causales. La ruptura prematura de membranas se encuentra relacionada de forma directa en un 20 a un 50% de casos de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y el nacimiento de un producto pequeño para su edad gestacional. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

- f. Antecedente de Amenaza Parto Pretérmino** diversos estudios han demostrado, que el principal factor de riesgo para presentar amenaza de parto pretérmino es el antecedente de haber presentado ya amenaza de parto pretérmino en embarazos anteriores. Por ello recomiendan para pacientes con un nuevo embarazo y este antecedente, considerarlas de alto riesgo para una nueva amenaza de parto pretérmino y sobre todo si se presenta una infección cervicovaginal durante las primeras semanas de embarazo. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

- g. Embarazo gemelar** las gestaciones gemelares han experimentado un crecimiento del 168.4 %. El porcentaje alto de parto pretérmino en gestaciones múltiples es probablemente en parte por la sobre distensión uterina, el porcentaje de parto pretérmino es de aproximadamente 100 % para cuádruples. Es uno de los riesgos más altos de parto pretérmino aproximadamente 50 % de los gemelos y casi todas las gestaciones múltiples nacen antes de las 37 semanas. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

6.5.7. Factores Preconcepcionales

- a. **Índice de Masa Corporal** un Índice de Masa Corporal bajo (<19) incrementa el riesgo de parto pretérmino (OR 9.8 <32 semanas). La obesidad también aumenta el riesgo de prematuridad no solo a expensas de las causas iatrogénicas, sino también aumenta el riesgo de parto prematuro espontaneo al influir sobre la vía inflamatoria. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29)

6.5.8. Patologías Maternas

- a. **Infección: relación de causalidad** existen múltiples evidencias de causalidad entre la relación de infección/parto pretérmino; Las pacientes embarazadas con infecciones sistémicas, como pielonefritis, malaria, neumonía o infección periodontal, tienen más probabilidad de tener un parto prematuro. Es posible demostrar infecciones con pocas manifestaciones clínicas en algunas embarazadas que estimularon el comienzo del parto prematuro. En algunos grupos de mujeres embarazadas, el control de infección (más la ascendente) con antibióticos permite llegar a embarazos a término. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

- b. **Infecciones vaginales** la vaginosis bacteriana, considerada anteriormente como un proceso benigno, es un factor de riesgo para desarrollar una amenaza de parto prematuro, la salpingitis aguda, y las complicaciones neonatales y perinatales. La amenaza de parto prematuro constituye un importante motivo de consulta en la

emergencia obstétrica, atribuyéndose como causa muchas veces a la infección urinaria, olvidándose en la mayoría de los casos la infección del tracto vaginal. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

c. Infección de vías urinarias las infecciones de vías urinarias, así como las infecciones vaginales constituyen un factor de riesgo para el parto pretérmino en la embarazada adolescente, por ello se da la instrucción adecuada del personal de salud para la detección oportuna y el tratamiento adecuado de las infecciones genitourinarias para disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad neonatal secundaria a prematuridad. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

d. Diabetes amenaza de parto prematuro y el parto prematuro son clásicas complicaciones relacionadas con la diabetes. La incidencia varía tanto en relación con las poblaciones estudiadas como con la gravedad de la enfermedad. Se calcula que el parto pretérmino es tres veces mayor que en las gestantes no diabéticas. El mecanismo por el cual la diabetes desencadena el parto pretérmino es desconocido, pero existe una clara asociación con el grado de control metabólico materno. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

e. Anemia no constituye un factor asociado con parto prematuro en algunos estudios, pero si ha estado relacionado a otras patologías durante el embarazo que están asociadas a amenaza de parto prematuro. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

- f. Isquemia uteroplacentaria** se ha visto que en condiciones donde existe isquemia uteroplacentaria (preeclampsia, CIUR) se asocia frecuentemente a parto pretérmino. Hallazgos histológicos sugieren la presencia de este fenómeno en casi 30% de los partos pretérminos idiopáticos. Además, pacientes sin riesgo de parto pretérmino que presenten aumento en la resistencia vascular uterina (por eco doppler de arterias uterinas) aumentan cinco veces el riesgo de parto pretérmino. La hipótesis planteada es que la isquemia genera mediadores paracrinos que desencadenan la actividad contráctil del útero. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).
- g. Sangrado vaginal** el sangrado vaginal durante el embarazo es un factor de riesgo para parto pretérmino cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. Se observó una asociación entre el sangrado del segundo trimestre y parto pretérmino. La relación entre la hemorragia decidual y el parto pretérmino puede ser el resultado del efecto uterotónico de la actividad de la trombina. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).
- h. Anomalías uterinas del útero y del cuello.** las mal formaciones congénitas del útero y del cuello suponen en 1 al 3 % de todos los casos de trabajo de parto pretérmino. La situación más importante es el útero tabicado y el útero bicorne. El útero en forma de T puede presentarse en mujeres expuestas in útero a dietilestilbestrol y es asociado con un incremento en el riesgo de APP y PP.

Las anomalías de fusión mulleriana pueden incluir el cérvix, y predisponer al paciente a un incremento en el riesgo de parto pretérmino por función cervical anormal. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

6.5.9. Antecedentes personales no patológicos

a. Tabaquismo, Drogadicción, Alcoholismo el tabaco multiplica por 2 el riesgo relativo de partos prematuros. La frecuencia de APP y PP esta aumentada en las pacientes que consumen cocaína, opiáceos, y tabaco. Las consumidoras de marihuana a grandes dosis también presentan un incremento de la tasa de prematuridad. El tabaquismo aumenta el riesgo de PP, RPM, bajo peso al nacer y probablemente aborto espontáneo. Las mujeres que fuman tienen un riesgo que se incrementa de 20-30 % el parto pretérmino. La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico), causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte, el monóxido de carbono causa la formación de carboxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro. (Calero & Hernández, 2017, pp.12-29).

6.6. Complicaciones

De acuerdo con MINSA (2018) las complicaciones de un parto prematuro son las siguientes:

La morbilidad a largo plazo, tales como el deterioro neuroconductual son inversamente proporcionales a la edad gestacional al nacer. Los neonatos nacidos antes de las 24 SG rara vez sobreviven sin discapacidades graves. Entre los neonatos nacidos a término o después 24 SG, la mortalidad y la morbilidad disminuyen con el avance de las semanas gestación. Complicaciones del neurodesarrollo graves son poco frecuentes después de las 32 SG; sin embargo, los neonatos nacidos antes de las 36 SG a menudo tienen dificultades respiratorias, hemorragia intraventricular severa, enterocolitis necrotizante, problemas de termorregulación y alimentación, así como aumento de los riesgos de muerte en la infancia. (p.33)

6.7. Medios diagnósticos y tratamiento

Las pruebas, procedimientos y fármacos utilizados para la amenaza de parto pretérmino (APP) el MINSA (2018), plantea los siguientes:

- ❖ Realizar maniobras de Leopold.
- ❖ Evaluar el bienestar fetal (auscultar FCF).
- ❖ Especuloscopía, para ver si hay sangrado o salida de líquido o flujos anormales.
- ❖ Determinar modificaciones cervicales clínica y/o ultrasonográficamente.
- ❖ Mantener a la paciente en reposo, en decúbito lateral izquierdo.

- ❖ Control de signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria.
- ❖ Toma de muestra de exámenes de laboratorio: hematocrito, hemoglobina, grupo y Rh, y otros, según indicación médica.
- ❖ Iniciar esquema de Nifedipina. De acuerdo a valoración de los cambios cervicales, actividad uterina y bienestar fetal, y necesidad de madurez pulmonar con corticoides antenatales.
- ❖ Considerar el estado emocional de la paciente y dar soporte psicológico a ella y su familia.
- ❖ Ante todo, procedimiento y/o ingreso, asegurar que la paciente, familiar o su representante, firme hoja de consentimiento informado. Servicio de Maternidad.
- ❖ Historia clínica completa con enfoque de riesgo de parto pretérmino.
- ❖ Mantener a la paciente en reposo, en decúbito lateral izquierdo y en ambiente tranquilo.
- ❖ Monitoreo fetal.
- ❖ Cumplir medicamentos según indicación médica.
- ❖ Realizar cuidados higiénicos (baño, aseo vulvar, aseo bucal)
- ❖ Valorar exámenes de laboratorio.
- ❖ Monitoreo de la longitud cervical (la evaluación se realiza al ingreso y para determinar egreso y confirmar la ausencia de progresión de acortamiento., en la consulta externa es válido valoración cada 2 semanas).
- ❖ Al ceder actividad uterina, suspender Nifedipina.
- ❖ Proporcionar apoyo al estado emocional de la paciente. (p.33)

6.8. Tratamiento no farmacológico

- ❖ No indicar reposo absoluto en cama domiciliario en embarazos con feto único.
- ❖ Reposo relativo con períodos en decúbito lateral izquierdo y no realización de actividades físicas excesivas, incluyendo relaciones sexuales. (NE-IV, GR-D).
- ❖ Ingesta de líquidos a demanda.
- ❖ Ingerir alimentos ricos en fibra, por ejemplo, pan integral, repollo, papa sin cáscara, coliflor, zanahoria, manzana, lechuga, apio, naranja.
- ❖ Tratar la causa de la amenaza de parto pretérmino.
- ❖ Dar cita abierta para atención si la longitud cervical mayor a 20 mm. (MINSA, 2018, p. 33)

6.9. Tratamiento farmacológico

- ❖ **NIFEDIPINA DE ACCIÓN RÁPIDA:** (NE-Ia, GR-A). La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis, previa valoración de la actividad uterina. Si no hay actividad uterina, entonces suspenderla.
- ❖ Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días.
- ❖ No utilizar Nifedipina sublingual por sus efectos adversos (produce hipotensión severa). (MINSA, 2018, p. 33)

6.10. En embarazos gemelares el manejo farmacológico es igual que fetos únicos.

a. Corticoides

- ❖ Fármacos inductores de la madurez pulmonar fetal: Entre 24 – 36 semanas + 6 días de gestación:

- ❖ En toda paciente con factores de riesgo para parto prematuro se debe aplicar un solo ciclo de corticoides antenatales con:

Dexametazona 6mg IM cada 12 horas por 4 dosis o Betametazona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis.
- ❖ Se recomienda el uso de la terapia antenatal con corticoesteroides en embarazos de pretérmino con rotura prematura de membranas entre 23 a 36 semanas + 6 días de gestación.
- ❖ Se requiere establecer algunos puntos clave para la atención del parto pretérmino: Todo nacimiento pretérmino debe ser atendido a nivel hospitalario que cuente con los medios necesarios para la atención (transporte in útero). El traslado debe realizarse con personal adecuado.
- ❖ Si el parto es inminente atenderlo en la unidad de salud y luego trasladar al recién nacido pretérmino cumpliendo los criterios de traslado ya establecidos. (Recordar: siempre que sea posible lo mejor es el nacimiento del feto en el lugar donde existan las condiciones neonatales siempre que el estado materno lo permitan)
- ❖ El esquema de neuroprotección fetal (esquema de Zuspan) está asociado a reducción de Hemorragia Interventricular con impacto importante en la reducción de la parálisis cerebral, debiendo administrarse entre 6-8 horas previas al nacimiento inminente del feto entre las 28 y las 32 semanas y 6 días de gestación. Por la necesidad de un nivel de resolución alta para el neonato esta estrategia solo será viable en unidades que cuenten manejo Multidisciplinario (Neonatólogo, Obstetra, Materno Fetal) que evalúen la necesidad de cumplir dicho esquema: (Hospital Regional y/o de Referencia

Nacional) SSN 200 ml + 4 gramos de Sulfato de Magnesio a pasar en 30 minutos y luego SSN 420 ml + 8 gramos de Sulfato de Magnesio pasar cada 8 horas por 12 horas. (MINSA, 2018, pp. 41-43)

IV. METODOLOGÍA Y MATERIALES

4.1. Ubicación del estudio

El estudio se desarrolló en el Municipio de Nueva Guinea RACCS, en el Hospital Primario Jacinto Hernández, ubicado en la zona # 2, del monumento Mercado Municipal 3 cuadras al sur, el cual atiende las áreas de ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general, psicología y patología.

4.2. Tipo de investigación

Este estudio fue clasificado como descriptivo retrospectivo, de corte transversal ya que se estudió a las pacientes ingresadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), con Amenaza de Parto Pre-término, en el periodo de enero - diciembre 2018.

4.3. Enfoque de la investigación

En la investigación se combinaron los enfoques cuantitativo y cualitativo, por tanto, se considera de orden mixta con predominancia en el enfoque cuantitativo. Puesto que se requirió para el procesamiento, de los registros que se encuentran en el expediente clínico, de los factores de riesgo en las embarazadas con amenaza de parto pre-término.

4.2. Universo

El universo fue de 639 expedientes de pacientes embarazadas que fueron ingresadas en las diferentes sales gineco obstétricas (Labor y Parto, ARO) del Hospital Primario Jacinto Hernández del Municipio de Nueva Guinea, en el periodo enero - diciembre 2018.

4.3. Población

La población en estudio fue de 82 expedientes de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas con APP (Amenaza de Parto Pre término) ingresadas en sala de ARO en el periodo enero - diciembre 2018.

4.4. Marco Muestral

Para la obtención de la muestra, se realizó un muestreo aleatorio simple, ya que todos los expedientes que forman la población cumplieron con los criterios de selección y tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

4.5. Muestra

En este estudio, la muestra constó de 15 expedientes de pacientes, que presentaron Amenaza de Parto Pre término (APP) que cumplieron con los criterios estadísticos. Ésta fue seleccionada basada en las técnicas del muestreo aleatorio simple.

4.6. Operacionalización de la Variable

Tabla 1. Descripción y Operacionalización de las variables de estudios

Objetivos	Variable	Sub-VARIABLES	Definición	Indicadores	Fuente	Técnica e Instrumento
Describir las características socio-demográficas de las mujeres embarazadas en riesgo con amenaza	Factores socio-demográficos.	Edad	Tiempo de vida de una persona medida en años desde el nacimiento hasta el día del estudio	< 20 años 20 - 34 años >35 años	Expediente clínico	Ficha de recolección y Encuesta
		Etnia	Grupos en los que se subdividen la población.	Blanca Mestiza Miskita Criolla Otras	Expediente clínico	

de parto pretérmino.		Ocupación	Actividad a la que se dedica el paciente al momento del estudio	Ama de casa Comerciante Maestra Agricultora Otros	Expediente clínico	
		Escolaridad	Nivel de preparación académica alcanzado	Iletrada Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario	Expediente clínico	
		Procedencia	Zona geográfica donde reside	Urbano Rural	Expediente clínico	
		Estado civil	Condición social de la paciente con respecto cónyuge	Casada Unión estable Soltera	Expediente clínico	
Determinar los factores gineco-obstétricos en las pacientes en estudio.	Factores gineco-obstétricos	Gestas	Embarazos que ha tenido una mujer.	Primigesta Bigesta Trigesta Cuadrigesta Gran Multigesta	Expediente clínico	Ficha de recolección y Entrevista
		Partos	Partos por vía vaginal	Nulípara Multípara	Expediente clínico	
		Embarazo gemelar	Historia previa de 1 o más embarazo gemelar	Si No	Expediente clínico	
		Aborto previos	Historia previas de abortos	Si No	Expediente clínico	

		Controles prenatales	Cantidad de controles médicos que se realizó la embarazada durante la gestación	1-2 3-4 5 a mas Ninguno	Expediente clínico	
		Amenaza Parto Pretérmino en embarazos anteriores	Presencia de antecedente de App en gestaciones anteriores	Si No	Expediente clínico	
Valorar los factores de riesgo del embarazo actual, que se asocian a un incremento en la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino.	Factores de riesgo del embarazo actual.	Estado nutricional : IMC	Situación de salud relativa a la relación peso/talla.	Bajo peso Sobrepeso Obesidad grado 1 Obesidad grado 2 Obesidad mórbida	Expediente clínico	Ficha de recolección y Entrevista
		Síndrome Hipertensivo Gestacional	Valores anormales de la tensión arterial materna durante los embarazos.	Si No	Expediente clínico	
		Infección de vías urinarias	Invasión de microorganismos en el tracto urinario.	Si No	Expediente clínico	
	Factores Psicosociales	Stress Alimentación deficiente. Consumo de tóxicos	Evaluación del aspecto socio-económico y desigualdad social	Si No	Expediente clínico	

	Antecedentes personales no patológicos	Tabaquismo Drogadicción Alcoholismo	Evaluación del consumo de sustancias prohibidas	Si No	Expediente clínico	
--	---	--	---	----------	--------------------	--

4.7. Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Paciente diagnosticada con Amenaza de Parto Pretérmino.
- Embarazada con embarazo entre las 22 y 36 6/7 semanas de gestación.
- Embarazada con expediente clínico disponible e información completa.
- Dentro del periodo de estudio enero – diciembre 2018.

Criterios de Exclusión:

- Paciente no diagnosticada con Amenaza de Parto Pretérmino.
- Embarazadas con embarazo menor a 22 semanas de gestación.
- Embarazadas con expediente clínico incompleto.
- Fuera del periodo de estudio enero – diciembre 2018.

4.8. Fuentes de Obtención de Datos

✓ Fuentes primarias:

Las fuentes secundarias fueron todos los instrumentos que se utilizaron para el desarrollo de este estudio, tales como: los expedientes clínicos, ficha de recolección de datos de expediente clínicos, entrevistas y encuestas.

✓ **Fuentes secundarias:**

Para la construcción del marco teórico se consultaron libros, manuales, protocolos, sitios web y revistas, por lo tanto, fueron considerados como fuentes secundarias.

4.9. Técnicas e Instrumentos

a. Ficha de Recolección de Datos del Expediente Clínico

Esta se utilizó como instrumento de recolección de información la cual ha sido diseñada con los datos considerados de utilidad para el estudio. De la misma forma, se hizo el llenado de 15 fichas en relación a los expedientes.

b. Encuestas

Se diseñó una encuesta con la información y datos requeridos con el objetivo de recolectar la información necesaria para el estudio. Esta encuesta fue aplicada a 15 mujeres embarazadas del Hospital Jacinto Hernández.

c. Entrevista

También, se diseñó una entrevista con la información y datos requeridos con el objetivo de recolectar la información necesaria para el estudio. Esta entrevista fue aplicada a 10 trabajadores de salud (médicos y enfermeras) del Hospital Jacinto Hernández.

4.10. Procesamiento y Análisis

Para el procesamiento y análisis de los datos de la investigación con la información obtenida mediante la ficha de recolección, entrevista y encuesta, se procesó en el programa de datos Microsoft Excel, donde se obtuvieron los resultados y gráficos.

4.11. Aspectos Éticos

Por la naturaleza del estudio, no se hicieron intervenciones que pongan en riesgo la salud de los participantes, utilizando solamente para este estudio el expediente clínico, con la debida autorización para el manejo del mismo. Por otra parte, en la ficha de recolección de los datos no se tomaron en cuenta los nombres de las pacientes.

4.12. Delimitación y Limitación del Estudio

✓ Delimitación

Factores de Riesgo Asociados a la Amenaza de Parto Pre-término en Pacientes Atendidas en Sala de Alto Riesgo Obstétrico, del Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, en el período comprendido enero-diciembre 2018.

✓ Limitaciones

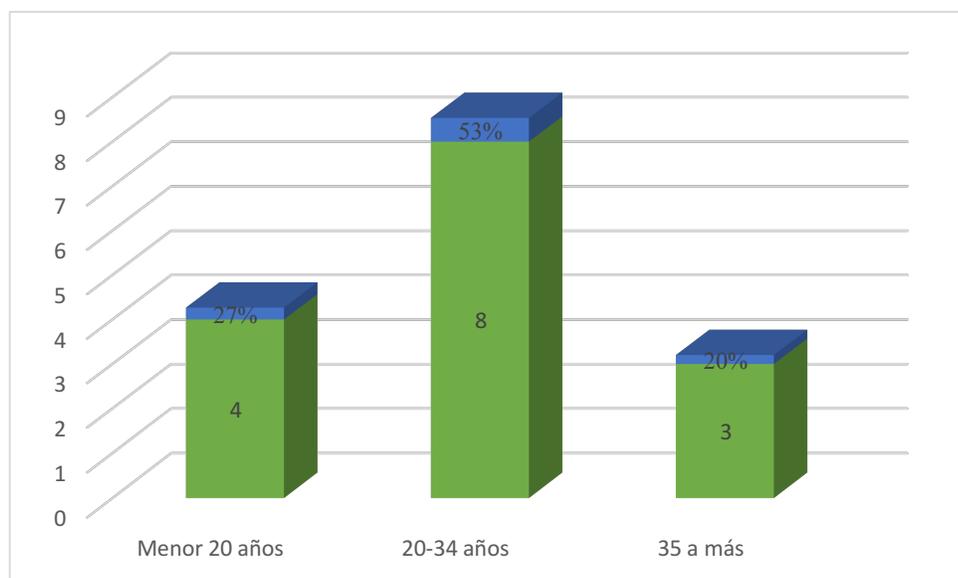
- Acceso a la información de los expedientes clínicos de las embarazadas.
- Expedientes que no presenten la información completa sobre el paciente.
- Periodo de estudio que comprende de enero-diciembre de 2018.

V. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados fueron obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos diseñados en el estudio, tales como, la ficha de recolección de datos de los expedientes clínicos de las embarazadas ingresadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), encuestas aplicadas a las embarazadas diagnosticadas con amenaza de parto pre-término (de aquí en adelante APP), y entrevistas dirigidas a médicos y enfermeras del Hospital Primario Jacinto Hernández. De esta manera, para el procesamiento y obtención de los datos, se utilizó el programa Microsoft Excel, tomando en cuenta los indicadores y objetivos planteados en cada uno de los instrumentos aplicados en el estudio.

A continuación, los datos estadísticos, mostrados en las gráficas siguientes, fueron generados a través del procesamiento de la ficha de recolección de datos de los expedientes clínicos con la finalidad de describir las principales características socio-demográficas de las mujeres embarazadas en riesgo con APP.

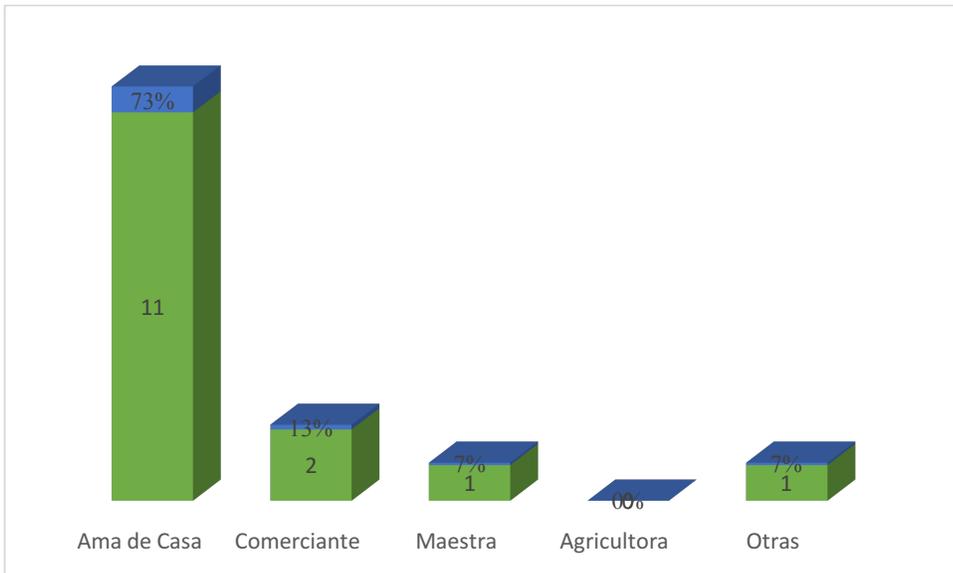
Gráfico 1. Factor Sociodemográfico: Edad



La gráfica de arriba muestra la edad de las embarazadas que fueron ingresadas en la sala de ARO, en donde el 53% de ellas tenían una edad entre los 20 a 34 años, asimismo, el 27% de las pacientes, tenían una edad menor de 20 años, y por otro lado, un 20% de las mismas, tenían una edad mayor de 35 años. Esto significa que la edad es un factor

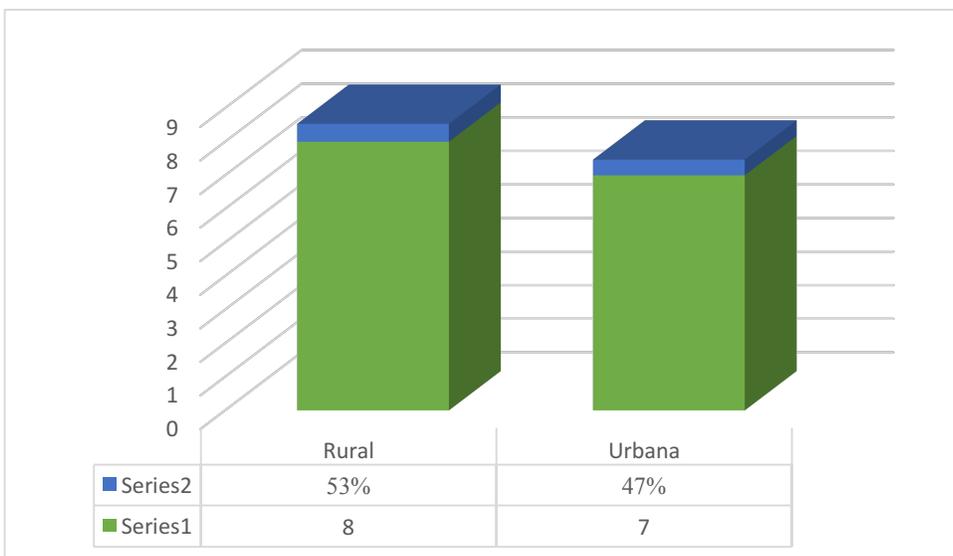
asociado a las APP, sin embargo, las embarazadas con una edad entre los 20 a 34 años, estaban más propensa a presentar una APP de alto riesgo obstétrico.

Gráfico 2. Factor Sociodemográfico: Ocupación



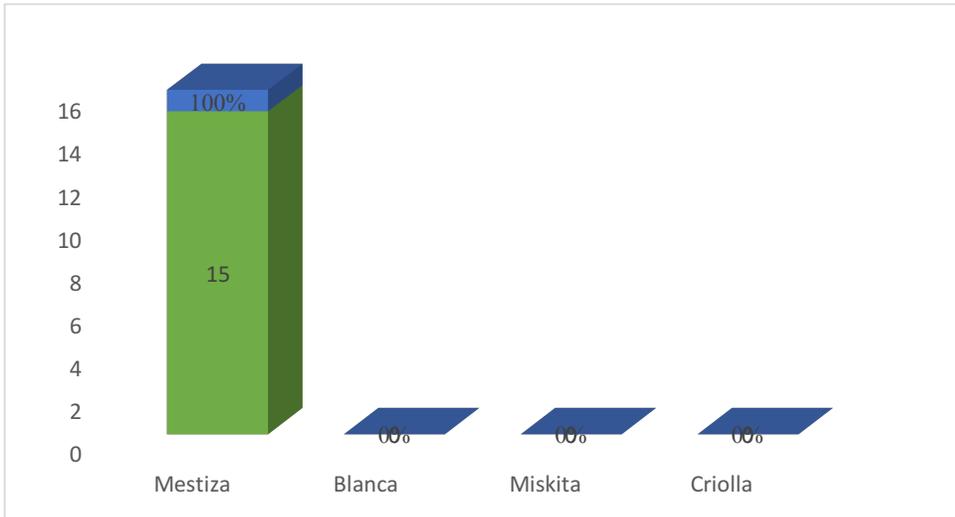
En este gráfico, se muestra que la principal ocupación de las embarazadas con APP, ingresadas en la sala de ARO, es ser Ama de Casa, considerándose así, como uno de los factores asociados en las APP.

Gráfico 3. Factor Sociodemográfico: Procedencia



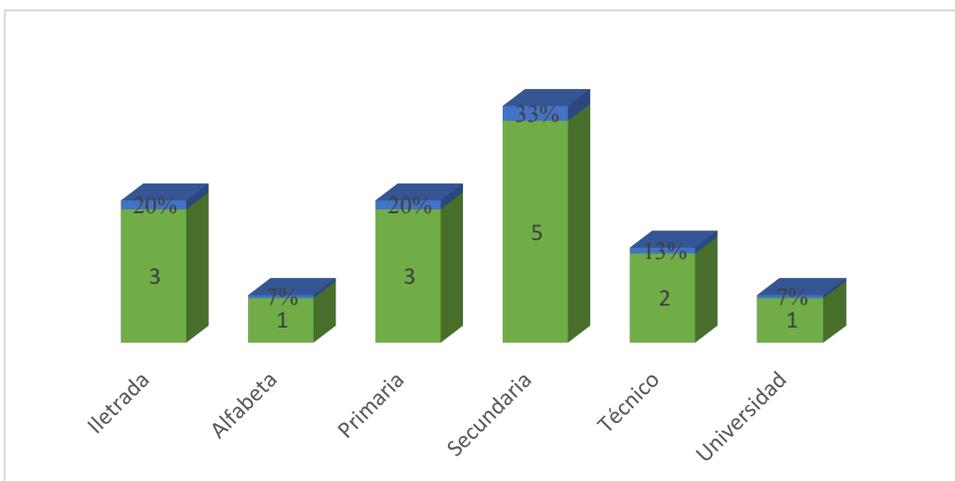
Otro de los factores que inciden en la APP, es la procedencia, tal como se muestra en la gráfica. El 53% de las embarazadas ingresadas en el periodo de enero-diciembre de 2018, son de procedencia rural y el 47% de las mismas, son provenientes de zonas urbanas.

Gráfico 4. Factor Sociodemográfico: Étnia



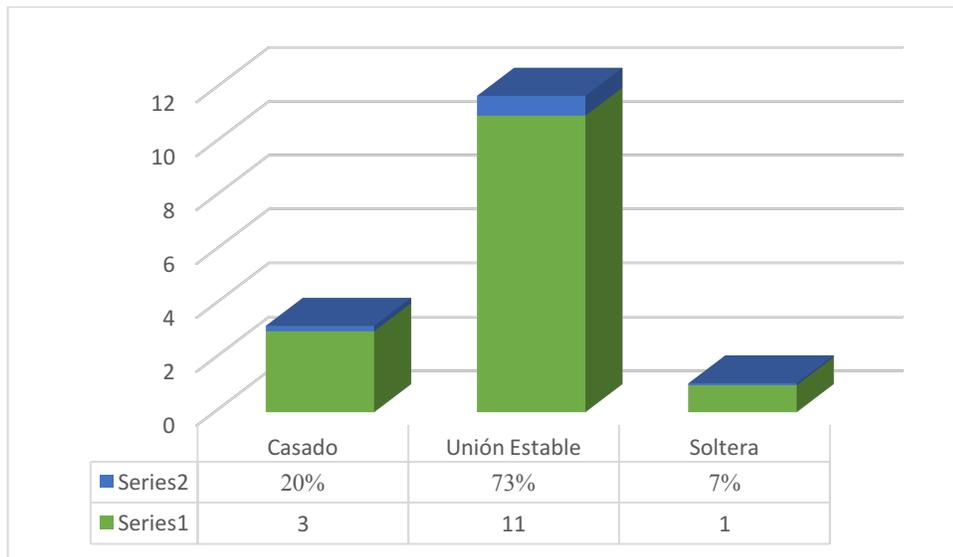
Asimismo, la étnia se considera un factor asociado a la APP. Como se puede observar en la gráfica, el 100% de las pacientes embarazadas ingresadas en la sala de ARO, son de étnia mestiza, por lo tanto, no se puede determinar y comparar el grado de asociación con las demás étnias.

Gráfico 5. Factor Sociodemográfico: Escolaridad



En la gráfica de arriba, se muestra que la escolaridad está asociada a la APP en las embarazadas. De esta manera, se puede decir que un 33% de las embarazadas involucradas en el estudio, están a un nivel de educación secundaria, también, un 20% de ellas, presenta un nivel de educación primaria y asimismo, un 20%, son iletradas, por otro lado, el 13% de las embarazadas, pesee un nivel técnico, y un 7%, presenta estudios universitarios, de igual forma, el 7%, son alfabetas.

Gráfico 6. Factor Sociodemográfico: Estado Civil



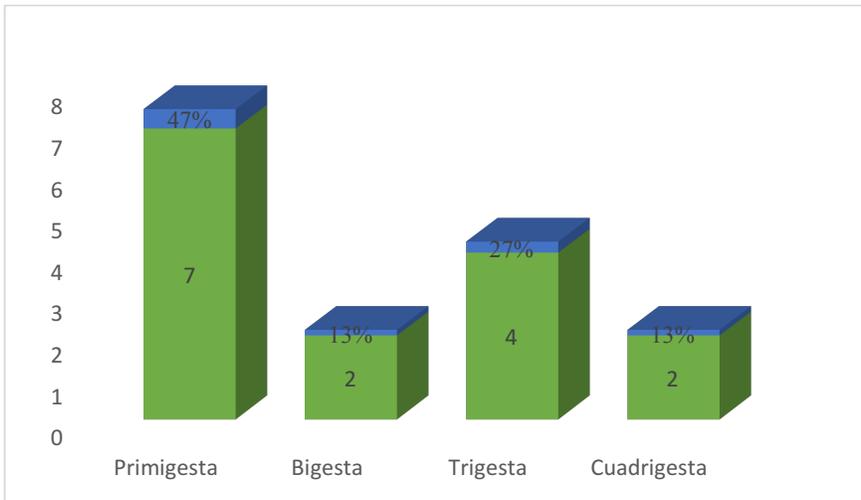
En esta gráfica se muestra que el estado civil es otro de los factores sociodemográfico que afecta a las embarazadas, especialmente a las que son diagnosticadas con APP. En el estudio realizado, el 73% de la muestra en estudio, presenta un estado de unión estable, el 20% de la misma, son casados y un 7% solteras.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a médicos y enfermeras del centro médico, los principales factores sociodemográfico son los siguientes: bajo nivel socioeconómico, embarazos a temprana edad y avanzada, alimentación, lejanía geográfica, y bajo nivel de escolaridad.

En relación a los factores gineco-obstétricos en las pacientes en estudio, se ha logrado determinar a través de la aplicación de una encuesta a las embarazadas ingresadas en la sala de ARO del Hospital Primario Jacinto Hernández y a su vez, se ha realizado un

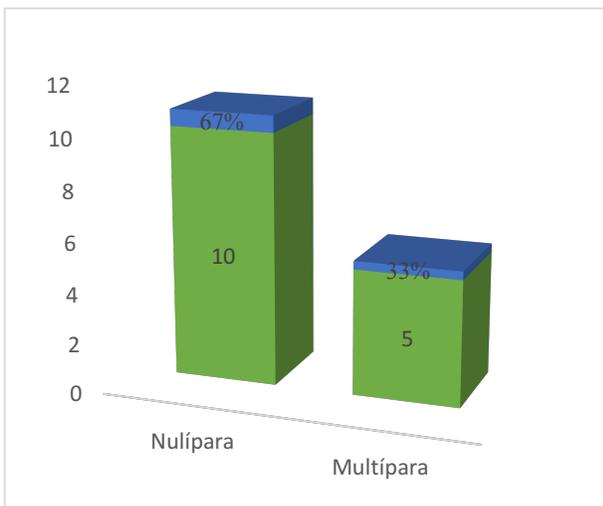
llenado de la ficha de recolección de datos de los expedientes clínicos. De tal manera, en las gráficas siguientes, se muestran alguno de los resultados obtenidos.

Gráfico 7. Factor Gineco-Obstétrico: Gestas



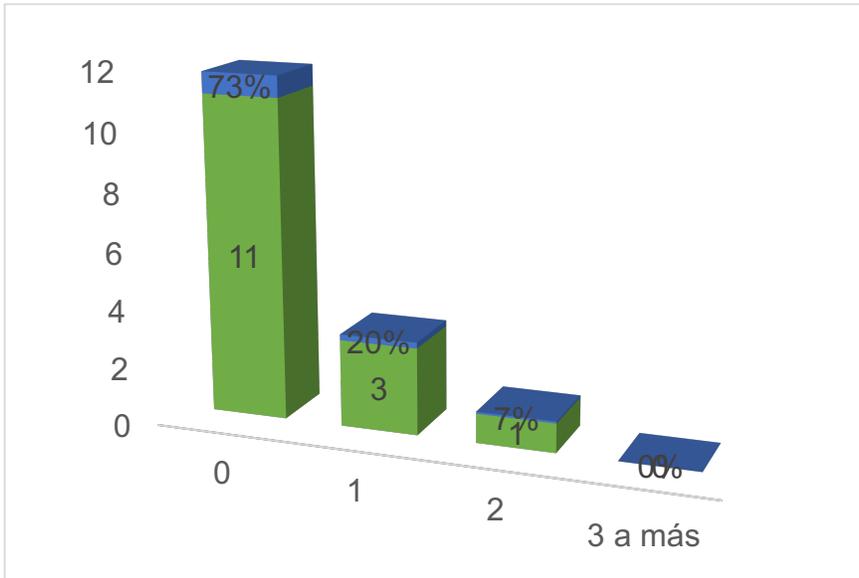
Sin duda alguna, las gestas es uno de los principales factores gineco obstétricos asociados a la APP. Como se muestra en el gráfico, el 47% de las 15 embarazadas involucradas en el estudio, son primigestas en su desarrollo del embarazo, por otro lado, el 27% de las mismas, presentaron un embarazo trigesto, también el 13%, de las pacientes presentaron una etapa bigesta y cuadrigesta. Esto quiere decir, que el mayor riesgo de APP, se da en las embarazadas primigesta.

Gráfico 8. Factor Gineco-Obstétrico: Partos



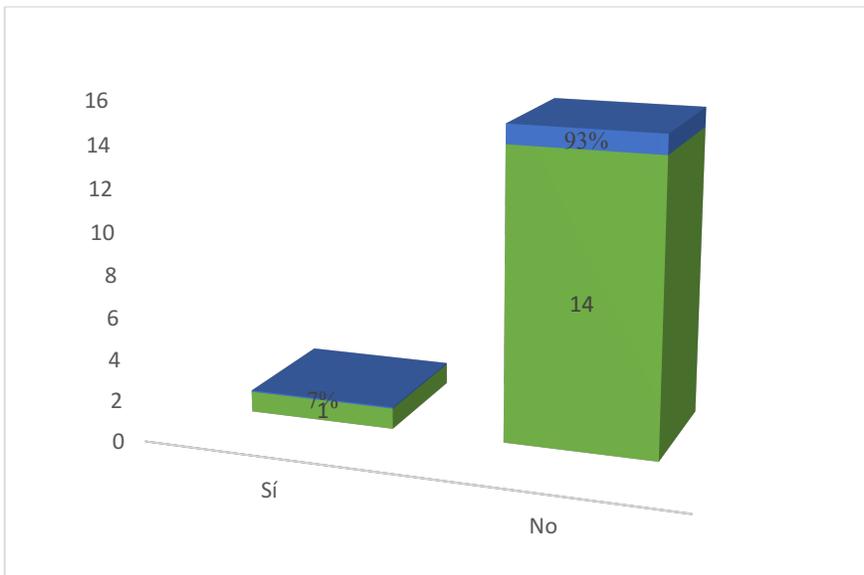
El 67% de las 15 pacientes tomadas en cuenta en el estudio, presentan un parto Nulípara y el 33% de las mismas, presentan un parto Multípara. Esto indica que las embarazadas con parto Nulípara son más propensas a una APP.

Gráfico 9. Factor Gineco-Obstétrico: Abortos Previo



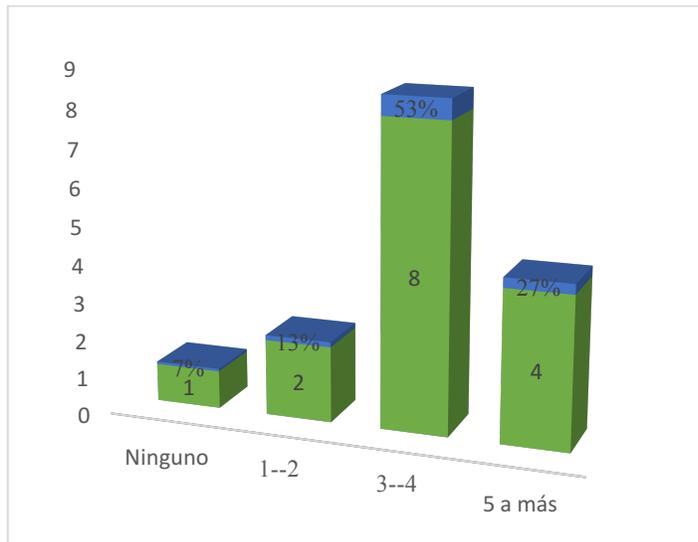
Los abortos previos en las embarazadas están asociados a una APP. Como se observa en la gráfica, el 73% 73 porcientos de las embarazadas no han tenido un aborto previo, el 20% de ellas, han tenido abortos previos, y también, el 7%, presentan abortos.

Gráfico 9. Factor Gineco-Obstétrico: Embarazo Gemelar



El embarazo gemelar es uno de los principales factores de riesgo en las embarazadas diagnosticadas con APP. En la gráfica se muestra que el 93% de las 15 pacientes, no presentaron un embarazo gemelar y el 7% de ellas, presenta un embarazo gemelar.

Gráfico 10. Factor Gineco-Obstétrico: Controles Prenatales



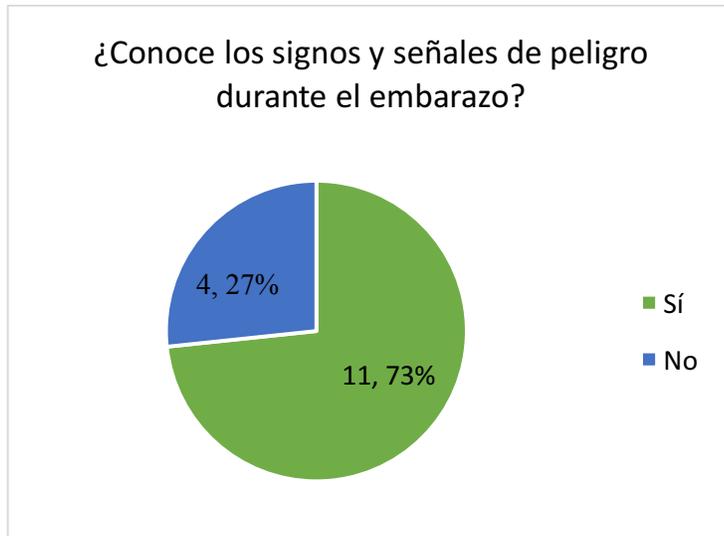
En la gráfica de arriba se muestra que el 53% de las embarazadas involucradas en el estudio, acuden entre 3 a 4 controles prenatales durante su embarazo, asimismo, el 27% de ellas, realizan más de 5 controles prenatales, por otro lado, el 13% de las embarazadas solo realizan entre 1 a 2 controles, y el 7%, no acude a ningún control prenatal. Esto indica la importancia de realizar los controles prenatales, con la finalidad de evitar un alto riesgo obstétrico en el embarazo.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a médicos y enfermeras del centro médico, los principales factores gineco obstétricos son los siguientes: infecciones vaginales, antecedentes de parto prematuro, abortos recurrentes, edad materna, embarazo múltiple, diabetes gestacional, mal formación uterina, y antecedentes de APP.

Por otro lado, para la valoración los factores de riesgo del embarazo actual, que se asocian a un incremento en la ocurrencia de APP, se aplicó una encuesta a 15 embarazadas que fueron ingresadas en la sala de ARO del Hospital Primario Jacinto Hernández, de igual forma, se realizó una entrevista a médicos y enfermeras del mismo hospital.

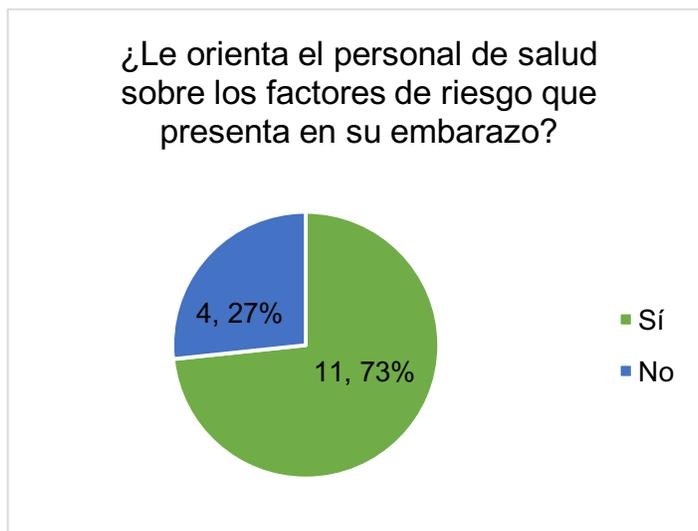
En este sentido, los resultados que se muestran a continuación están vinculados al análisis de ambos instrumentos aplicados, considerando los siguientes:

Gráfico 11. Factores de Riesgo del Embarazo Actual



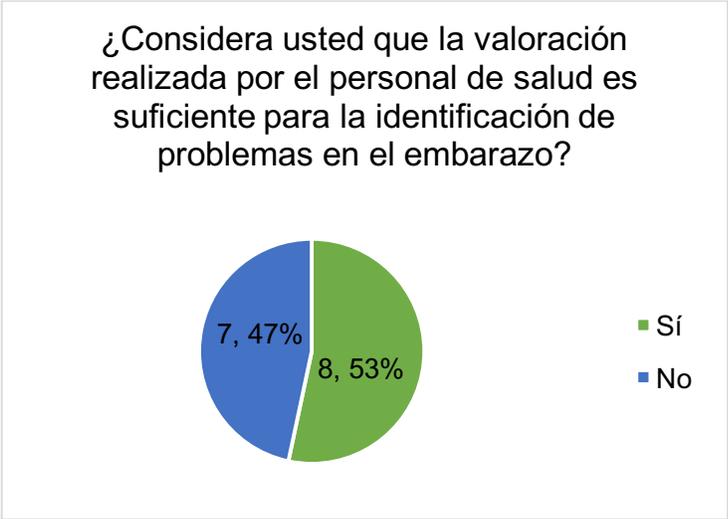
Basado en los resultados de la encuesta aplicada a 15 embarazadas, el 73%, han afirmado que conocen los signos y señales de peligro durante el embarazo, y el 27%, respondió que desconocen dichos signos y señales. Esto indica que un alto porcentaje de las pacientes, están pendientes en el desarrollo de su embarazo, lo cual ayuda en la prevención de riesgo y muertes fetales y maternas.

Gráfico 12. Factores de Riesgo del Embarazo Actual



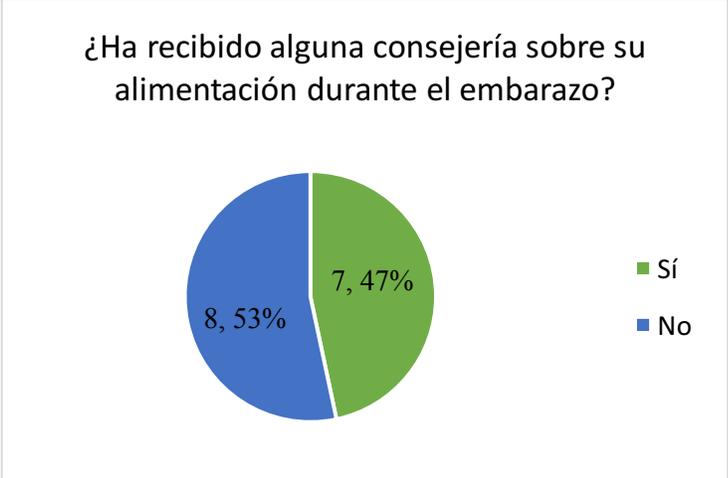
Para la reducción de muertes maternas, el personal de salud juega un papel muy importante, ya que son ellos los que se encargan de orientar sobre los factores de riesgo en el embarazo y dar seguimiento a las embarazadas con APP. En el encuesta realizada, se indica que el 73% de las 15 embarazadas involucradas, han afirmado que el personal de salud orienta sobre los factores de riesgo que se presentan y un 27%, afirmó que no son orientadas de los diversos riesgos en sus embarazos.

Gráfico 13. Factores de Riesgo del Embarazo Actual



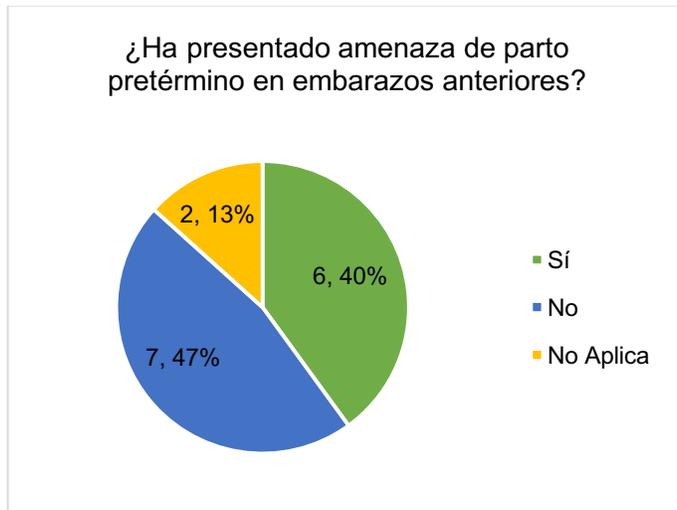
En la grafica de arriba, se muestra que la valoración realizada por el personal de salud es suficiente para la identificación de riesgos en el embarazo, donde el 53% de las 15 embarazadas encuestadas, han afirmado positivamente en este indicador, por lo contrario, un 47% de ellas, afirman que la valoración relaizada no es suficiente.

Gráfico 14. Factores de Riesgo del Embarazo Actual



En esta gráfica se muestra que la alimentación es un factor asociado a la APP, en este sentido, una APP puede ser evitada mediante consejerías a las embarazadas. En la encuesta realizada, el 53% de las encuestadas, afirman que no han recibido alguna consejería sobre su alimentación y el 47%, afirma que si han recibido consejerías sobre la alimentación durante el embarazo.

Gráfico 14. Factores de Riesgo del Embarazo Actual



La APP es una de las principales causas de las muertes maternas, como se puede observar, los resultados de la encuesta aplicada a 15 embarazadas, muestra que el 40% de ellas han presentado una APP, el 47% no ha presentado y el 13%, no aplica para la valoración.

En relación a los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a médicos y enfermeras del centro médico, se muestran algunas alternativas de prevención de los factores de riesgo en embarazos actuales: planificación familiar, tomar abundante líquido, dieta balanceada, llevar una vida sexual saludable, realizar los controles prenatales, realizar consejería de medidas de prevención de riesgos, acudir al ginecólogo con frecuencia, y acudir a la unidad de salud más cercana, en caso de peligro en el embarazo.

VI. CONCLUSIONES

Después del procesamiento y análisis de los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados en el estudio titulado: Factores de Riesgo Asociados a la Amenaza de Parto Pre-término (APP) en Pacientes Atendidas en Sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), del Hospital Primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, en el período comprendido enero-diciembre 2018, con el objetivo principal de analizar los factores de riesgo asociados en APP en mujeres atendidas en el Servicio de ARO, las siguientes conclusiones han sido generadas:

- ✓ Los principales factores que están asociado a la APP en las embarazadas atendidas en la sala de ARO del Hospital Primario Jacinto Hernández, son sociodemográficos, gineco obstétricos, y psicosociales.
- ✓ Los factores sociodemográficos que más repercuten en las embarazadas con APP, se destacan los siguientes: bajo nivel socioeconómico, embarazos a temprana edad y avanzada, alimentación, lejanía geográfica, bajo nivel de escolaridad y el estado civil.
- ✓ Los principales factores gineco obstétricos que están vinculados en las embarazadas diagnosticadas con una APP, son los que se describen a continuación: infecciones vaginales, antecedentes de parto prematuro, abortos recurrentes, edad materna, embarazo múltiple, diabetes gestacional, mal formación uterina, antecedentes de APP, abortos previos, y embarazo gemelar.
- ✓ De igual manera, los principales factores psicosociales que se asocian a un alto riesgo de parto, son el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la alimentación, y el nivel socioeducativo.
- ✓ La mayoría de las embarazadas atendidas en la sala de ARO, han sido informadas sobre los principales factores riesgos en el embarazo.
- ✓ Asimismo, las embarazadas involucradas en el estudio conocen los signos y señales de peligro en el embarazo.
- ✓ También, se puede argumentar que las embarazadas atendidas en el periodo enero-diciembre 2018, han recibido consejería de alimentación durante sus embarazos.

- ✓ Finalmente, las embarazadas ingresadas por APP, han presentado una APP en partos anteriores.

Como resultado final, se puede argumentar que los factores asociados a la amenaza de parto pre-término pueden ocasionar diversas complicaciones en el parto, tanto enfermedades de larga duración a la madre y al niño/a como hasta provocarles la muerte. Sin lugar a duda, son complicaciones que pueden ser evitadas, siguiendo las indicaciones correspondientes dadas por los médicos y enfermeras/os en cada una de las unidades de salud y hospitales.

VII. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones propuestas en este estudio van dirigidas a generar algunas alternativas de prevención de los factores de riesgo en embarazos actuales.

A las unidades de salud y hospitales:

- ⇒ Realizar consejerías y charlas educativas sobre los principales factores de riesgo asociados a la amenaza de parto-pretérmino en las embarazadas.
- ⇒ Promover charlas educativas que eviten los embarazos a temprana edad, así como los procesos de planificación familiar.
- ⇒ Visitar a embarazadas en las diversas comunidades rurales y garantizar los controles prenatales y valoraciones gineco obstétricas.
- ⇒ Si una embarazada con APP se presenta a la unidad de salud más cercana, atenderla de forma inmediata.

A embarazadas y no embarazadas en edad fértil:

- ⇒ Indagar sobre los principales factores de riesgo en el embarazo y sus posibles consecuencias.
- ⇒ Atender charlas y consejerías sobre factores de riesgo asociados a la APP, y nutrición en el embarazo, desarrolladas por las unidades de salud.
- ⇒ Visitar con frecuencia al ginecólogo, para la valoración antes y durante un embarazo.
- ⇒ Acudir a todos los controles prenatales indicados por el médico durante su embarazo.
- ⇒ No consumir, alcohol, tabaco, o drogas, antes y durante un embarazo.

VIII. LISTA DE REFERENCIAS

- Matamoros, L.& Obando, C (2018) Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en adolescentes atendidas en el hospital Bertha Calderón, Managua abril-junio de 2015. (Monografía de pregrado, Universidad Nacional de Nicaragua-Managua). Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/9237/1/98625.pdf>
- Calero, L. & Hernández, G. (2017) Factores de Riesgo Asociados a Amenaza de Parto Pretérmino en Mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gaspar García Laviana, Rivas en el periodo comprendido desde Julio a Diciembre del año 2014. (Monografía de pregrado, Universidad Nacional de Nicaragua-Managua). Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/4550/1/96763.pdf>
- García, J. (2015) Factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en adolescentes ingresadas en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO) del Hospital Bertha Calderón Roque junio 2014 a enero 2015. (Monografía de pregrado, Universidad Nacional de Nicaragua-Managua). Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/6179/1/74394.pdf>
- García D. (2018) Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 – junio 2017 (Monografía de pregrado, Universidad Ricardo Palma). Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1271/70%20TESIS%20GARCIA%20VARGAS.pdf?sequence=1>
- Huanca, E. (2018) Factores de riesgo materno asociados a parto pretérmino espontáneo en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016 (Monografía de pregrado, Universidad Ricardo Palma). Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1162/TESIS%20Huanca%20Huanca%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Balladares, F & Chacón, V. (2016) Prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente

Corral Moscoso, en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. (Monografía de pregrado, Universidad de Cuenca). Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25572/1/PROYECTO%20ODE%20INVESTIGACION.pdf>

Organización Mundial de la salud (2018, febrero 18). Nacimientos prematuros. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (2014, 2018). Parto pretérmino. Recuperado de [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso Part0 Pretermino.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Part0 Pretermino.pdf)

Gabriela Quirós González, Raúl Alfaro Piedra, Mariela Bolívar Porras y Natalia Solano Tenorio (2015). Aamenaza de parto pretérmino. Revista de Medicina Tall. Extradidoo el 23 de diciembre de 2020 de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>

1Médico Cirujano, Área de Salud Guatuso, Caja Costarricense de Seguro Social. Correo: gabrielaqg@gmail.com 2Medico Asistente en Ginecología y Obstetricia, Hospital Calderón Guardia,

IX. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE (URACCAN), RECINTO NUEVA GUINEA

Ficha de recolección de datos de expediente clínicos

Factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pre-término en pacientes atendidas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico, del hospital primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, en el período comprendido enero-diciembre 2018.

1. Características sociodemográficas

Edad: < 20 años: _____ 20-34 años _____ > 35 años _____

Etnia:

Mestiza: _____ Blanca: _____ Miskita: _____ Criolla: _____ Otras: _____

Ocupación

Ama de casa: _____ Comerciante: _____ Maestra: _____ Agricultora: _____ Otras: _____

Escolaridad

Iletrada: _____ Alfabeta: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnico _____

Universitaria: _____

Procedencia

Urbana: _____ Rural: _____

Estado civil

Casado: _____ Unión estable: _____ Soltera: _____

2. Factores gineco-obstétricos

Gestas

Primigesta: _____ Bigesta: _____ Trigesta: _____ Cuadrigesta _____

Gran multigesta: _____

Partos

Nulípara: _____ Multípara: _____

Embarazo gemelar

Sí: _____ No: _____

Abortos previos

Sí _____ 1 (), 2 (), 3 o más () No _____

Controles prenatales

1-2: _____ 3-4: _____ 5 a más: _____ Ninguno: _____

Amenaza de parto pretérmino en embarazos anteriores

Sí _____ No _____

3. Factores de riesgo del embarazo actual

Estado nutricional IMC

Bajo peso: _____ Normo peso: _____ Sobrepeso: _____ Obesidad grado 1: _____

Obesidad grado 2: _____ Obesidad mórbida: _____

Síndrome hipertensivo gestacional.

Sí: _____ No: _____

Infección de vías urinarias

Sí: _____ No: _____

4. Factores Psicosociales

Stress

Sí _____ No _____

Alimentación deficiente

Sí _____ No _____

consumo de tóxicos

Sí _____ No _____

5. Antecedentes personales no patológicos

Tabaquismo

Sí _____ No _____

Drogadicción

Sí _____ No _____

Alcoholismo

Sí _____ No _____



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
(URACCAN), RECINTO NUEVA GUINEA**

Ficha de recolección de datos de expediente clínicos

Factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico, del hospital primario Jacinto Hernández, Nueva Guinea, en el período comprendido enero-diciembre 2018.

1. Características sociodemográficas

Edad: < 20 años: 20-34 años > 35 años

Etnia:

Mestiza: Blanca: Miskita: Criolla: Otras:

Ocupación

Ama de casa: Comerciante: Maestra: Agricultora: Otras:

Escolaridad

Iletrada: Alfabeta: Primaria: Secundaria: Técnico

Universitaria:

Procedencia

Urbana: Rural:

Estado civil

Casado: Unión estable: Soltera:

2. Factores gineco-obstétricos

Gestas

Primigesta: Bigesta: Trigesta: Cuadrigesta

Gran multigesta:

Partos

Nulípara: Multípara:

Embarazo gemelar

Sí: No:

Abortos previos

Sí _____ 1 (), 2 (), 3 o más () No

Controles prenatales

1-2: _____ 3-4: 5 a más: _____ Ninguno: _____

Amenaza de parto pretérmino en embarazos anteriores

Sí _____ No

3. Factores de riesgo del embarazo actual

Estado nutricional IMC

Bajo peso: _____ Normo peso: Sobrepeso: _____ Obesidad grado 1: _____ Obesidad grado 2: _____ Obesidad mórbida: _____

Síndrome hipertensivo gestacional.

Sí: _____ No:

Infección de vías urinarias

Sí: No: _____

4. Factores Psicosociales

Stress

Sí No _____

Alimentación deficiente

Sí _____ No

consumo de tóxicos

Sí _____ No

5. Antecedentes personales no patológicos

Tabaquismo

Sí _____ No

Drogadicción

Sí _____ No

Alcoholismo

Sí _____ No



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE (URACCAN), RECINTO NUEVA GUINEA

Entrevista a Médicos y Enfermeras

La presente entrevista tiene la finalidad de determinar los factores gineco-obstétricos en las pacientes y valorar los factores de riesgo del embarazo actual, que se asocien a un incremento en la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino en el periodo de enero-diciembre 2018.

1. ¿Cuáles son los principales factores sociodemográficos que inciden en la Amenaza de Parto Pre-termino?
2. ¿Cuáles son los principales factores gineco-obstétricos que inciden en la APP?
3. ¿De qué manera los controles prenatales inciden en la prevención de la APP?
4. Una vez realizado el control prenatal y la identificación de factores de riesgo en el embarazo ¿cuál es el procedimiento a seguir? Explique.
5. ¿Qué alternativas de prevención de factores de riesgo recomienda?



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
(URACCAN), RECINTO NUEVA GUINEA

Entrevista a Médicos y Enfermeras

La presente entrevista tiene la finalidad de determinar los factores gineco-obstétricos en las pacientes y valorar los factores de riesgo del embarazo actual, que se asocien a un incremento en la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino en el periodo de enero-diciembre 2018.

1. ¿Cuáles son los principales factores sociodemográficos que inciden en la Amenaza de Parto Pre-termino?
 - Extremas de edades $<20a$ >35
 - Multiparidad
 - Bajo nivel Socioeconómico
 - Lejanía Geográfica
 - Malos hábitos higiénicos
 - Bajo nivel de escolaridad
2. ¿Cuáles son los principales factores gineco-obstétricos que inciden en la APP?
 - IUU Recurrente
 - enf. periodontales
 - Antecedente de cesáreas
 - Antecedente de Parto prematuro.
 - SHG
 - trastornos metabólicos
 - Reto macrosómico
3. ¿De qué manera los controles prenatales inciden en la prevención de la APP?

Durante los controles prenatales se pueden detectar infecciones asociadas a las APP, y otros factores de riesgo y se pueden prevenir las APP
4. Una vez realizado el control prenatal y la identificación de factores de riesgo en el embarazo ¿cuál es el procedimiento a seguir? Explique.
 - Si el factor de riesgo es identificado se debe referir oportunamente para valoración especializada.
5. ¿Qué alternativas de prevención de factores de riesgo recomienda?
 - Embarazos con planificación
 - captaciones tempranas de embarazo
 - consultas regulares
 - seguimiento oportuno de la embarazada



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
(URACCAN), RECINTO NUEVA GUINEA**

Encuesta

Estimada paciente, la presente encuesta tiene la finalidad de determinar los factores de riesgo en las pacientes embarazadas que se asocian a un incremento en la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino en el periodo de enero-diciembre 2018.

1. Datos Generales:

Edad: _____ **Procedencia: Urbana** _____ **Rural** _____

Etnia:

Mestiza		Blanca		Miskita		Criolla		Otras	
---------	--	--------	--	---------	--	---------	--	-------	--

Ocupación:

Ama de casa _____ Comerciante _____ Maestra _____ Agricultora _____ Otras _____

Escolaridad:

Iletrada: ___ Alfabeta: ___ Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnico ___ Universidad: _____

Estado civil

Casado: _____ Unión estable: _____ Soltera: _____

2. Factores de riesgo en embarazadas:

a. ¿Conoce usted la importancia de los controles prenatales?

Sí _____ No _____

b. ¿Conoce los signos y señales de peligro durante el embarazo?

Sí _____ No _____

c. ¿Le orienta el personal de salud sobre los factores de riesgo que presenta en su embarazo?

Sí _____ No _____

d. ¿Considera usted que la valoración realizada por el personal de salud es suficiente para la identificación de problemas en el embarazo?

Sí _____ No _____

e. ¿Ha recibido alguna consejería sobre su alimentación durante el embarazo?

Sí _____ No _____

f. ¿Con que frecuencia acude a sus controles prenatales?

Nunca _____ Cada Mes _____ Cada 2 Meses _____

g. ¿Ha tenido alguna visita por parte del personal de salud en la inasistencia a sus controles prenatales?

Sí _____ No _____

h. ¿Cuándo acude a la unidad de salud, es atendida de manera inmediata?

Sí _____ No _____

i. ¿Ha presentado amenaza de parto pre-término en embarazos anteriores?

Sí _____ No _____ No Aplica _____

j. ¿Ha sido diagnosticada con alguna patología crónica? Indique las patologías, si lo amerita.

Sí _____ No _____

HTA

Diabetes

Nefropatía

Cardiopatía

VIH

Asma

Epilepsia

Otras



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
(URACCAN), RECINTO NUEVA GUINEA

Encuesta

Estimada paciente, la presente encuesta tiene la finalidad de determinar los factores de riesgo en las pacientes embarazadas que se asocian a un incremento en la ocurrencia de amenaza de parto pretérmino en el periodo de enero-diciembre 2018.

1. Datos Generales:

Edad: 27 Procedencia: Urbana Rural _____

Etnia:

Mestiza	<input checked="" type="checkbox"/>	Blanca		Miskita		Criolla		Otras	
---------	-------------------------------------	--------	--	---------	--	---------	--	-------	--

Ocupación:

Ama de casa _____ Comerciante _____ Maestra _____ Agricultora _____ Otras Enfermera

Escolaridad:

Iletrada: _____ Alfabeta: _____ Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnico _____ Universidad:

Estado civil

Casado: _____ Unión estable: _____ Soltera:

2. Factores de riesgo en embarazadas:

a. ¿Conoce usted la importancia de los controles prenatales?

Sí No _____

b. ¿Conoce los signos y señales de peligro durante el embarazo?

Sí No _____

c. ¿Le orienta el personal de salud sobre los factores de riesgo que presenta en su embarazo?

Sí No _____

d. ¿Considera usted que la valoración realizada por el personal de salud es suficiente para la identificación de problemas en el embarazo?

Sí No _____

e. ¿Ha recibido alguna consejería sobre su alimentación durante el embarazo?

Sí _____ No

f. ¿Con que frecuencia acude a sus controles prenatales?

Nunca _____ Cada Mes Cada 2 Meses _____

g. ¿Ha tenido alguna visita por parte del personal de salud en la inasistencia a sus controles prenatales?

Sí _____ No

h. ¿Cuándo acude a la unidad de salud, es atendida de manera inmediata?

Sí No _____

i. ¿Ha presentado amenaza de parto pretérmino en embarazos anteriores?

Sí _____ No _____ No Aplica

j. ¿Ha sido diagnosticada con alguna patología crónica? Indique las patologías, si lo amerita.

Sí _____ No

- HTA
- Diabetes
- Nefropatía
- Cardiopatía
- VIH
- Asma
- Epilepsia
- Otras



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE
NICARAGÜENSE

AVAL
CONSENTIMIENTO PREVIO, LIBRE E INFORMADO PARA INVESTIGAR Y PUBLICAR

El Territorio/Comunidad/Empresa/Barrio Hospital Primario Jacinto Hernández del municipio de Nueva Guinea, RACCS por medio del presente escrito, otorga el consentimiento previo, libre e informado a URACCAN para que se realice la investigación titulada: Factores de Riesgo Asociados a la Amenaza de Parto Pre-Término en Pacientes Atendidas en Sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Primario Jacinto Hernández, Periodo enero - diciembre 2018,

Con el objetivo de:

Analizar los Factores de Riesgo Asociados a la Amenaza de Parto Pre-Término en Pacientes Atendidas en Sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Primario Jacinto Hernández, Periodo enero - diciembre 2018, la cual se desarrollará de enero a diciembre de 2018.

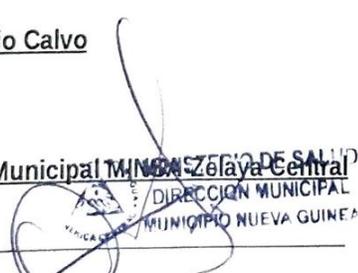
Información que será utilizada única y exclusivamente con fines académicos.

Las instancias correspondientes autorizan la publicación de los resultados de la investigación, previa validación de los resultados en la comunidad/organización.

Nombre y apellido del representante:

Dr. Diego Antonio Calvo

Cargo: Director Municipal MUNICIPIO DE SALUD

Firma y Sello: 

Lugar: Hospital Primario Jacinto Hernández

Fecha: Enero 2018