



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA**

**CAUSAS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DE
LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO "DR. THELMO
MORENO", BARRANCAS, MUNICIPIO CRUZ PAREDES ESTADO
BARINAS JUNIO - SEPTIEMBRE 2011.**

TUTOR:

Dra. CLEOTILDE, JERÉZ

AUTORES:

BELISARIO, JESÚS ALBERTO
PEÑA GONZÁLEZ, CORA ANDREINA
TORRES UZCATEGUI, JOSÉ LUIS

Barrancas, Agosto del 2011



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
AREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA**

**CAUSAS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DE
LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO "DR. THELMO
MORENO", BARRANCAS, MUNICIPIO CRUZ PAREDES ESTADO
BARINAS JULIO - SEPTIEMBRE 2011**

TUTORA:

M.E. CLEOTILDE, JERÉZ

AUTORES:

BELISARIO, JESÚS ALBERTO
PEÑA GONZÁLEZ, CORA ANDREINA
TORRES UZCATEGUI, JOSÉ LUIS

ASERORA:

LIC. GLEDIA AROCHA

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al Título de Médico
Cirujano.

Barrancas, Agosto del 2011



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA**

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

**CAUSAS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DE
LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO "DR. THELMO
MORENO", BARRANCAS, MUNICIPIO CRUZ PAREDES ESTADO
BARINAS JULIO - SEPTIEMBRE 2011.**

AUTORES:

Belisario Jesús Alberto
Peña González Cora Andreina
Torres Uzcáteguí José Luís

Acepto la tutoría del presente trabajo de grado según las condiciones y normas establecidas por el Área Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

M.E GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Cleotilde Jerez Uzcategui

Firma
C.I: V-4.261.505



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA**

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL ASESOR

**CAUSAS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DE
LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO "DR. THELMO
MORENO", BARRANCAS, MUNICIPIO CRUZ PAREDES ESTADO
BARINAS JULIO - SEPTIEMBRE 2011.**

AUTORES:

Belisario Jesús Alberto
Peña González Cora Andreina
Torres Uzcatagui José Luís

Acepto la asesoría del presente trabajo de grado según las condiciones y
normas establecidas por el Área Ciencias de la Salud de la Universidad
Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

Lic. Educación Mención Metodología
Gledia Arocha

Firma
C.I: V-3.187.879



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA**

ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

En la Población de Coro Estado Falcón, el día 04 del Mes de Noviembre del 2011, siendo las 8:30 am, se reunieron los Profesores:

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE IDENTIDAD
1	Noris Navas de Córdova	V-2.817.641
2	Mirian Evelyn Jiménez Medina	V - 7.475.212

Para constituirse en el Jurado Evaluador del Trabajo de Grado Titulado
"CAUSA DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO URBANO TIPO I "DR. THELMO MORENO" BARRANCA MUNICIPIO CRUZ PAREDES BARINAS PERIODO JULIO- SEPTIEMBRE BARINAS 2011"

Presentado por los alumnos del Área Ciencias de la Salud, Programa de Medicina, que a continuación se mencionan:

Autores	Cedula de Identidad	Calificaciones Parciales		Calificación Definitiva
		J1	J2	
Belisario Jesús Alberto	V-18.288.916			
Peña González Cora Andreina	V-18.560.147			
Torres Uzcátegui José Luis	V-18.054.837			

Trabajo que se presenta, a los fines de optar al Título de Medico Cirujano de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

Mención otorgada por el Jurado Evaluador: _____

Firma del Jurado Evaluador

Jurado N° 1

Jurado N° 2

Firma y Sello de Dirección de Programa

DEDICO ESTE TRABAJO A:

A Dios padre, por haberme permitido tomar el sendero de esta hermosa profesión, para cual me estoy formando y ser un médico: haberme dado la dicha de tener unos padres que han sido mi ejemplo a seguir en su lucha por hacer el bien a los demás.

*A mi **Papa** que con tu sabiduría me enseñaste a asumir los riesgos y vivirlos, con el fin de lograr mis metas. Siempre me diste tu apoyo. Sé que aun desde el cielo sigues apoyándome, a ti que me enseñaste que para ser un gran sabio debo ser un gran aprendiz y fui. Bendición papí!*

*A mi **Madre**, Betsabe, quien me dio la vida, y siempre me acompañas en todas mis metas, siempre estas a mi lado en las buenas y en las malas, eres mi guía, y eres el motivo que impulsa a seguir adelante. “con tu fortaleza eres la base de todos mis logros. Tu lucha es mi ejemplo”. Te amo mamá!*

*A mi **hermano** quien me llevo a coro y siempre me vio con ojos de grandeza, lo logre!*

*A **marí**, quien me apoyo, me ayudo y me animo ante todo momento, eres una integrante más en nuestra tesis, eres esa palabra de aliento que se espera escuchar gracias por estar conmigo te quiero mucho.*

*El Tiempo es un Recurso Natural No renovable
Por lo tanto debemos aprovecharlo
Dios te ¡bendiga papa!*

Cora Andreína Peña González

DEDICATORIA

- ✓ *A **Díos** padre creador, por haber moldeado mi vida y permitirme tomar el sendero de esta hermosa profesión, para cual me estoy formando y así ser médico de obra y corazón.*
- ✓ *A mi **Madre**, por su apoyo inestimable.*
- ✓ *A mi **Padre**, por sus obras dedicadas.*
- ✓ *A mis **Hermanos**, por confiar e impulsar cuando el tiempo lo necesitaba.*
- ✓ *A mis **Pacientes**, por dejar en mis manos esas preciosas vidas.*
- ✓ *A **Betsabe** y a **Mariángel** por ser miembros honorarios de este gran equipo de trabajo.*
- ✓ *A ti que aun si estar presente me apoyaste en todo momento.*
- ✓ *Finalmente a todas aquellas personas que con su aporte permitieron que hoy yo esté aquí.*

José Luis Torres Uzcateguí.

DEDICATORIA

Lleno de felicidad por esta meta lograda, con tropiezos y caídas muchas veces lloraba, creyendo que no podía pero al fin fue alcanzada. Con empeño y esperanza de conseguir la victoria, luchaba a toda costa contra maltratos y amenazas. Después de todo estoy feliz por la mención anhelada, hoy quiero agradecer a las personas que me apoyaban, dándome la motivación para que nunca abandonara.

Primeramente **DIOS TODOPODEROSO**, quien derramó sobre mí su sabiduría, me enseñó que el sentido de la vida no es sólo disfrutar, sino ayudar a aquella persona que lo necesita, me guió en los caminos oscuros para encontrar la luz de un lindo paraíso donde me esperaba un sinfín de maravillas, gracias Padre.

A mi hermosa **MADRE**, mi razón de vida, quien con su ejemplo de esfuerzo y lucha despertó en mí el sentido de constancia para lograr mis metas trazadas.

A mi **abuelo RICARDO (papá) y CAROLINA (abuela)**, los viejos de la casa, que me consintieron como nieto, me llevaron de la mano a conocer lo tan hermoso que es una familia, hoy desde el cielo estoy seguro que juntos están celebrando este triunfo que también es de ustedes.

A mi amada **HERMANA**, su apoyo incondicional en todo momento, y por regalarme esas dos hermosas sobrinas que llenan de alegría mi vida con sus juegos y risas.

A mis tíos **Yindyra y Giovanni**, quienes dieron lo mejor de sí por verme crecer y superarme.

Al mi **futura hija**, que será la luz de mis ojos mi razón de ser feliz mi razón de continuar con mi superación, anhelando tu llegada, te bendigo en nombre de Dios.

A mis profesores en especial a la licenciada **ESTHER AÑEZ**, quien con sus palabras ofrece más que un consejo, quien con su invitación a ser mejor cada día, crea el entusiasmo de continuar adelante.

A la **UNEFM, al HUAVG, HUMO, HULR**, por abrirme sus puertas y obtener los conocimientos necesarios para mi formación.

A mis **amigos** quienes estuvieron en los mejores momentos de este camino dándonos el apoyo para que todos llegáramos al final.

JESÚS BELISARIO

**SE AGRADECE POR SU CONTRIBUCIÓN PARA EL DESARROLLO DE
ESTA TESIS A:**

- ✓ *Ante todo a **Díos**, por guiarnos en este largo recorrido, agradecidos estamos a ti padre, por permitirnos lograr esta meta. Que aunque no fue fácil, con tu ayuda hoy estamos aquí. Por haber puesto en nuestro camino a personas, que han sido instrumentos para la realización de nuestro sueño.*
- ✓ *A nuestros **padres**, que junto con su apoyo y confianza, siempre estuvieron en nuestros momentos de lucha y debilidad.*
- ✓ *A nuestros **familiares** que algún momento nos tendieron mano.*
- ✓ *A la **UNEFM**, que siendo nuestra casa de estudio, nos permitió desarrollar nuestra vida académica dentro de la institución.*
- ✓ *A **Mariangel Márquez** quien participo en este proyecto como una integrante más del grupo gracias por tus gran ayuda y dedicación*
- ✓ *Y a todos aquellos que de alguna manera han sido parte de este duro camino, A la Dra. **María Teresa Babío**, quien confió en nosotros como pioneros de nuestra extensión en barinas; Dra. **Cleotilde Jerez** nuestra tutora quien fue guía y apoyo en nuestra carrera; Dr. **José Gregorio Hernández** quien lastimosamente no nos acompaña díos lo bendiga y lo tenga en la gloria; El personal que labora dentro del ambulatorio “Dr. **Thelmo moreno**”,*
- ✓ *A nuestras **queridas pacientes**. , que nos apoyaron y brindarnos de una u otra manera una mano amiga, para realización de nuestras TESIS sin importar ni pedir nada a cambio, por invitarnos a hacer las cosas mejor cada día y a crecer como persona y como profesional.*

Los Autores

ÍNDICE

	Págs.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	ix
ÍNDICE	x
LISTA DE TABLA	xi
RESUMEN	xii
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	14
OBJETIVOS	36
MARCO METODOLÓGICO	37
MATERIALES Y MÉTODOS	38
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas		Pág.
1	Distribución por Edad de las Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011.	41
2	Distribución Según el Estado Civil de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011	42
3	Distribución Según el Grado de Instrucción Académica de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011.	42
4	Nivel Socioeconómico Según GRAFFAR en Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011.	43
5	Según Antecedentes Personales de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011.	43
6	Antecedentes Gineco-Obstétricos de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011	44
7	Hábitos Psicobiológicos de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011.	45
8	Distribución por Número de Embarazos de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011.	45
9	Edad Gestacional Actual de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del AUI “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011.	52
10	Según Complicaciones en el Embarazo de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del AUI “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011.	46



CAUSAS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO “DR. THELMO MORENO”, BARRANCAS, MUNICIPIO CRUZ PAREDES ESTADO BARINAS JUNIO - SEPTIEMBRE 2011.

AUTORES: Belisario, Jesús Alberto

Peña González, Cora Andreina

Torres Uzcategui, José Luis

TUTOR: Dra. Cleotilde Jerez Uzcategui

RESUMEN

La Amenaza de Parto Pretérmino constituye un problema de salud pública a nivel mundial, manteniéndose a su vez como problemática para los obstetras y neonatólogos, por las dificultades relacionadas con: la fisiología, patología; atención a los pretérminos y al igual que el pronóstico de la muestra. El objetivo de esta investigación fue Determinar las causas de **Amenaza de Parto Pretérmino** en pacientes que acuden a la consulta prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno”, Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas. Julio - Septiembre 2011. Estudio descriptivo, enmarcado dentro del diseño de campo transversal; se incluyeron 100 gestantes con edades comprendidas entre 14-39 años de edad, con múltiples factores de riesgo para la amenaza de Parto Pretérmino y edad gestacional, entre las 20 a 36 semanas más 6 días, las cuales fueron seleccionadas de 235 mujeres que acudieron al control prenatal, por la cual resultó según el *GRAFFAR-Méndez Castellano Modificado* donde el 38% se encuentra en el Estrato III y un 31% en el Estrato IV, por otra parte, se obtuvo una prevalencia referente a patologías como **Infecciones del tracto urinario** la cual fue la más frecuentes con un 69%, seguido de **Vaginosis bacteriana** con un 41% y **Toxoplasmosis** en un 33% de cada 100 casos, con respecto a las edades las gestantes más frecuentes fueron **Adolescentes** entre 14 a 19 años con 34%, a su vez se evidenció la presencia hábitos psicobiológicos tóxicos tales como, **Alcoholismo** (cerveza) con 25%, **Tabaquismo** (cigarrillo) con 15%, seguido de **Drogas** de tipo *Cannabis sativa* (marihuana) con 2%; se concluye que: es alarmante el alto porcentaje (42,55%) de mujeres gestantes con Amenaza de Parto Prematuro relacionado con patologías subsistentes, estrato socioeconómico, edad adolescente y hábitos Psicobiológicos.

Palabras clave: Amenaza de Parto Pretérmino, gestantes, Factor de riesgo, adolescentes.



CAUSAS DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DE LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO "DR. THELMO MORENO", BARRANCAS, MUNICIPIO CRUZ PAREDES ESTADO BARINAS JUNIO - SEPTIEMBRE 2011.

AUTORES: Belisario, Jesús Alberto
Peña González, Cora Andreina
Torres Uzcategui, José Luis
TUTOR: Dra. Cleotilde Jerez Uzcategui

SUMMARY

The preterm labor is a public health problem worldwide, while maintaining as problematic to obstetricians and neonatologists, the difficulties related to: the physiology, pathology, attention to preterm and as the prognosis of sample. The objective of this research was to determine the causes of preterm labor in patients attending outpatient prenatal care at Urban Type I "Dr. Thelmo Moreno ", Barrancas, Cruz Paredes Municipality, Barinas State. July to September 2011. Descriptive study, part of the cross-field design, we included 100 pregnant women aged 14-39 years old with multiple risk factors for preterm labor and gestational age between 20 to 36 weeks, which were selected from 235 women who attended prenatal care, for which resulted as the **Mendez GRAFFAR-Modified Castilian**, which is 38% in Stratum III and 31% in IV, on the other hand, was obtained regarding the prevalence pathologies such as **urinary tract infections** which was the most frequent with 69%, followed by **bacterial vaginosis** with 41% and **toxoplasmosis** 33% of 100 cases, with respect to pregnant women ages most frequent were **adolescents** between 14 to 19 years with 34%, in turn revealed the presence **psychobiological toxic** habits such as alcohol (beer) with 25%, smoking (cigarette) with 15%, followed by drug-type cannabis sativa (marihuana) with 2%; concludes that: an alarming high percentage (42.55%) of pregnant women with preterm labor associated with remaining conditions, socioeconomic status, adolescent age and habits Psychobiological.

Keywords: preterm labor, pregnant, risk factor, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la Amenaza de Parto Pretérmino constituye un gran problema de salud pública a nivel mundial, manteniéndose a su vez como un gran problema para los obstetras y neonatólogos, tanto por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y atención de los pretérminos, como el pronóstico a largo plazo de la misma.

La Organización Mundial de Salud (OMS), define al Parto Pretérmino como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación, evidenciándose sangrado intrauterino de causa no precisada con dinámica uterina, contracciones uterinas dolorosas mínimo 3 en 20 minutos o ruptura prematura de la membranas y modificaciones del cuello con un borramiento de más del 70% y/o dilatación de 2 cm. del cuello uterino, esto se presenta entre 7 % a 12 % de los embarazos y causa hasta el 75 % de la morbilidad y mortalidad neonatales¹.

De este mismo modo, se estima según la clasificación de la OMS, que el 5% de los pretérminos se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema, el 15% entre la semana 28-31, prematuro severo, el 20% entre las 32-33 semanas, prematuro moderado y el 60-70% entre las 34 -36 semanas, prematuro leve; La incidencia a nivel mundial permanece entre el 6 a 14 %, a tasa de prematuridad en EEUU es de 11 %, en Europa varía entre 5 a 7 % en Venezuela, según el Congreso Internacional de Medicina Perinatal se encontró una incidencia del 16%. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido, el riesgo de morbilidad y mortalidad en los nacimientos cercanos al término es bajo, la mayor atención está focalizada en el Parto Pretérmino temprano (menor de 32 semanas)².

Por lo que se han estudiado numerosos factores de riesgos; considerando como principales: antecedentes de Parto Pretérmino, aborto, la cual repercute directamente a la gestante ya que puede actuar como recidiva, así mismo, la falta de asistencia al control prenatal, este es un procedimiento médico, que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbi-mortalidad materno-fetal a su mínima expresión y al mismo tiempo, las hemorragias vaginales del segundo trimestre tales como placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera, al igual que el consumo del tabaco, alcohol y cocaína, edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35 años) ³.

En Venezuela, el 21% de todos los nacidos vivos, son hijos de madres adolescentes, el cual constituye un problema de gran impacto social, económico y de salud pública, que trae un mayor riesgo de morbi-mortalidad materna-fetal-neonatal, debido a la mayor prevalencia de prematuridad, riesgos en cuanto a preeclampsia y eclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y complicaciones médicas asociadas⁴.

Bojanini y Gómez (2003) en Colombia, realizaron un trabajo para describir los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes atendidas entre junio de 2000 y octubre de 2001. Resultando un 28,6% de las pacientes adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Un importante porcentaje de pacientes no consulto adecuadamente al control prenatal y el 53,6% de las adolescentes, presentaron Parto Pretérmino. Al igual que un aumento significativo de la casos de eclampsia en adolescentes que en las adultas⁵.

Resulta oportuno, mencionar que las enfermedades hipertensivas durante el embarazo son consideradas por la OMS como un factor de riesgo con gran relevancia ante las Amenaza de Parto Pretérmino, su incidencia

está estimada en un rango de 20%, aunque se han reportado cifras superiores a 38%, las cuales están dadas por las diferencias de regiones, razas, factores socio-económicos y culturales, en los Estados Unidos, su incidencia varía entre 1,6 y 12,6%, lo cual se considera un alto riesgo obstétrico; en los países latinoamericanos su incidencia elevada de mortalidad constituyen un problema grave de salud pública, particularmente en Ecuador y Paraguay predisponiendo el alto índice de riesgo perinatal⁴.

Con el tiempo se le ha ido dando más importancia a la patogénesis y los factores infecciosos. Entre ellas tenemos las infecciones del tracto urinario (ITU), la cual es considerada como la existencia de microorganismos patógenos en las vías urinarias con o sin presencia de síntomas con al menos 10^5 unidades formadoras de colonia (UFC)/ ml de orina; la cual es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo, su incidencia fluctúa en 12% siendo el germen más común el *Escherichia coli*.

A nivel nacional en el (2006) el Dr. Faneite P. y otros pertenecientes al Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, realizaron estudios retrospectivos sobre epidemiología del Parto Prematuro encontraron la ITU, asociada en 7,47% de los casos anteriormente, la Amenaza de Parto Pretérmino fue la segunda causa responsable de ingresos con 25,39% ($65 \times 100 / 256$), contribuyendo con la morbilidad 23,4% y la mortalidad 49,02%; así mismo tenemos las modificaciones anatómicas y fisiológicas que predisponen a esta una alta frecuencia⁶.

De igual manera, tanto las infecciones vaginales como la vaginosis bacteriana (VB) por *Gardnerell vaginalis*, es una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo del 15 al 20% de las gestantes pueden

padecerla, se han descrito la existencia de cierta relación entre la VB y los resultados adversos del embarazo con respecto a la Amenaza de Parto Pretérmino y Rotura Prematura de Membrana, debido a que la mitad de los microorganismos aislados en el líquido amniótico se relacionas con VB, lo que sugiere que esta infección puede desempeñar un papel fundamental en la infección del líquido amniótico.

En consecuencia, puede causar la infección del útero y las trompas de Falopio conllevando a enfermedad inflamatorio pélvica (EIP) que a su vez puede provocar infertilidad o suficientes daños a las trompas de Falopio como para aumentar el riesgo de un embarazo ectópico e infertilidad en el futuro; algunos autores, consideran que las VB es uno de los factores de riesgo más resaltantes, para la Amenaza de Parto Pretérmino al igual que el desarrollo de endometritis postparto y corioamionitis. De esta manera, es considerable el alto predominio de Amenaza de Parto Pretérmino ⁷.

Por consiguiente, las afecciones causada por la *Toxoplasma gondii* (toxoplasmosis), la cual se encuentra ampliamente distribuida en Latinoamérica, detectada hasta un 65% en la población. En Venezuela el porcentaje de prevalencia en el área urbana reportado oscila entre 31,8 y 61% en mujeres embarazadas y 41,8 al 53,5% en individuos entre 0 y 60 años, Al coexistir el embarazo con la infección latente, las reinfecciones y las reactivaciones de las infecciones crónicas, puede producir la afectación congénita por transmisión vía trans-placentaria con secuelas que incluyen la coriorretinitis causando severo deterioro de la visión al igual que la Amenaza de Parto Pretérmino y muerte fetal; no obstante, también se presenta la llamada tétrada de Sabin-Feldman (hidrocefalia o microcefalia, calcificaciones intracerebrales y coriorretinitis) ⁸.

En Venezuela, los primeros casos de la enfermedad congénita fueron publicados por Gavalier B. (1951)⁹, en donde la toxoplasmosis congénita es una enfermedad importante olvidada en Latinoamérica con respecto a investigación y el desarrollo de programas de control. Estudios previos en Colombia y Brasil han demostrado que existe un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad de los niños. En Colombia es la segunda causa de ceguera congénita y se estima que afecta a 3.000 niños cada año. A pesar del alto costo social y económico no existen programas de control dedicados a esta enfermedad ⁸.

De acuerdo con los razonamientos antes expuesto y el progresivo aumento del porcentaje de Amenaza de Parto Pretérmino a nivel mundial así como la alta prevalencia a nivel nacional, resulta de interés determinar las Causas de Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes que acuden a la consulta prenatal del Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” en la Parroquia Barrancas Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas debido a causas multifactoriales las cuales son evidenciadas en los registros de morbilidad en la institución (193 mujeres) durante el segundo trimestre del 2011 presentando más de un factor de riesgo en el 70% de estas (135 gestantes); relacionadas con el desconocimiento de dichas patologías, al igual que la inasistencia por parte de las misma al control prenatal para su seguimiento.

De todas las complicaciones en el embarazo, la Amenaza de Parto Pretérmino es una de las más alarmantes y difíciles de prevenir durante la gestación, la misma es de etiología multifactorial e idiopática. Es por ello que el presente estudio permitió instaurar la importancia y determinar la prevalencia de las causas de Amenaza de Parto Pretérmino, así como patologías asociadas a la misma.

El grado de importancia del estudio reside en que la frecuencia de la Amenaza de Parto Pretérmino ha aumentado de forma evidente durante los 40 últimos años, estimándose que puede afectar hasta 13% de las gestantes y ser una de las causas de hospitalizaciones obstétricas-pediátricas. Identificar la incidencia de esta patología permitirá efectuar estrategias orientadas a la promoción-prevención-rehabilitación, además educar al personal de salud sobre su reconocimiento, diagnóstico precoz y tratamiento ideal para disminuir la Amenaza de Parto Pretérmino y prevenir el daño; así evitar las muertes materno-fetales.

Por las razones anteriores surge el interés de conocer ¿Cuáles son las Causas de Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes que acuden a la consulta prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno”, Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas. Julio - Septiembre 2011?

En el desarrollo de toda investigación, es elemental realizar una indagación que permita tomar como referencia, aquellas informaciones contentivas de tópicos vinculados con la circunstancias, objeto de estudio, tanto desde el punto de la perspectiva epidemiológico, como del diseño de la investigación, se puede concurrir a la consulta de fuentes secundarias, similares que guardan equivalencia con la presente investigación.

De la misma manera, el punto de vista de las variables a considerar, con el propósito de recolectar datos e información útil, que sirva de referencia para respaldar el desarrollo de este estudio de factibilidad. Todas las investigaciones van a constituir antecedentes sólido por ser similares a esta, de ahí el razonamiento de factibilidad de una pesquisa en las pacientes que consultan al control prenatal de Ambulatorio Urbano tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Julio-Septiembre 2011. Se evidencia entonces que existen diversos

estudios que apoyan la siguiente investigación entre ellos podemos citar los siguientes:

Para 1994, El Dr. Marchán P. publica la Amenaza de Parto Pretérmino – Factores de Riesgo en el Hospital “Jamo” Tumbes Perú, el cual realizaron una investigación de carácter retrospectivo en 327 pacientes en un periodo de 3 años (enero 1991 a 1993), por los cuales establecen una frecuencia 15–35 años de edad, que procedían de zonas urbano marginales, el 41,92% no se controlaron, la edad gestacional al momento de la amenaza de parto fue entre 32–35 semanas, la mayoría de recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2450 gr, los principales factores de riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino fueron: ITU, Hipertensión Arterial, hemorragias del 3er. trimestre y vaginosis bacteriana ¹⁰.

En el 2006 Cárdenas y Col, en el Hospital General “Dr. Ernesto Che Guevara”, Cuba, realizan un estudio descriptivo sobre el comportamiento del Parto Pretérmino, donde la muestra de 4058 nacimientos para ese año, de los cuales 262 correspondieron a nacimientos pretérmino, al mismo tiempo 241 nacimientos se originaron entre 28 – 36.6 semanas de gestación constituyendo así un 6.1% de la muestra de estudio¹¹.

Stacy Beck y Col.(2008), realizaron una revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial sobre el Parto Prematuro durante los años 1997-2002; la revisión se llevó a cabo desde el año 2003 al 2007 reportando, que las tasas más elevadas de prematuridad se originaron en África y América del norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos) mientras que las más bajas se dieron en Europa (6,2%) concluyendo de este modo, que el Parto Pretérmino, es una problemática de salud perinatal relevante a nivel mundial ⁴. semejante lo explica Althabe F. y Col. en su artículo en la revista panamericana de salud (1999) ¹².

En el 2005, López, Díaz y Gomes, realizan un estudio donde su objetivo fue identificar los factores de riesgo en embarazadas infectadas por *Toxoplasma gondii* en Armenia-Colombia en el cual participaron 14 casos de mujeres embarazadas con criterios de infección aguda, mujeres con hijos infectados por *Toxoplasma gondii* y mujeres embarazadas negativas para IgG específico de Toxoplasma donde el 42% de las infecciones estuvieron asociadas al contacto con gatos y el consumo de carnes poco cocidas⁸.

Actualmente, en Venezuela se han realizado estudios sobre prevalencia y etiología de infecciones urinarias, en pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino como lo refiere en el 2000, Álvarez y otros autores, en un investigación realizada en la población de Chichiriviche-Tocuyo de la Costa municipio Monseñor Iturriza- Falcón. Donde determinaron la incidencia y agente etiológico de infecciones del tracto urinario en pacientes con embarazo amenazado, donde demostraron que: en 14 pacientes población de estudio, 12 presentaron ITU de las cuales 7 de ella reportaron urocultivo positivo con *Klebsiella spp*, correlacionando la estreches de esta incidencia con el embarazo amenazado¹³.

Durante el año 2002, fue estudiada por Cabello, López y Maldonado, la relación de factores de riesgos y desarrollo de la toxoplasmosis en mujeres de edad fértil de forma descriptiva, prospectivo con diseño de campo encontrándose una prevalencia del 91,8% negativo y un 8,2% para la prueba de hemaglutinación indirecta para IgG e IgM de toxoplasmosis evidenciándose así que no existe relación entre estas¹⁴.

Para el 2004, Torres, estudió los factores epidemiológicos asociados al Parto Pretérmino en las pacientes hospitalizadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Antonio María Pineda” del Estado Lara, donde seleccionó de forma no probabilística

intencional a 140 paciente presentando: 55% constituían los embarazo de 35-36 semanas de gestación donde predominaban las edades comprendidas entre 14 y 19 años (35,7%) con una primaria completa (44,8%), solteras (44,3%) y de clase marginal (45,7%), donde la mayor parte (86%) se dedican al hogar, consumiendo el 17% cigarrillos y alcohol de forma esporádica (69,8%) mantenía un promedio de 3 a 4 controles y presentaban antecedente previo de un Parto Pretérmino ¹⁵.

Durante el 2004, Orellana, Riera y Zavala, se encargaron de determinar los factores de riesgo en el control prenatal del Ambulatorio Rural II “Dr. Americo Cárdenas” de Jacura-Falcón, demostrando al final de la investigación, que el 100% de las pacientes estudiadas presentaban por lo menos un factor de riesgo ¹⁶.

En este mismo año, Canet y Col., estudiaron de forma transversal, de campo no experimental los factores de riesgo en adolescentes embarazadas, incluyendo los antecedentes familiares-obstétricos, APGAR familiar y GRAFFAR modificado; analizando de manera descriptiva demostrando que los factores de riesgo en embarazada, el nivel socio económico se ubicó en el extracto IV según GRAFFAR modificado ¹⁷.

Por otra parte en el 2005, Jiménez y Col. Realizan un estudio descriptivo, prospectivo sobre el inicio de Parto Pretérmino y candidiasis vaginal donde concluyen que el hongo *Candida albicans* se encontró presente en 48% de mujeres en Amenaza de Parto Pretérmino evaluadas en la misma institución de salud, correlacionando tanto la clínica como la microbiología con la candidiasis vaginal corroborando que la misma puede provocar Partos Prematuros en las pacientes afectada ¹⁸.

A nivel regional Murgano para el 2009, dentro del Hospital “Dr. Manuel Heredias Alas” Sabaneta-Barinas, realiza un estudio sobre la evaluación periódica prenatal de riesgos biopsicosocial, el cual permitió la predicción de los riesgos (Infecciones urinarias con un 60%, la toxoplasmosis con un 54% y las infecciones vaginales en un 43%) y complicaciones maternas (hipertensión arterial 20% y el Parto Prematuro 14%), siendo este de orientación para el desarrollo pleno de la temática a desarrollar constituye un sólido antecedentes de monografía, ya que su variable y objetivo presentan parecido aunado a la metodología requerida y la pretensión ¹⁹.

Dadas las condiciones que anteceden, en la población de Barrancas Municipio Cruz Paredes-Barinas, existe una alta morbilidad debido a afecciones urinarias asociadas o no a sintomatología, por estos motivos resulta cierta la importancia del papel que puede tener este estudio en la prevención Amenaza de Parto Pretérmino; de acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando estos incitaron a buscar la población para estudio así determinar los factores presentes en las pacientes y su relación con la aparición de Parto Pretérmino. Es por ello, que en esta investigación se pretendió estudiar la mayor cantidad de variables sujetas y a través de estas poder relacionarla con la Amenaza de Parto Pretérmino en las pacientes estudiadas.

Para la Dirección Nacional de Salud de la República Bolivariana de Venezuela (2006), “La Salud Reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción” (OMS 1992) ²⁰.

Con referencia a lo anterior, es notorio la importancia y la generalización que abarca la salud sexual y reproductiva como derecho para el goce y disfrute del ser humano en cualquier parte del mundo, ya que se

nota claramente que debe ser gozada por todos y todas sin importar la etnia, así como la responsabilidad que tenemos para la misma, en vista de que la mayor parte de las embarazadas acuden al control prenatal ya gestando lo cual dificulta que mucha información y acciones lleguen de manera adecuada a estas.

En el 2007, La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en lo que compete el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres puntualizó, al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que emprende con la implantación del ovulo fecundado en la mujer iniciando en el momento de la nidación y terminando con el parto.

Por otra parte, la OMS define este en términos medico como la adherencia del blastocito a la pared del útero (aproximadamente al 5 o 6 días posterior a la fecundación), seguidamente este atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma finalizando así cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra completando el proceso de nidación y comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

Según Aller (2002), la consulta prenatal es el procedimiento médico que tiene como fin atender a la mujer durante la gravidez, así reducir la morbi-mortalidad materno-fetal a su mínima expresión. En ese sentido, se deben seguir normas y procedimientos que permitan un adecuado control de la evolución del embarazo tanto para la madre como para el producto de la gestación ²¹.

De otra forma, se refieren que el control prenatal es un conjunto de acciones médicas-asistenciales que se definen en entrevistas programadas a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada

disposición para el parto y formación del feto, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico ²².

El concepto de atención a la salud reproductiva se ha ampliado y comprende la atención a la infancia, adolescente, preconcepcional, aborto, prenatal, parto, puerperio, planificación familiar entre otras, es por esto que no debemos olvidar que también estarán presente los factores no biológicos tales como cultural, social, económico y político por lo tanto se ha de enfocar en los riesgos para intentar mejorar la atención medico asistencial ²³.

Es por ello que el cuidado preconcepcional debe iniciarse en la adolescencia haciendo hincapié en los aspectos nutricionales y del cuidado de salud que puedan afectar en el futuro permitiendo evaluar así todos aquellos riesgos desde el punto de vista biopsicosocial con un programa de atención prenatal sistémico el cual nos permita cumplir los siguientes propósitos:

- ✓ Brindar asesoría, confianza, instrucción y respeto a la gestante y su familia.
- ✓ Monitorear las molestias menores en el embarazo.
- ✓ Proporcionar un programa de atención sistémico si la gestante se encuentra en riesgo.
- ✓ Prevenir, detectar y controlar, los factores que afectan la salud de la madre y el lactante.

La evolución de la medicina en los últimos años ha despertado gran interés en la población la cual va desde las precisión de la antibioticoterapia a las precisiones en imagenología, es por ello que también el control prenatal ha evolucionado permitiendo así integrar una evaluación sistemática y meticulosa en la gestante desde el inicio del embarazo hasta el puerperio, cabe destacar que a pesar de estos grandes avances todavía quedan muchas incógnitas por descubrir ²¹.

Debido a esto se presta un especial interés para implementar a todos los niveles la atención médico-asistencial en forma oportuna y temprana; la cual sea capaz de garantizar el éxito y lograr el desarrollo en pro de una mejor sociedad. En este mismo sentido se puede citar a John William Ballantine (1861-1923), en Inglaterra quien realizó múltiples investigaciones acerca de las enfermedades y deformidad del feto, proponiendo en ese entonces un “hotel pro-maternidad”, para así detallar a fondo la fisiología y calidad del embarazo²¹.

Es por ello que el buen control prenatal inicia por medio de la anamnesis con el fin de identificar un embarazo de alto riesgo por ende la identificación de los antecedentes maternos, familiares y médicos

Por lo cual debemos conocer el significado del término Riesgo: En líneas generales es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño. Basándose en las probabilidades de que ocurra un acontecimiento es evidente entonces que un factor de riesgo va a ser cualquier incidente detectable en un sujeto o grupo de sujetos asociada a un aumento de las posibilidades de desencadenar o padecer un proceso mórbido.

En los marcos de las observaciones anteriores, el enfoque del riesgo reproductivo debe comenzar antes de la concepción denominando esta etapa *riesgo preconcepcional*, seguidamente, durante la gestación y en el parto *con amenaza obstétrica*, para las 28 semanas de gestación hasta la primera semana de vida del neonato, definirle como *riesgo perinatal*. La unificación de estos enfoques de riesgo va a constituir un punto de vista coherente e integrado²³

Los factores de riesgos perinatales va a estar dada por características individuales o condiciones socioeconómicas, historia reproductiva anterior, desviaciones obstétricas en el embarazo actual y enfermedades clínicas ²⁴.

Sin embargo algunas condiciones fetales y maternas predisponen un Parto Pretérmino las cuales cuando están presente sitúan el embarazo en categoría de alto riesgo tales son: los extremos en edad reproductiva, primigestas, la multiparidad, enfermedades infecciosas, hipertensión arterial, nefropatías, endocrinopatías, bajo nivel socioeconómico, trastornos genéticos, entre otras. Respectivamente podemos decir que los factores y hábitos psicobiológicos los denotamos desde el punto de vista de los antecedentes personales; sub clasificando a estos en fisiológicos y patológicos. Fisiológicos (embarazo, parto, periodo neonatal, alimentación, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y hábitos de alimentación), Patológicos (ITU, toxoplasmosis, entre otros); seguido de los antecedentes epidemiológicos, socioeconómicos, ginecológicos, maritales y familiares.

Se indica que los factores etiológicos del Parto Pretérmino son suficientes para desencadenar un trabajo de parto como lo son, embarazos múltiples, incompetencia o anomalía cervical, anomalías uterinas, cualquier inflamación intraabdominal, infecciones del tracto urinario y hábitos tabáquicos o uso de cocaína ²¹.

Resulta oportuno mencionar que las tasas de prematuridad a nivel mundial son referentes, para medir la incidencia de este problema de salud pública en la región y así profundizar en el conocimiento de las actuales estrategias para su apreciación, con el fin de optimizar la tasa de supervivencia en el periodo perinatal, de igual forma la importancia del urocultivó en el control prenatal es de relevancia, ya que como lo expresa la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (2011)⁶.

Es evidente la importancia de los análisis a realizar en el control prenatal en los centros de salud pública, ya que se observa claramente que más del 70% es representativo, cabe considerar que los equipo tales como ultrasonidos e insumos en estos centros son vitales, para la toma de decisiones en el tratamiento de las pacientes; de manera semejante se debe tomar en consideración las condiciones socio-culturales las cuales tienen incidencia de una u otra forma en el proceso de nacimiento a término.

De igual manera, la relación entre bajo nivel de instrucción, cultural, bajo nivel socioeconómico, edad cronológica ≤ 14 años y/o talla $< 1,45$ mts. , hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad, aumento insuficiente de peso para su biotipología, estado preconcepcional, antecedente de abuso sexual, embarazo por violación o abuso sexual cursando los 2 primeros años de la enseñanza media, pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional mantienen estrecha relación con el embarazo adolescente. Por esto, la actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo. Asincronía madurativa físico-emocional, ausencia de interés, baja autoestima, intento de aborto, pérdida reciente de personas significativas, familia disfuncional o ausente, sin adulto referente, pareja ambivalente o ausente, marginación de su grupo de pertenencia, entre otras ^{24, 25,26}.

Se puede decir que los factores psicosociales pueden influir de manera significativa, los cuales por medio de atención temprana y orientación adecuada pueden ser modificados, abarcados así erradicados.

El estado mental de las mujeres embarazadas tales como: La ansiedad, la depresión y estrés agudo se han aunado con el parto pretérmino ²⁷.

Del mismo modo, la relación del peso corporal de ganancia muy escasa de este durante la gestación como factor de riesgo en la prematuridad ²⁸. Es decir, el estado nutricional deficiente puede también correlacionarse ya que la misma puede presentar un déficit de vitamina y minerales, por lo que la obesidad es de importancia más no conlleva a un nacimiento pretérmino directamente pero se asocia con la diabetes y la hipertensión arterial los cuales si lo son.

Asimismo, se define que el nacimiento puede anticiparse si la paciente padece, alguna cardiopatía previa o inducida durante el embarazo ²⁹, es diabética, asmática o portadora de una patología tiroidea a lo mismo que abortos anteriores y partos pretérminos en embarazos anteriores ³⁰, del mismo modo las Cirugía abdominal materna en el segundo y tercer trimestre³¹.

Estos, antecedentes predisponen a duplicar el riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino en embarazos futuros por lo que se debe tomar en cuenta la edad gestacional donde ocurre esta.

La clasifica de los factores obstétrico como trabajo de parto de pretérmino espontáneo responden el 40 al 50%, la Rotura Prematura de Membrana un 25 a 40% por lo que la indicación de interrupción del embarazo antes del término 20 a 25%³². Este último se produce por electiva debido a complicaciones del embarazo no obstante, solo pueden prevenirse atacando los estado patológicos fundamentales¹². También así la infección de la decidua, de las membranas ovulares y del líquido amniótico estas complican del 1 al 5% de los embarazos a término y aproximadamente el 25% de los pretérminos, las fecundaciones in vitro incrementa la razón de embarazos gemelares y estos son causa de pretérminos en un 20% de los casos ³³.

El intervalo entre los embarazos menores de 6 meses, aumenta el riesgo al doble en partos prematuros³⁴ si aunado a este son embarazos múltiples terminaran antes de las 37 semanas, siendo esta más alta cuando el número de fetos es mayor siendo su duración promedio de 36 semanas para los gemelares, 33 semanas para los triples y 31 semanas para los cuádruples³³.

Las cantidades de líquido amniótico también sitúa el embarazo en riesgo. Sin embargo, el sangrado vaginal durante cualquier trimestre del embarazo es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple³⁵.

Se describe que las anomalías uterinas, miomatosis antecedentes de conización cervical anterior, u otras formas de escisión. Conlleva a un incremento del trabajo de Parto Prematuro³⁶, debido a la pérdida de la capacidad de mantener el embarazo; ya que un corto o débil cuello uterino es el más fuerte predictor de un parto prematuro³⁷.

De esta forma, se expone que los diferentes factores de riesgo anteriormente expuestos actúan sobre el miometrio convergiendo en la activación de una vía final común, clínicamente evidente por la presencia de contracciones uterinas y dilatación cervical que finalizara en el parto, por lo cual son de gran relevancia e influencia para determinar la población de riesgo y así lograr prevenir con ellos sus consecuencias.

Se consideró que el diagnóstico de la Amenaza de Parto Pretérmino en embarazo con feto único, se basa en las modificaciones del cuello, las cuales evaluada mediante el tacto vaginal así mismo que mediante el uso de ultrasonido. Por lo que cuando este está borrado más del 50% y/o la dilatación es de un centímetro o más³⁸.

Referente a la temática, relacionada con la investigación se dice que las modificaciones del cuello uterino dentro de estos fenómenos pasivos, producen un acortamiento del mismo en longitud cuando se acerca al parto, desde tres a cuatro centímetros, hasta desaparecer el canal cervical. La dilatación y borramiento ocurren de forma distinta entre las primigestas y las multíparas. Por lo que el borramiento en las primigestas precede a la dilatación en cambio en las multíparas el borramiento y la dilatación ocurren simultáneamente durante el trabajo de parto.

Para el diagnóstico de la edad gestacional existe elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la misma, los cuales son: el tiempo de amenorrea a partir del primer día de menstruación (Fecha de Última Regla F.U.R.) a través de la regla de Naegele la cual permite calcular la fecha prevista para una gestación normal y la altura uterina. Para que estos elementos tengan importancia estos elementos deben ser precoz así evitar riesgos obstétricos debido a que la relación volumen uterino/edad gestacional siempre que el examen obstétrico se efectúen antes del quinto mes.

Por otra parte, la atención de baja complejidad y con embarazadas de bajo riesgo los elementos anteriormente descritos pueden ser suficiente para determinar la edad gestacional. Del mismo modo se cuenta con el recurso ultrasonográfico el mismo se debe practicar para certificar la edad gestacional tomando como referencia su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (21 días) ³⁹.

El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo por lo que la magnitud de riesgo estará dada por la

prevalencia de embarazo prematuro, prolongado, crecimiento uterino restringido en dichas gestantes⁴⁰.

Seguidamente se realiza el diagnóstico de la condición fetal por medio de las maniobras de Leopold que permiten determinar la presentación, situación y posición del feto, acompañada la auscultación del foco cardiaco fetal perceptible con el estetoscopio Pinard a partir de las 20 semanas de gestación y con el ultrasonido desde las 10 semanas variando este entre 130 y 160 latidos por minutos, la percepción de movimientos fetales a partir de las 18 a 22 semanas, al igual que la medición de altura uterina desde las 12 semanas de amenorrea donde el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medida en su eje longitudinal. Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos factores pudiese indicar alteraciones en el crecimiento intrauterino⁴².

Por lo que se practica con fines de diagnosticar patologías asintomáticas que pueden estar presentes en la gestación a su vez se incluye un examen ginecológico en el cual se debe inspeccionar la zona perineal y vulvovaginal al igual que la toma de Papanicolaou por lo que se realizara seguimiento de la evaluación nutricional control de presión arterial, albuminuria, hematología completa y examen físico según sintomatología^{41, 42}.

En base a lo anteriormente descrito, existen diversos exámenes paraclínicos de seguimiento y orientación con respecto al estado general de la gestante:

- ✓ Gonadotropina Corionica Humana.
- ✓ Hematología completa.
- ✓ Grupo sanguíneo y factor Rh
- ✓ Uroanálisis y urocultivo (de ser necesario).

- ✓ Coproanálisis y coprocultivo (de ser necesario).
- ✓ HIV y serología para hepatitis B
- ✓ VDRL
- ✓ Glicemia
- ✓ Perfil lipídico
- ✓ Test para *Toxoplasma gondii*
- ✓ Perfil Renal
- ✓ Perfil hepático
- ✓ Tiempo de coagulación
- ✓ Papanicolaou
- ✓ Ultrasonido obstétrico

La frecuencia del control prenatal se determinara por los diferentes factores de riesgos, hallados en dicha exploración, serán necesarios de acuerdo a las mismas por lo que debe tomarse en cuenta la población obstétrica y los recurso humanos-económicos disponibles para su control resultando así que se debe poseer como mínimo 6 controles para estadificarle en un embarazo controlado.

Se define como parto el proceso de finalización fisiológica del embarazo y radica en la expulsión del feto maduro por las vías naturales, seguido casi de inmediato, por la placenta y las membranas ²⁸.

En 1996, la OMS establece, parto normal como aquel de comienzo espontaneo, de bajo riesgo desde el comienzo de trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace de forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional a partir de la Fecha de Ultima Regla (F.U.R).

Por lo que se define como Parto Pretérmino aquel que se produce antes de las 37 semanas completas de gestación y después de las 20 semanas de gestación a partir de la F.U.R.⁴³.

Después de lo anteriormente expuesto, se considera como “pretérmino” aquel embarazo por debajo de los 256 días (37 semanas). Sin embargo, el límite inferior para definir el Trabajo de Parto Pretérmino y Parto Pretérmino no ha sido bien determinado ya que por debajo de los 140 días (20 semanas) es considerado aborto. Es por ello que se enmarcan el Trabajo de Parto Pretérmino y el Parto Pretérmino entre las fechas anteriormente descripta después de la F.U.R

Se entiende por, Trabajo de Parto Pretérmino al conjunto de acontecimientos que se verifican en el útero, anexos y feto a fin de conseguir la expulsión de los dos últimos constituyéndose por fenómenos activos y pasivos, los primeros incluyen contracciones uterinas y de los músculos abdominales, los pasivos incluyen: borramiento y dilatación del cuello uterino, eliminación de los limos, bolsa de agua, ampliación vulvoperineal, movimientos fetales, fenómenos plásticos del feto⁴².

El tratamiento va dirigido primeramente a inhibir o reducir la fuerza y la frecuencia de las contracciones, retrasando el momento del parto, y segundo mejorar el estado fetal antes del Parto Pretérmino por medio del reposo en cama, la hidratación/sedación, el uso de progesterona así mismo el uso de tocolíticos, antibióticos, corticoides y finalmente el parto⁴⁸.

Por ende, toda esta variedad anteriormente mencionada es de tomarse en cuenta por todo aquel que atienda partos por lo que debe poner todos sus esfuerzos hasta agotarse los mismo, sin embargo la mayor parte de estos para prevenir y detener el Parto Pretérmino no han probado tener

efectividad por lo que es resulta más importante en su manejo son aquella a prevenir complicaciones en cada niño pretérmino, es así, que tomando estas podemos trabajar en pro de la salud disminuyendo así la morbi-mortalidad.

Por otra parte, se define que en el tratamiento de la Amenaza de Parto Pretérmino, se utilizan los agentes tocolíticos para inhibir las contracciones uterinas dolorosas, por lo que destaca el uso del sulfato de magnesio, Fenoterol, Nifedipina; igualmente el uso de esteroides parenterales entre la semanas 28 y 34 para inducir a la madurez pulmonar ⁴⁴.

En fin todas estas terapias generaran beneficios a el feto que realmente pueda nacer antes de estar a término es por ello que las pacientes diagnosticadas oportunamente tendrán el beneficio de estas medidas terapéuticas.

Debido a la alta prevalencia de esta patología y basando en su relación con los factores epidemiológicos resulta importante la determinación precisa de estos, ya que esta afecta a la población y lograr de esta forma la prevención de la Amenaza de Parto Pretérmino. Es por esto la inquietud de determinar a través de esta investigación los factores epidemiológicos asociados a dichas patologías, observados en las pacientes que consultan al servicio de ginecología y obstetricia del Ambulatorio Urbano “Dr. Thelmo Moreno” con el fin de contribuir con el conocimiento para la prevención exitosa.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar las causas de amenaza de parto pretérmino en pacientes de la consulta prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno”, Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas. Julio - Septiembre 2011

Objetivos Específicos

- ✓ Clasificar según las características socio-epidemiológicas a las pacientes que consultan al control prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno”, por medio del GRAFFAR- Méndez Castellano modificado.
- ✓ Identificar la etiología de Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes que acuden al control prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno”, mediante la anamnesis, examen físico y paraclínicos.
- ✓ Establecer la prevalencia de gestantes con riesgo de amenaza de parto pretermo mediante el resultado de análisis paraclínicos.
- ✓ Señalar la edad gestacional con mayor incidencia de factores de riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino con el fin de realizar un seguimiento exhaustivo de las mismas.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño

El presente estudio es una investigación de tipo descriptiva, enmarcada dentro un diseño de campo, transversal.

Población y Muestra

La población en estudio estuvo constituida por un universo de 235 gestantes, donde se tomó una muestra intencional de acuerdo a los criterios de inclusión de 100 pacientes acudieron en el periodo Julio-Septiembre 2011 entre las 20 a 36 semanas más 6 días de gestación a la consulta de control prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno”, Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas.

Criterios de Inclusión

- ✓ Autorización de las gestantes para realizar dicho estudio.
- ✓ Edad gestacional comprendida entre 20 y 36 semanas más 6 días
- ✓ Acudir a la consulta de control prenatal del ambulatorio “Dr. Thelmo Moreno”, Durante el periodo Junio - Septiembre 2011
- ✓ Presentar al menos un riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino

Criterios de Exclusión

- ✓ Ausencia de cualquiera de los criterios de inclusión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Prevía autorización del director del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno”, el Dr. José Gregorio Hernández, para la ejecución de este estudio en el Servicio de Ginecología Y Obstetricia de este centro de salud. Se llevo a cabo la presente investigación en pacientes gestantes entre 20 y 36 semanas de gestación, cuyos controles prenatales fueron mayores o iguales a seis consultas, durante el periodo Julio-Septiembre 2011, escogiéndose a las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión anteriormente descrito, a quienes se les informó de manera clara y precisa los objetivos, importancia y propósito de la investigación, a las cuales se le solicito su colaboración.

Seguidamente a cada una de ellas se les hizo una revisión detallada de las características socio-económicas (edad, grado de instrucción, estado civil y profesión), anamnesis clínica (gestaciones, control prenatal, edad de gestación, antecedentes personales y familiares, signos y síntomas referidos) por la cual previamente fueron estudiadas las historias clínicas de cada paciente.

Luego de ello, fue aplicado el instrumento de estudio diseñado por la autora validado por dos especialistas en área de ginecología y obstetricia, Cleotilde Jerez (tutora), Chirinos Manuel y la especialista en el área de Pediatría y Puericultura Puche Maritza. Al mismo tiempo fueron evaluadas semiológicamente, pesadas y talladas con una balanza-peso-tallmetro marca Health o Meter, luego se procedió a la toma de signos vitales y tensión arterial con esfigmomanómetro marca Riester, por lo que se realizó el examen físico. Comprendido por inspección del estado general de la paciente, medición de altura uterina con cinta métrica “técnica de Mc Donald”, toma de frecuencia cardiaca del feto con un estetoscopio Pinar, al

igual que la frecuencia cardiaca de la paciente, (proceso que se repite en cada consulta de control prenatal).

Seguidamente, de esto se les solicitaron a las pacientes los exámenes paraclínicos, destinados para tal fin. Se usó el equipo del servicio de laboratorio del centro de salud pertinentes para determinar el estado fisiológicos y bioquímicos como: la hematología completa, la cual previa asepsia y antisepsia del punto de punción fue tomada una muestra de 3cc de sangre venosa en tubo de ensayo con anticoagulante *EDTA (ácido etilendiamino-tetra-acético)* y se procede a realizar frotis sanguíneos inmediatamente con analizador hematológico marca Sinnova Modelo: HB-7021 al igual que la Glicemia, Urea, Creatinina, Tipiaje sanguíneo, Toxoplasma (técnica de aglutinación en látex), HIV (virus de inmunodeficiencia humana), VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), TP (Tiempo de protrombina, TPT (Tiempo parcial de tromboplastina), determinando los valores para los mismos.

Por otra parte, el Uroanálisis previa explicación procedieron a la toma de muestra por la técnica de chorro medio de la primera orina de la mañana en un recolector de orina estéril y desechable, previo aseo vulvo-perineal desechando el primer chorro tras lo cual y sin interrumpir la micción se captura el segundo chorro de la misma, la cual se cerrará inmediatamente; donde posterior fue rotulada para ser analizada las características físicas y bioquímicas con un microscopio binocular modelo Xsz-107b y macroscópico de forma manual, (muestra alterada fue llevada a Urocultivó)

De igual forma, el coprocultivo obtenida y depositada en un recolector de heces analizada de forma manual microscópica con el

microscopio ya mencionado y descrito al igual que de forma macroscópica.

En el marco de las consideraciones anteriores, una cantidad muy limitada de paraclínico procedente del laboratorio “Virgen de Real” ubicado en la parroquia Barrancas del estado Barinas.

A su vez, las pacientes presentaron estudios ecosonográficos obstétricos de la Cruz Roja venezolana seccional Barinas, para explorar las condiciones del feto, los cuales se les realizaron con un ecógrafo marcas MINDRAY transductor Convex 3,5 MHz Observándose la Características y existencia de fetos vivos, numero, frecuencia cardiaca fetal, maduración ósea, conformación del mismo estimando el tiempo del embarazo, posición del feto y de la placenta al igual que el estadio o maduración de la misma y líquido amniótico.

Posteriormente se les notificó a las pacientes que presentaron alteraciones en los resultado de paraclínicos, que debían ser sometidas a los anteriores estudios así el tratamientos respectivos para la etiología presente, su control y monitoreo; a las cuales una vez explicados aceptaron satisfactoriamente asignándose fecha respectivas para las posteriores consultas tomando la cautela respectiva para la selección de las misma

Análisis Estadístico

Seguido de ello se analizaron los valores de los paraclínicos, los cuales fueron formulados en tablas con el fin de realizar la interpretación de los mismos evaluándose, las variables de acuerdo a los objetivos planteados.

El análisis de los mismos se realizó a través de porcentaje y frecuencia.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución por Edad de las Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno Barrancas”, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Edad	Fr	Porcentaje
14-19	34	34
20-24	23	23
25-29	11	11
30-34	24	24
35-39	8	8
Total	100	100

Tabla 2. Distribución Según el Estado Civil de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Estado civil	Fr	Porcentaje
Soltera	35	35
Unión libre	28	28
Casada	19	19
Divorciada	17	17
Viuda	1	0
Total	100	100

Tabla 3. Distribución Según el Grado de Instrucción Académica de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Grado de Instrucción	Fr	Porcentaje
Primaria	37	37
Secundaria	34	34
Bachillerato	10	10
Universitaria	11	11
Analfabeta	8	8
Total	100	100

Tabla 4. Nivel Socioeconómico Según GRAFFAR, en Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Nivel Socioeconómico	Fr	Porcentaje
Alta (I)	4	4
Media alta (II)	15	15
Media baja (III)	38	38
Obrera	12	12
Marginal	31	31
Total	100	100

Tabla 5. Según Antecedentes Personales de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Patologías	Fr	%
Ninguna	41	41
Hipertensión Arterial	15	15
Enfermedades renales	15	15
Cardiopatías	7	7
Diabetes mellitus	5	5
Alergias	5	5
Gastropatías	3	3
Enfermedades Mentales	3	3
Asma	2	2
Varices	2	2
Anemias	2	2
Tiroideas	0	0
Total	100	100

Tabla 6. Antecedentes Gineco- Obstétricos de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno Barrancas”, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Peso kg	Fr	%
41-44	2	2
45-49	17	17
50-54	32	32
55-59	27	27
Mayor de 60	22	22
Numero de control prenatal		
0	3	3
1-2	7	7
3-4	15	15
5-6	53	53
7-8	15	15
Mayor de 9	7	7
Partos anteriores		
Si	58	58
No	42	42
Abortos anteriores		
Si	12	12
No	88	88
Tipo de parto		
Eutócico	63	63
Distócico	37	37
Total	100	100

Tabla 7. Hábitos Psicobiologicos de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Hábitos	Fr.	Porcentaje
Cigarrillo	15	15
Drogas	2	2
Alcoholismo	25	25
Ninguna	58	58

Tabla 8. Distribución por Número de Embarazos de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Número de embarazos	Fr	%
Ninguno	42	42
1	12	12
2	12	12
3	17	17
4	10	10
5	2	2
Mayor de 5	5	5
Total	100	100

Tabla 9. Edad Estacional Actual de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Semanas de gestación	Fr	%
20-22	9	9
23-25	12	12
26-28	18	18
29-31	13	13
32-34	23	23
35-36 + 6 días	25	25
Total	100	100

Tabla 10. Según Complicaciones En El Embarazo de Mujeres que Acuden al Control Prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno” Barrancas, Municipio Cruz Paredes, Estado Barinas 2011

Complicaciones del embarazo	Fr	%
Infecciones de Tracto Urinario	69/100	69
Vaginosis bacteriana	41/100	41
Toxoplasmosis	33/100	33
Parasitosis Intestinal	18/100	18
Enfermeras respiratorias	2/100	2
Periodontales	6/100	6
Oligohidranios	5/100	5
Placenta previa	3/100	3
Anemia	3/100	3
Ruptura Prematura de Membranas	1/100	1

DISCUSIÓN

El Parto Pretérmino durante siglos ha sido causa significativa de morbilidad perinatal y materna, por lo que diversos investigadores han centrado su interés en estudiar los factores determinantes en los embarazos patológicos ya que en su mayoría pueden ser identificados y tratados oportunamente de manera preventiva. La incidencia de parto prematuro permanece presente a nivel mundial con un 5 a 12%, inclusive en algunos países tiende a incrementarse, en los países latinoamericanos existe un impacto negativo en el sector salud por las condiciones socioeconómicas y políticas sanitarias actuales las cuales son deficientes.

La investigación, estuvo constituida por una muestra intencional de 100 pacientes las cuales corresponde al 42,55%, del universo total (235 gestantes), estas presentaron factores múltiples riesgo para Amenaza Parto Pretérmino durante el control prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo 1 “Dr. Thelmo Moreno” con el fin de determinar las causas de Amenaza Parto Pretérmino en el periodo Julio–Septiembre del 2011.

La edad de las gestantes con mayor prevalencia fue entre 14 y 19 años correspondiente a un 34%, siendo la mayor cantidad de pacientes con causas latentes de riesgo para Amenaza Parto Pretérmino la cual tiene semejanza con los estudios realizados en Colombia por Bojanini y col. (2003) donde el 28,6% de las pacientes eran adolescentes y una cuarta parte de ellas tenían antecedentes previos de parto repetitivos, Cabe destacar que al establecer esta comparación, se puede observar las diferencias entre la cantidad de gestantes estudiadas (Tabla 1).

El 35% de la población en estudio son solteras y tan solo un 17% son casadas por lo que es considerado una causa de riesgo significativo para las madres embarazadas al igual que deserción escolar la cual se determinó que un 37% solo cursaron la primaria y un 34% secundaria donde es de menor porcentaje pero relevante la existencia de un 8% de analfabetas (Tabla 2 y Tabla 3).

La muestra presente se estratifico según *Graffar-Méndez Castellano*, lo que dio como resultado un 38% pertenecientes al estrato III correspondiente a clase media baja y a su vez un 31% en el estrato V propio del nivel marginal constituyendo el nivel socioeconómico como causa significate de Amenaza Parto Pretérmino, como es señalado por Marchán, (1994) quien realizo estudios excautivos en el Hospital “jamo” Tumbes Perú, correspondiente a la amenaza de Parto Pretérmino y factores de riesgo los cuales establecen una frecuencia gestantes entre los 15 – 35 años de edad, quienes procedían de zonas marginales, las cuales no acudieron al controlaron prenatal en un 41,92 %. (Tabla 4)

Así mismo se determinaron los antecedentes previo personales de las pacientes, se observó que un 41% negó el padecimiento de ninguna patología mientras que un 15% padece de hipertensión arterial no controlada al igual que un 15% representando enfermedades renales las cuales son correlacionadas con litiasis renal, lo cual son tomadas como influyentes para riesgo de Amenaza Parto Pretérmino así como lo expresa Duclair-Meza (2004), quien determino los factores de riesgo para paciente con Preeclampsia en el Hospital Universitario “Dr. Alfredo Van Grieken”, Coro, Estado Falcón, a 111 paciente; concluyendo la relación de antecedentes previos a la misma como edades extremas, primaparidad, antecedentes familiares de hipertensión arterial entre otros (Tabla 5).

En el mismo orden de ideas se evidencio un 31% de las pacientes con peso al comienzo del embarazo entre los 50 y 54 Kg y prosiguió en aumento normal la cual no es tomado como una causa de riesgo para dichas pacientes, por consiguiente se tomó en cuenta la asistencia a los controles prenatales por lo que dio como resultado un 53% de las gestantes acudieron entre 5 a 6 controles y tan solo un 15% asistió entre 7 a 8 controles (Tabla 6).

La idea del control prenatal regular es la más factible forma de prevenir y tratar las patologías adyacente en los embarazos patologías por ello es de vital importancia tener un control del mismo como lo describe William Ballantine (1923), en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo por medio de un buen control prenatal. En la misma forma se evidencian que de la población en estudio un 58% tienen antecedentes de partos anteriores las cuales fueron fraccionados en eutócicos simples en un 63% y distócico en un 37%, y un 12% de antecedentes de abortos (Tabla 6).

Se evaluaron los hábitos asociados al Amenaza de Parto Pretérmino evidenciando un mayor porcentaje por el consumo de alcohol en un 25% de tipo cerveza, un 15% refiere hábitos tabáquicos de tipo cigarrillo y un 2% drogas tipo *cannabis sativa* comparando con otras investigaciones donde se señalan estos antecedentes de alta importancia para el parto Pretérmino Shiono y col. (1986), quien en su investigación titulada “Fumar, Beber, Durante el Embarazo” incrementa del 20 al 30% las probabilidades de un parto pretermo (Tabla 7).

El mayor prevalencia de mujeres con multiparidad es de 34% lo que corresponde 3 a 5 o más gestas, por lo evidencia una causa para alto riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino debido a que las estructuras anatómicas sufren cambios no reparadores, Por otra parte GC y Col (2003), refieren que el intervalo entre los embarazos menores de 6 meses aumenta el riesgo al doble en partos prematuros.

La edad gestacional donde se presentaron mayor cantidad de factores de riesgo Amenaza de Parto Pretérmino fue entre las 35 y 36 semanas con un 25% relacionado con el estudio realizado por Torres (2004), donde la edad gestación con preponderancia fue entre las 35 y 36 semanas de gestación Hospital Universitario “Dr. Antonio María Pineda” del estado Lara (Tabla 9).

Las complicaciones presentes en las pacientes durante la investigación se estudiaron exhaustivamente debido a que presentaron entre 2 a 3 factores de riesgo, la más frecuente fueron, las infecciones del tracto urinario en un 68%, seguida de las vaginosis bacteriana en un 41%, un 33% con toxoplasmosis y un 18% con parasitosis resultados obtenidos en 100 mujeres estudiadas, similar a lo descrito por (Faneite y Col 2004) Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo quienes estudiaron la incidencia de las ITU en Amenaza de Parto Pretérmino en 498 pacientes en donde 428 se les solicito un uroanálisis; reportando este 294 casos de ITU en las pacientes entre las semanas 29 y 36, frecuentando el germen *E. coli*, llegando al análisis de que tratar las infecciones urinarias conlleva a la disminución de Amenaza de Parto Pretérmino por esta causa.

CONCLUSIONES

- ✓ La población incluida en la investigación, estuvo constituida por 100 gestantes con un embarazo patológico correspondientes al 42,55% de 235 que acudieron a los controles.
- ✓ Se la clasificación GRAFFAR-MENDEZ Castellano dio como resultado que un 38% pertenece al estrato III correspondiente a la clase media baja seguido del 31% propio del nivel marginal siendo esta un factor de riesgo significativo para Amenaza de Parto Pretérmino.
- ✓ Las principales causas de riesgos para Amenaza de Parto Pretérmino en las gestantes fueron Infecciones del tracto urinario con un 69/100, seguido de vaginosis bacteriana 41/100, toxoplasmosis 33/100 y parasitosis intestinal 18/100 casos, o que corresponde a causas multifactoriales, al igual de que se evidencio la persistencia de hábitos psicobiologicos tóxicos como alcoholismo, tabaquismo y consumo de drogas de tipo *Cannabis sativa*
- ✓ La edad gestacional con más frecuencia de riesgo de amenaza de parto fue de 35 a 36 semanas de gestación con un 25%

RECOMENDACIONES

- ✓ Se deben apoyar las investigaciones epidemiológicas con el fin de obtener conocimientos sobre las causas y mecanismo
- ✓ Realizar un programa de instrucción a las embarazadas para lograr un buen control prenatal y así prevenir riesgos y disminución de la morbimortalidad
- ✓ Concientizar a la comunidad adolescente debido a que es la mayor población en riesgo y con mayor prevalencia de un embarazo patológico
- ✓ Amplificar el programa de Gineco – Obstetricia del ambulatorio con el fin de brindar a las pacientes una mejor consulta tanto prenatal como ginecológica.
- ✓ Realización de jornadas preventivas con respecto al consumo de drogas y alcohol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barron, W. (2002). **Trastornos médicos durante el embarazo**. Madrid-España. Editorial Harcourt
2. Isbelly, D y otros. (2011). "Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 2001 – 2008". **Rev. Obstet Ginecol Venez**; 71(1):13-20
3. Harmon, G. (2003). **Manual de embarazo y alto riesgo** España editorial Mosby
4. Stacy, B y otros. (2008). "Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas". **Rev. Obstet Ginecol Venez** v.66 n.1 Caracas
5. Borjanini y Gómez. (2008). "Parto pretérmino en adolescente" Resultados obstétricos y perinatales **Rev. Obstet Ginecol Venez** v.68 n.1 Caracas
6. Faneite, P y Col. (2006). "Amenaza de parto prematuro e infección urinaria", **Rev. Obstet Ginecol Venez** ; 66 (1): 1-5
7. González, M y Col. (2002). "Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el hospital "reynaldo chiang vargas" durante enero - abril del 2001".**Rev. medisan**; 6 (3): 44-48
8. López, Ch y Otros. (2005). Factores de riesgo en mujeres embarazadas, infectadas por *Toxoplasma gondii* en Armenia Colombia, **Rev. Salud publica** 7 (2): 180-190
9. Bela, G. (2001). "Interferón-gamma, caquectina e interleucina-10 en suero de embarazadas con Toxoplasmosis latente" **Gac medica caracas**; 109 (1):60-66
10. Marchan. (1994). ""Amenaza de Parto Pretérmino – factores de riesgo en el Hospital "Jamo" Tumbes". Perú. tesis presentada para optar al título de licenciado en obstetricia. disponible en

www.untumbes.edu.pe/inv/alumnos/Fcs/eo/tesis/pdf/rt0079.pdf

[consultada el 20-08--11]

11. Cárdenas y otros autores. (2006). "Comportamiento del parto Pretérmino Cuba" disponible en <http://www.ilustrados.com/tema/10761/Comportamiento-parto-pretermino-Tesis.html>. [consultado el 20-08-11].
12. Althabe F, y otros. (1999) "El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos" **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 5(6):373-386.
13. Alvares y otros. (2000), "Prevalencia y etiología de infecciones urinarias en pacientes con embarazo amenazado, Chichiriviche-Tocuyo de la Costa municipio monseñor Iturriza, Estado Falcón febrero mayo 2000". Trabajo de Grado. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" (UNEFM) Falcón.
14. Cabello y otros. (2002). "Relación entre los factores de riesgo y desarrollo de la toxoplasmosis en mujeres de edad fértil (12-42 años) Borojó municipio autónomo Buichivacoa Estado Falcón". Trabajo de Grado. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" (UNEFM) Falcón.
15. Torres, I. (2004). "Factores epidemiológicos asociados al parto pretérmino Barquisimeto estado Lara". Trabajo de Grado Publicado. Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA). Barquisimeto departamento de Obstetricia y Ginecología. decanato de Medicina.
16. Orellana, Col. (2004). "Determinación de factores de riesgo en embarazadas que asisten al control prenatal del Ambulatorio Rural II "Dr. Americo Cárdenas" de Jacura-Falcón". Trabajo de Grado. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" (UNEFM) Falcón.
17. Canet M y Col. (2004). "Factores de riesgo en adolescentes embarazadas, Puerto Cumarebo-Falcón". Trabajo de Grado. Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" (UNEFM) Falcón.
18. Jiménez, C. y Col. (2005). "Amenaza o inicio de parto prematuro y candidiasis vaginal departamento de gineco-obstetricia Hospital

Universitario “Dr. Alfredo Van Grieken” Santa Ana de Coro, Estado Falcón”. Trabajo de Grado. Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (UNEFM) Falcón.

19. Murgano. (2009). “Importancia de la evaluación periódica del riesgos biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas Hospital “Dr. Manuel Heredias Alas” población de Libertad, municipio Rojas estado Barinas” Trabajo de Grado. Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” (UNEFM) Falcón.
20. OMS (1992). Reproductive Health: a key to a brighter future
21. Aller, J. (2002). **Obstetricia moderna**. Editorial interamericana. Caracas-Venezuela.
22. Casini y Col. (2002). “Guía de control prenatal. Embarazo normal” **Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá**. 21 (2): 51-75 Argentina
23. Rigol, O. (2004). **Obstetricia y Ginecología**. editorial ciencias médicas Habana-Cuba.
24. Schwarcz R, y otros. (1987). “The perinatal information System I. the simplified perinatal clinical record”. **Perinat Med** 15 (suppl 1) 9
25. Shiono, P. (1986). **Smoking and drinking during pregnancy**. JAMA;255:82-4
26. Goldenberg R y otros. (2008). **Epidemiology and causes of preterm birth**. Lancet 371:75-84.
27. Dole N, y Col. (2003). “Maternal stress and preterm birth”. *Am. J. Epidemiol.* 157 (1): 14–24. <http://171.66.121.65/cgi/reprint/157/1/14> [Consultada 20-08-11]
28. Goldenberg R y Otros (1990). **Intrauterine growth retardation and preterm delivery: Prenatal risk factors in an indigent population**. Obstet Gynecol ;162:213-8
29. Goldenberg, R y Otros. (1998). “The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births. NICHD MFMU Network”. **Am J Public Health** 88 (2): 233–8

30. Rosenberg T. (2005). "Maternal obesity and diabetes as risk factors for adverse pregnancy outcomes: differences among 4 racial/ethnic groups". **Am J Public Health** 95 (9): pp. 1545–51.
31. Romero M y otros. (1989). "Metaanalysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery birth weight". **Obstetric Gynecol**, 73:576-82
32. Tucker, J. (1991). "Etiologies of the preterm birth in an indigent population: Is prevention a logical expectation?" **Obstet Gynecol** 77:343-7
33. Cunningham, F. (2001). **Obsterics 21 st ed**. New York: Mac Graw Hill,:780
34. Smith, G y otros. (2003). "Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study" **BMJ** 327, p. 313
35. Krupa, F y Col. (2006). "Predictors of preterm birth". **Int J Gynaecol Obstet** 94 pp. 5–11.
36. Acien, P. (1993). "Reproductive performance of women with uterine malformations" **Human reproduction** 8:122-126.
37. Skentou, C. (2006). "Prediction of patient-specific risk of early preterm delivery using maternal history and sonographic measurement of cervical length: a population-based prospective study". **Ultra Obstet Gynecol**; 27: 362–367
38. (Comps.) Fuentes, P. "Amenaza de parto pretérmino en los embarazos gemelares. XIX Congreso Español de Perinatología". Mesa redonda de obstetricia Madrid.
39. Colmenárez F. (2008) "Grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos atendidas en el departamento de obstetricia y ginecología del hospital central universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto Estado Lara" Trabajo de Grado, publicado Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA). Barquisimeto departamento de Obstetricia y Ginecología. decanato de Medicina
40. Samantha M, (2008) **Obstetricia y Ginecología**. México Editorial Wolters Kluwer health.

41. Bereck J. (2008) **Ginecología de Novak**. California-EEUU. Editorial Wolters Kluwer health
42. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, (2003) **Tratado de Ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción** España Editorial Panamericana
43. Uzandizaga, J. (2002). **Tratado de Obstetricia y Ginecología**. Editorial interamericana. Madrid- España.
44. Goldenberg R. (2002) "The management of preterm labor. Obstet Gynecol"; 100:1020-37 disponible en <http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm> [consultado el 20-08-11]
45. Puerta y otros. (1995), **Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos**. Barcelona-España. Editorial Mazon

ANEXOS



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA**

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INSTRUMENTO DISEÑADO POR: Autores

VALIDADO POR:

Cleotilde Jerez, Especialistas en Ginecología y Obstetricia, CI: 4.261.505

LUGAR DE TRABAJO: Hospital "Dr. Miguel Oran Guanare Portuguesa"

Manuel Chirinos, Especialistas en Ginecología y Obstetricia C.I:

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Universitario "Dr, Alfredo Van Grieken"

Maritza Puche, Especialista en pediatría y Puericultura C.I: 9.526.956

LUGAR DE TRABAJO: Hospital Universitario "Dr, Alfredo Van Grieken"

TÍTULOS DE LA INVESTIGACIÓN: Causas de Amenaza de Parto Pretérmino en Pacientes de la Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Thelmo Moreno", Barrancas, Municipio Cruz Paredes Estado Barinas Julio - Septiembre 2011



Universidad Nacional
Experimental
Francisco de Miranda
UNEFM

CAUSAS DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN PACIENTES DE LA
CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO DR THELMO MORENO,
BARRANCAS, MUNICIPIO CRUZ PAREDES
ESTADO BARINAS JULIO - SEPTIEMBRE 2011
ENCUESTA

DATOS PERSONALES									
Nombre y Apellido:		Dirección:		C.I		Fecha y lugar de nacimiento:			
Estado Civil:		Grado de Instrucción (GRAFFAR):		Edad		Ocupación:			
						TLF:			
HÁBITOS PISCOBIOLOGICOS									
Alcohol :		Tabaco:		Chimo:		Drogas:		Nº de parejas:	
ANTECEDENTES PERSONALES									
Alergias		Diabetes mellitus		Anemia		Enf. Mentales		TBC	
Amigdalitis		Cardiopatías		Tiroides		Otitis		Traumatismos	
Artritis		Enf. Renales		Gastropatías		Parasitosis		VIH	
Asma		Varices		Bronquitis		HTA		VDRL	
ANTECEDENTES GINECOLO-OBSTETRICOS									
Edad Gestacional: F.U.R		Nº de Gestas		Abortos		Nº de Controles			
ECO		Tipo de parto		Peso					
Complicaciones Durante el Embarazo		RPM		Periodontales					
Enf. Respiratorias		Leucorrea		ITU					
Anemia		Vaginosi bacteriana		Toxoplasmosis					
Parasitosis		Oligohidragio		Polihidramnios					



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
“FRANCISCO DE MIRANDA”
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA

GRAFFAR MODIFICADO

NIVEL PROFESIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA	NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	TIPO DE INGRESO	CONDICIÓN DE ALOJAMIENTO	CLASIFICACIÓN GENERAL
UNIVERSITARIO	UNIVERS. O EQUIVALENTE	RENTA	OPTIMAS CONDICIONES (LUJO)	I (4 a 6) CLASE ALTA
TÉCNICO	SECUNDARIA COMPLETA O TEC. SUP.	GANANCIA, BENEFICIOS Y HONORARIOS	OPTIMAS CONDICIONES (SIN LUJO)	II (7 a 9) MEDIA ALTA
EMPLEADO PEQUEÑO COMERCIANTE	SECUNDARIA INCOMPLETA O TEC. INF.	SUELDO MENSUAL ANUAL	BUENAS CONDICIONES SANITARIAS (ESPACIO REDUCIDO)	III (10 a 12) MEDIA BAJA
OBRERO ESPECIAL	EDUCACIÓN PRIMARIA. ANALFABETA	SALARIO SEMANAL DIARIO O POR TAREA	ALGUNAS DEFICIENCIAS SANITARIAS (CON O SIN ESPACIO REDUCIDO)	IV (13 a 15) OBRERA
OBRERO NO ESPECIALIZADO	ANALFABETA	DONACIÓN Y TRABAJOS OCASIONALES	CONDICIONES SANITARIAS INADECUADAS (RANCHO)	V (16 a 20) MARGINAL



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
"FRANCISCO DE MIRANDA"
ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA MEDICINA

Fecha: _____ Número: _____

Consentimiento Informado.

Se ha propuesto la siguiente investigación con el propósito de Determinar las Causas de Amenaza de Parto Pretérmino en Pacientes de la Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Thelmo Moreno", Barrancas, Municipio Cruz Paredes Estado Barinas Julio - Septiembre 2011, a su vez se impartirá la orientación adecuada sobre el tema a las pacientes.

Agradecemos su colaboración y sinceridad. Sus respuestas son confidenciales, su participación en el estudio no afecta de ninguna manera el servicio que está recibiendo por parte de la consulta de control prenatal. Si usted accede a participar la entrevista tendrá un periodo entre 10 y 15 minutos.

Yo, _____ CI: _____ hago constar que participe en la investigación titulada: **Causas de Amenaza de Parto Pretérmino en Pacientes de la Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Thelmo Moreno", Barrancas, Municipio Cruz Paredes Estado Barinas Julio - Septiembre 2011.** He sido previamente informada sobre los objetivos del estudio, las restricciones, beneficios y metodología del mismo; Acepto participar de forma voluntaria.

Nosotros, Belisario J. CI 18.288.916, Peña C. CI 18.560.147, Torres J. CI 18.054.837, hacemos constar que a través del presente documento, cumplimos con el Código de Deontología Médica Venezolana en su Artículo 194 sobre la investigación en seres humanos, Consentimiento informado del Paciente.

Yo, _____ CI: _____ hago constar que soy testigo de lo antes expuesto
