



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TESIS

“ASOCIACION EXISTENTE EN EL EMBARAZO MULTIPLE
Y PARTO PRE TERMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA, PERIODO 2016 - 2017”

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL**
Mención en Alto Riesgo Obstétrico

AUTORA

Golda Noemi, SINCHE RAMOS

ASESORA

Dra. Juana Irma PALACIOS ZEVALLOS

HUANUCO – PERU

2019



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las ...10:00... horas del día.....03..... del mes de Septiembre.. en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Dr. Edilberto Toscano Poma, **Presidente**, Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas, **Secretaria**, Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro, **Vocal**.

Nombrados mediante RESOLUCIONES Nº 1280-2019-D-FCS-UDH de fecha 02 de setiembre del 2019, para evaluar la Tesis intitulada: "**ASOCIACIÓN EXISTENTE EN EL EMBARAZO MULTIPLE Y PARTO PRE TERMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, PERIODO 2016 - 2017**", presentado por doña: **Golda Noemi SINCHE RAMOS**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobada Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de Buena.

Siendo las 11:30 horas del día 03 del mes de Septiembre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE
Dr. Edilberto Toscano Poma


SECRETARIA

Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas


VOCAL

Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro

DEDICATORIA

Dedico, con mucho cariño el presente trabajo a:

- ✚ Mi compañero de toda la vida, mi amado esposo, por su gran amor, comprensión y apoyo, para desarrollar la investigación
- ✚ A mis hijos, razón de ser de mi vida
- ✚ A la Universidad de Huánuco por la formación que me brindó

AGRADECIMIENTOS

- Con profunda devoción, agradezco a Dios, por ser mi guía en cada paso que doy y de esta manera cumplir las metas que me propongo.
- A las personas, que de forma desinteresada y me brindaron su apoyo.
- A mis compañeras de estudios, con quienes compartí las enseñanzas dentro de las aulas universitarias, durante mi formación como especialista.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
SUMARY	viii
INTRODUCCION	ix

CAPITULO I

1 PLANTEAMIENTO DE LA INVETIGACION

1.1 Descripción del problema	12
1.2 Formulación del Problema	15
1.2.1 Problemas específicos	15
1.3 Objetivo General	15
1.4 Objetivos Específicos	16
1.5 Justificación de la investigación	16
1.6 Limitaciones de la investigación	17
1.7 Viabilidad de la investigación	17

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación	18
2.2 Bases Teóricas	21
2.3 Definiciones Conceptuales de términos básico	26
2.4 Hipótesis	29
2.5 Variables	29

2.5.1	Variable dependiente	29
2.5.2	Variable Independientes.....	29
2.6	Operacionalización de Variables.....	30

CAPITULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1	Tipo de investigación	33
3.1.1	Enfoque.....	33
3.1.2	Alcance o nivel	33
3.1.3	Diseño.....	33
3.2	Población y muestra	34

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1	Procesamientos de datos.	37
	DISCUSIÓN.....	53
	CONCLUSIONES	54
	RECOMENDACIONES.....	55
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	56
	ANEXOS	60

RESUMEN

Nuestra investigación titulada ASOCIACION QUE EXISTE EN EL EMBARAZO MULTIPLE Y PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016- 2017, tuvo como objetivo :Determinar la relación que existe en embarazos múltiples y parto pre término en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017. Se trabajó con una muestra de 79 gestantes portadoras de embarazo múltiple y se llegó a los siguientes resultados: respecto a las edades. Que más predominó de 26 a 30 años, con el 42%, nivel de instrucción, es el nivel secundario con el 53%; la procedencia, de la zona rural con el 76%, la religión, el 62% fue de religión católica, estado civil el 53% estado civil conviviente, el 62% se encuentran en los que tenían de 3 a 4 gesta parida, con el 23% paridad un 97% tuvieron embarazo doble, la edad gestacional estas fueron: el 62% llegó hasta las 34 a 36 semanas de gestación, vía del parto el 84% tuvo parto por cesárea, APGAR del primer Feto es el siguiente, 62% APGAR entre 8 a 10, APGAR entre 5 a 7 el 32% y APGAR menor de 5 el 6%; mientras que el segundo feto presentó: 57% APGAR entre 8 a 10, APGAR entre 5 a 7 el 36% y APGAR menor de 5 el 8%. El 73% de personas en estudio presentó una sola vez embarazo múltiple, mientras que el 24% en dos oportunidades y solo el 3% en más de dos ocasiones. El 82% tuvo partos pre términos, el 67% no presentaron desprendimiento prematuro de placenta, el 86% presentaron infecciones del tracto urinario, hemorragias el 67%, no las tuvieron, ruptura prematura de membranas el 58% no presentó.

Palabras claves: asociación, embarazo múltiple, y parto pre término, gestantes

SUMMARY

Our research entitled ASSOCIATION THAT EXISTS IN THE MULTIPLE PREGNANCY AND PRE-TERM PREGNANCY IN GESTANTS OF THE PUCALLPA REGIONAL HOSPITAL PERIOD 2016-2017, had as objective: To determine the relationship that exists in multiple pregnancies and pre-term delivery in pregnant women of the Regional Hospital of Pucallpa period 2016-2017. We worked with a sample of 79 pregnant women carrying multiple pregnancy and the following results were obtained: with respect to ages. That most prevailed from 26 to 30 years, with 42%, level of instruction, is the secondary level with 53%; the origin, of the rural area with 76%, religion, 62% was of catholic religion, marital status 53% cohabiting civil status, 62% were found in those with 3 to 4 gestations born, with the 23% parity 97% had double pregnancy, gestational age these were: 62% came to 34 to 36 weeks of gestation, delivery route 84% had a cesarean delivery, APGAR of the first fetus is the following, 62% APGAR between 8 to 10, APGAR between 5 to 7 for 32% and APGAR for less than 5 for 6%; while the second fetus presented: 57% APGAR between 8 to 10, APGAR between 5 to 7 36% and APGAR less than 5 8%. 73% of people in the study had a single multiple pregnancy, while 24% twice and only 3% more than twice. 82% had pre-term deliveries, 67% had no placental abruption, 86% had urinary tract infections, 67% haemorrhages, no ruptured membranes, 58% did not present.

Key words: association, multiple pregnancy, and preterm delivery, pregnant

INTRODUCCION

Las gestaciones múltiples ocurren en una considerable proporción siendo, siendo esta en uno de cada 100 embarazos y su periodicidad se ha visto acrecentado durante las últimas décadas, esto se produce como consecuencias de la aplicación o utilización de la fertilización asistida y también a la edad avanzada de la madre para iniciar la procreación. Conocemos por teoría, que este tipo de gestaciones es considerado de alto riesgo, ya que se relaciona frecuentemente, con muchas complicaciones durante su proceso. Una de las primeras complicaciones que conlleva el embarazo múltiple es el parto pre término, luego encontramos a la hipertensión arterial inducida por el embarazo y seguidamente el retardo de crecimiento intrauterino. Por otro lado existen inconvenientes determinadas de la placentación gemelar, como la transfusión feto fetal, la restricción de crecimiento selectivo y la perfusión arterial reversa. Todas ellas incrementan la morbimortalidad perinatal.

El parto inmaduro está ampliamente elevado en el embarazo gemelar, estando considerado con el 50% de los partos que ocurren antes de las 37 semanas y el 10% antes de las 32 semanas (10). Esto está concisamente concerniente con el número de fetos, siendo la periodicidad de parto prematuro en embarazo triple aún mayor (30% bajo las 32 semanas). (1)

Uno de los problemas que se presentan en gestaciones múltiples es el parto pre término originado por la demasiada distendida de la matriz debido a que en su interior alberga dos o más productos, existiendo la posibilidad de la ruptura de las membranas ovulares en forma prematura. También, en

muchas oportunidades los profesionales que manejan este tipo de casos, recomiendan terminar el embarazo antes de término de esta, ya sea porque se presentan algunas complicaciones como sufrimiento fetal o algún tipo de causa que provoquen algún peligro para el producto o para la madre.

En alrededor del 50% de los casos de gestaciones compuestas, los bebés nacen tempranamente. (2)

Frecuentemente, los peligros que se mancomunan a un parto múltiple son los siguientes: Nacimiento precedentemente antes de la fecha probable del parto (o precoz), originándose un parto con un producto prematuro. Una gestación normal, que cursa con un solo un producto tiene una duración de aproximadamente 40 semanas, mientras que un embarazo de gemelos suele durar entre 35 y 37 semanas. Más de la mitad de los gemelos nacen de forma prematura (antes de las 37 semanas de formación) y el riesgo de parto prematuro aumenta en los partos con un número mayor de bebés.

Los recién nacidos en forma prematura tienen mayor probabilidades de enfrentarse a muchos riesgos correspondientes a su salud. El peligro a presentar complicaciones o problemas en su salud, se ven incrementados cuanto mayor sea el grado de prematurez. Debido a que necesitaran cuidados especiales y diferenciados de aquellos que nacieron a término, los recién nacidos precozmente se encuentran propensos a tener que estar en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) posteriormente del parto.(3)

En cualesquiera parte del universo más del 60 % de los gemelos y usualmente la integridad de los alumbramiento de más de dos productos,

estos suelen ser pre términos, vale decir que nacerán antes de las 37 semanas de gestación. Cuanto mayor sea el número de fetos en una gestación, mayor será el peligro de nacimientos precoces. Los recién nacidos precoces nacen antes de que sus cuerpos y órganos estén completamente maduros. Estos bebés a menudo son pequeños, poseen un bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos o 5,5 libras) y es posible que requieran ayuda para respirar, comer, combatir infecciones y mantener su temperatura corporal. Los recién nacidos muy precoces, nacidos anteriormente a las 28 semanas, son principalmente delicados y susceptibles, probablemente que algunos de sus sistemas aún no se encuentren preparados para sobrevivir fuera del vientre materno de pronto sea demasiados inmaduros para el funcionamiento adecuado . Muchísimos recién nacidos provenientes de embarazos dobles requieren necesariamente de una rigurosa atención especializada en la unidad de cuidados intensivos.

(4)

CAPITULO I

1 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1 Descripción del problema

Cuando a gestaciones dobles nos referimos, estos han ido en aumento a nivel mundial en forma muy reveladora durante las últimas décadas. Sin embargo entre las primordiales complicaciones de estos embarazos dobles son los partos pre términos. Los cuales van a afectar usualmente al más del 50% de las gestaciones dobles, siendo la principal causa de mayor envergadura de morbi mortalidad perinatal.

Estudiosos de la materia de una universidad prestigiosa de Chile juntamente con la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, que pertenecen a la Unidad de medicina Materno fetal, desarrollaron un trabajo de investigación teniendo como fundamental propósito el de estudiar la realidad existente a cerca de los diversos métodos de prevenir el parto pre termino en las gestaciones dobles. Teniendo que acordarse de que este tipo de casos es de muy alto riesgo obstétrico que van a representar al total de la morbilidad perinatal en un 15%. (5)

Uno de las ocurrencias más frecuentes en casos de partos prematuros, vienen a ser, las gestaciones múltiples, esto se debe a que el útero sufre una sobre distensión, ya que alberga más de dos productos, así mismo se puede producir la ruptura prematura de las membranas ovulares, o también pudiera comenzar las contracciones uterinas tempranamente. En otras situaciones cuando existen

embarazos múltiples, pueden suceder que se presenten sufrimiento fetal o algún tipo de riesgo para la salud de los bebés, en estas situaciones los galenos recomienda poner fin a la gestación, llevando a cabo una cesárea.

En alrededor del 50% de los casos de obstáculo múltiple, los bebés nacen prematuramente.(6)

Cuando nos referimos a partos que se producen prematuramente, en casos de gestaciones múltiples, estos significan un problema de salud pública, teniendo un elevado impacto sobre la morbilidad y la mortalidad neonatal. Sin embargo, hasta poco tiempo atrás, esto parecería no tener ningún tipo de solución para poder prevenirla; pero actualmente existen estudios que sugieren un efecto beneficioso en las estrategias más considerablemente manejadas en la prevención de parto prematuro en embarazos únicos. Pero sin embargo todavía no existen nuevos estudios clínicos ramdomizados que valoren tanto progesterona, cerclaje terapéutico, como pesario en embarazos gemelares de alto riesgo de prematurez, fundamentalmente aquellos escogidos por longitud cervical, pues se entiende ser este subgrupo el más favorecido con estas intervenciones. Otro aspecto significativo a reflexionar es el soporte psicológico de los padres en las unidades de Neonatología, ya que su vulnerabilidad en este periodo los hace susceptibles de trastornos psicológicos severos. (7)

Al referirnos a problema concerniente a embarazos múltiples asociados a partos prematuros, llama mucho nuestra atención que en

el Hospital Regional de Pucallpa se da numerosos casos y concluyendo realmente en partos pre términos y numerosas veces se da los partos en casa por la distancia que existe entre el hospital y sus domicilios el cual me llamo mucho la atención y con el apoyo de mi docente se pudo realizar dicha investigación.

Las ocurrencias de los partos prematuros y loas gestaciones múltiples, se dan en la gran mayoría en los grupos más vulnerables desde el punto de vista socioeconómico de las naciones en vías de desarrollo tanto en las zonas urbanas como en rurales.

Biológicamente el útero debe estar maduro para que el feto pueda adaptarse a la vida extrauterina, cuando seda el parto prematuro y embarazo múltiple se muchos problemas para el feto.

El embarazo gemelar se presenta en 1 de cada 100 embarazos y su frecuencia se ha elevado en los postremos años como resultado de técnicas de fertilización asistida y cuando la mamá es una mujer de mayor edad. Se conoce que por su trayectoria la gestación múltiple tiende a ser de un alto grado de dificultad debido a que está asociado con diversas patologías de la gestación. Teniendo como primordial inconveniente los nacimientos precoces en cuanto a la edad gestacional.

Existen dificultades determinadas en relación a la placenta, cuando se trata de embarazo doble, como la transfusión feto fetal, la restricción de crecimiento selectivo y la perfusión arterial reversa. Todas ellas aumentan la morbimortalidad perinatal.(8)

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la Asociación que existe en el embarazo múltiple y parto pre término en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2016- 2017?

1.2.1 Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de embarazos múltiples en gestantes del hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.?
- ¿Cuál es la frecuencia de partos pre términos en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.?
- ¿Cuál es la frecuencia de partos múltiples y partos pre términos según edad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, hábitos nocivos previa enfermedad sistémica en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo placentarios y uterinos de parto pre término (desprendimiento prematuro de placenta, ITU, hemorragia del Embarazo, ruptura prematura de membrana), del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.?
- ¿Cuál es la reincidencia de embarazos múltiples y partos pre términos en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017?.

1.3 Objetivo General

Determinar la relación que existe en embarazos múltiples y parto pre término en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.

1.4 Objetivos Específicos

- Describir la frecuencia de embarazos múltiples en gestantes del hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.
- Describir la frecuencia de partos pre términos en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.
- Describir la frecuencia de partos múltiples y partos pre términos según edad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, hábitos nocivos previa enfermedad sistémica en el hospital regional de Pucallpa periodo 2016-2017. .
- Identificar los factores de riesgo placentarios y uterinos de parto pre término (desprendimiento prematuro de placenta, ITU, hemorragia del Embarazo, ruptura prematura de membrana), del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.
- Describir a reincidencia de embarazos múltiples y partos pre términos en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.

1.5 Justificación de la investigación

En el mundo se presenta embarazo múltiple y prematuridad desde 1980 se ha observado el incremento del 65% en la frecuencia de embarazos múltiples y partos pre términos antes de las 37 semanas.

En Inglaterra y Gales la incidencia de embarazos múltiples y partos pre términos se dio El 42% antes de las 32 emanas esto se asocia con trastornos del crecimiento fetal.

A nivel nacional Durante el 2015, del total de partos pre términos según la OMS se dio 6,5%.

A nivel regional se da el 2.2% de partos pre términos y embarazos múltiples.

1.6 Limitaciones de la investigación

Creemos que la principal limitante sea que el trabajo de investigación se centrará en un solo establecimiento de salud.

Asimismo otra limitante que probablemente se encuentre durante el desarrollo del presente trabajo sería la poca disponibilidad de tiempo y los recursos económicos con que se cuenta, ya que todo los gastos que genere el trabajo serán de recursos propios de la investigadora.

1.7 Viabilidad de la investigación

El trabajo de investigación es viable, desde la siguiente perspectiva:

- **Académica:** La exploración de algunas teorías que resguardan el análisis de las variables de estudio, se realizó en base a la revisión de trabajo de investigación afines, que respaldaron la consistencia de las dimensiones a utilizar.
- **Apoyo institucional:** Se contó con las facilidades oportunos de parte del establecimiento donde se realizó el trabajo.
- **Económica:** El investigador cuenta con los recursos concernientes para enfrentar la implementación del presente proyecto de investigación, que permitió alcanzar los objetivos propuestos.
- **Pertinencia:** Las variables a analizar, forma parte del ámbito de estudio, que es una de las líneas de investigación de la especialidad.

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Ovalle Et “en un artículo del 2012, Nos indica que los elementos de peligro se coligan con el parto pre término y embarazo múltiple se ha acrecentado en Chile el cual se asocian principalmente con pre eclampsia siendo la causa más frecuente en ese país el cual está en estudios.”(9).

Según el Dr. Olaya en el año 2012-2013. En un trabajo que realizó a los riesgos que desencadenaban, durante el embarazo múltiple y el parto pre término en las jóvenes que se embarazaron por primera vez en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en Guayaquil, empleando un diseño retrospectivo, no experimental y teniendo como población objetivo a jóvenes que oscilaban entre los 14 a 19 años de edad, encontró que el 93% ,el 65% tuvieron más de 6 atenciones prenatales, el 54% han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62% ,el 61% mostraron tener algún grado de infección del tracto urinario. .(10)”

Retureta et al. En el año 2015, Realizó un trabajo de investigación de tipo analítico de casos y controles relacionados con los elementos de riesgo en casos de partos pre términos y las gestaciones múltiples, en las jóvenes embarazadas del municipio Ciego de Ávila de Cuba, donde se hallaron que en cuanto a la condición nutricional de las embarazadas estas tenían efectos adversos ya que habían diversos estados de mal nutrición en ellas, respecto a la evolución durante el

embarazo, hay componentes coligados a la ocurrencia de complicaciones. La talla materna inferior a los 1.50 cm se mostró alguna relación al hacer el análisis univariado y al realizarse un análisis multivariado no hubo relación significativa.”(11).

Aboada, en el año 2013,” Realizó un estudio cuantitativo relacionados a los elementos de riesgo coligados parto pre término y embarazos múltiples en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”, Con alrededor de 585 gestantes, los componentes concernidos al parto pre término con mayor incidencia fueron: Multigestas 58.7%, nulípara con 37.5%, sin antecedente de parto pre término con 60.0%, sin antecedente de aborto con 60.0%.”(12).

Blencowe. H, Cousens, Lawn JE. National “Nos refiere que en el África y Asia Meridional se originan más del 60% de los nacimientos prematuros y embarazos múltiples el cual es una dificultad mundial. En los países de ingresos bajos el 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Los países con mayor número de nacimientos prematuros y embarazos múltiples son: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Filipinas, Brasil, EEUU; según un estudio realizado en junio del 2012 “. (13).

Estrada Carrillo Olga Verónica, Elaboró un estudio relacionado a los “Factores que desencadenan la amenaza de parto Guayaquil-Ecuador 2013, llegando a concluir que de todo lo investigado, relacionado a las amenazas de parto pre término como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco Obstetricia del Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Porcel”, se evidencia que existe una elevad número de estos casos,

que está correspondida con componentes de riesgo: como la paridad con el 61% que se exteriorizó en multíparas, en el rango de 18 a 25 años con el 46%, con el 61% de acuerdo a la ocupación que desempeña corresponde a ama de casa, el 45 % tuvieron más de 5 controles prenatales. El 79% se le realiza maduración pulmonar fetal con dexametasona y batametasona. La infección de vías urinarias es un factor predominante con un 67% en las pacientes con amenaza de parto pre término confirmada por exámenes clínicos, el 89% se realizó examen de orina (físico, químico y sedimento) y el 11% además se efectuaron cultivo y antibiograma de forma particular, y de estos el 59% de los resultados del cultivo fue (+) para la bacteria Escherichia coli. Las pacientes cuyo ingreso fue por amenaza de parto pre término el 85% mejoro sus circunstancias y el 11% concluyo en parto, el 4% termino en Cesárea, de los cuales el 65% fueron recién nacidos sanos de 37 semanas de gestación, y el 35% mostraron distres respiratoria que concluyeron en la unidad de cuidados inter medios neonatales. (14)

Escobar-Padilla Beatriz elaboró una investigación sobre Factores de riesgo asociados a parto pre término en un hospital de segundo nivel de atención. Encontrando los siguientes resultados: que dentro de las causas o elementos de riesgo que están ligados a un parto pre término se hallan las infecciones del tracto urinario, la cérvico-vaginitis, la ruptura prematura de membranas, la pre eclampsia, el embarazo gemelar, el tabaquismo, la placenta previa, el parto

prematureo previo, el grado bajo de escolaridad, la falta de control prenatal .

Por todo lo anterior es necesario considerar medidas de vigilancia durante el control prenatal, ya que el 100% de los factores de riesgo asociados a parto pre término son potencialmente prevenibles. Deben implementarse acciones enfocadas a detectar estos factores en forma temprana y oportuna a fin de evitar complicaciones durante el embarazo y poder llevarlos a buen término. **resultados:** los factores de riesgo asociados a parto pre término fueron la placenta previa: RM = 10.2 (p = 0.005); el antecedente de parto pre término: RM = 10.2 (p = 0.005); la pre eclampsia: RM = 6.38 (p = 0.00); el embarazo gemelar: RM = 5.8 (p = 0.000), el oligohidramnios: RM = 5.8 (p = 0.000); el tabaquismo = RM = 4.6 (p = 0.002), la ruptura prematura de membranas: RM = 4.1 (p = 0.000); la cervicovaginitis: RM = 3 (p = 0.000); la infección del tracto urinario: RM = 1.5 (p = 0.010). (15)

2.2 Bases Teóricas

El parto pre término (antes de la semana 37 de embarazo) suele presentarse alrededor del 50% de los partos de gemelares, en el 90% de los trillizos, y en todos los embarazos cuádruples. La prematuridad está coligada con un riesgo adicional de morbilidad neonatal.

La gestación múltiple en embarazos espontáneos simboliza el 1-2% de todos los embarazos. Cuando se usan fármacos estimuladores de la ovulación o tratamientos de Reproducción Asistida ésta se eleva hasta el 30-35%.

COMPLICACIONES DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO EN GESTACIONES MÚLTIPLES

La generalidad de las complicaciones fetales y neonatales están correspondidas con la prematuridad y el bajo peso fetal.

Las dificultades del producto de la gestación y del RN durante el embarazo múltiple son:

- El fracaso o la pérdida intrauterina de uno o más fetos
- El crecimiento intrauterino retardado (CIR).
- Las anomalías congénitas. (16)
- **La prematuridad** está relacionada con un riesgo suplementario de morbimortalidad neonatal. La muerte neonatal (durante el primer mes de vida), frente a una gestación única, se multiplica por 7 en los embarazos gemelares y por 20 en los triples.
- Las consecuencias a largo plazo son 25 veces más acostumbres en grandes prematuros (peso inferior a 1000 gramos). La parálisis cerebral es la discapacidad neurológica más importante del recién nacido. Comparado con gestaciones únicas, es 6 veces superior en los gemelos y 18-20 veces mayor en los triples.

Seguimiento de la gestación múltiple

Toda gestación que curse con más de dos productos, esta debe ser atendido por un profesional especialista y debe tener la referencia correspondiente a un establecimiento de salud de alta complejidad.

Posteriormente al inicio de la atención pre natal deberá, en forma obligatoria, solicitarle que se realice un examen ecográfico correspondientes a las semanas 11 a 14. Determinado el número de fetos y la cronicidad, la conducta a seguir será de manera diferenciada.. La atención de inicio necesariamente debe de incluir una minuciosa anamnesis consistente a determinar si existen factores de riesgo que conlleven a producir partos precoces y síndromes hipertensivos del embarazo, examen físico, peso y talla con cálculo de IMC (Índice de Masa Corporal) y presión arterial. (17)

Ecografías

Además de solicitar la ecografía a las 11–14 semanas donde, conjuntamente debe definirse la corionicidad, se ofrecerá tamizaje de enfermedades cromosómica, también debe de solicitarle que se realice el examen ecográfico entre las 20–24 semanas, con la finalidad de buscar alguna malformación anatómica. La utilización continua de la medida del cérvix y Doppler de arterias uterinas para la búsqueda de parto prematuro y pre eclampsia no está recomendada. Cuando se presentan casos de gestaciones, los exámenes ecográficos de las semanas 16 y 24, estas tienen como propósito signos de transfusión feto fetal. Desde las 24 semanas hacia adelante las ecografías nos servirán para determinar el aproximado del peso del feto y precisar el grado de crecimiento, de acuerdo a lo determinado en la tabla de gestaciones únicas.

En Chile, se encomienda utilizar la tabla de alarcón-Pitaluga para este efecto. En cada ecografía se apreciará el peso y su disconformidad (feto de mayor peso-feto menor peso/feto de mayor peso) asimismo

del volumen de líquido amniótico. El Doppler quedará conveniente en caso de desarrollo discrepante (mayor de 25% y/o un feto con crecimiento menor al percentil 10. (18)

Control prenatal Embarazo Monocorial: Se encomiendan realizar por lo menos nueve atenciones pre natales. Los cuales deben de considerar control de policlínico y ecografía a las semanas 16, 18, 20, 22, 24, 28, 32, 34 y 36.

Embarazo Bicorial: Se encomiendan seis atenciones como mínimo. Posteriormente del inicio a la atención prenatal y ecografía para definir la corionicidad, se exhorta la atención obstétrica y el examen ecográfico a las 20, 24, 28, 32, 34 (sin ecografía) y 36 semanas.

Embarazo Triple: La conducta a adoptar en estos casos debe ser determinado de acuerdo a la corionicidad con la diferencia que estos exámenes se realizarían hasta la semana 34.

Momento de interrupción de embarazo gemelar no complicado

Embarazo Bicorial Amniótico: Establecido, este problema que en un 60% la culminación es de manera espontánea y suele ocurrir mayormente antes de que se cumpla las 37 semanas de gestación, presentándose un incremento en cuanto al riesgo de muerte fetal súbita, por lo que se recomienda la culminación del embarazo a las 36 semanas, luego de una adecuada maduración pulmonar fetal.

Embarazo Triple: Fundamentado que el 75% de estas gestaciones terminan de manera espontánea, antes de alcanzar las 35 semanas, aumentando asimismo el riesgo de muerte fetal inesperada aumenta

desde las 36 semanas en adelante, se recomienda la interrupción a las 35 semanas previo uso de corticoides.(19)

Vía del parto

Tenemos indicaciones que son absolutas para que el parto termine por vía abdominal y son las gestaciones Mono amnióticas, mellizos pagos e autónomo de la corionicidad, la exposición no craneal del primer gemelar También tenemos las indicaciones relativas: Como la presentación cefálica del gemelo uno con presentación no cefálica del gemelo dos.(20)

Tamizaje de enfermedades cromosómicas

El tamizaje de enfermedades cromosómicas se realiza en la ecografía de 11–14 semanas mediante la combinación del riesgo asociado a la edad materna, marcadores ecográficos como la translucencia nucal, presencia de hueso nasal, flujo tricúspide, *ductus* venoso y marcadores bioquímicos (B-hCG libre y PAPA-A).

Si sensibilidad del tamizaje para trisomía 21 en gemelos es de 87% para la combinación de edad materna y marcadores ecográficos y sube a 93% con la adición de marcadores bioquímicos.

El DNA fetal en sangre materna, aun cuando ha mostrado alta sensibilidad en el *screening* de trisomía 21 en embarazo múltiple, no se puede recomendar dado el bajo número de estudios publicados hasta el momento. (21)

Parto prematuro

El parto prematuro está considerablemente aumentado en el embarazo gemelar, siendo el 50% de los partos menor a las 37

semanas y el 10% antes de las 32 semanas. Esto está directamente relacionado con el número de fetos, siendo la frecuencia de parto prematuro en embarazo triple aún mayor (30% bajo las 32 semanas).

Predicción de parto prematuro: El antecedente de un parto prematuro y cérvix menor a 25 mm entre las 20–24 semanas son los mejores predictores de parto prematuro en embarazos gemelares. La monitorización de actividad uterina, fibronectina y cultivos vaginales de rutina en búsqueda de infecciones cérvico vaginales no han mostrado utilidad en la predicción del parto prematuro.

En relación a la prevención del parto prematuro, el reposo en cama, toco líticos orales de mantención y cerclaje no han mostrado ser de utilidad en la prevención del parto prematuro. La progesterona si bien no ha disminuido la frecuencia de parto prematuro, en un Meta análisis mostró disminuir la morbilidad neonatal compuesta asociada a la prematurez, motivo por el que podría recomendarse su uso en dosis de 200 mg /día vaginal.

Los corticoides tienen la misma indicación que para embarazos simples con amenaza de parto prematuro entre las 24 y 35 semanas.(22)

2.3 Definiciones Conceptuales de términos básico

PARTO PRE TÉRMINO:

No tiene una incidencia igual en todos los países, La Organización Mundial de la Salud, considera nacido pre término a: “Aquel nacido Con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), con Independencia del peso al nacer”. Entonces definiremos

parto pre término al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menor de 259 días) como límite superior de prematuridad.^{7, 8} Con un interés pronóstico se clasifica a los pre términos según las semanas de gestación en: moderado (33 – 36 semanas), muy pre término (28 – 32 semanas) .

Se denomina parto pre término al que tiene lugar de ocurrencia entre las 28 a 36 Semanas de gestación, causadas por un conjunto de condiciones clínicas ocurridas en la actualidad o en embarazos anteriores.

Otra definición del parto de pre término según el criterio establecido por la O.M.S. y por la F.I.G.O. “Es considerado como pre término todo nacimiento ocurrido entre las 22 y 37 semanas de amenorrea cumplidas”. Existen y han existido varias definiciones de Parto de Pre término pero el criterio cronológico es el más válido hoy; sin embargo el límite cronológico que define el parto de Pre término puede variar según los países, en función de los límites adoptados para la viabilidad fetal y según lo que se considera como Parto propiamente tal. De acuerdo con esto, se encuentran definiciones que sitúan al Parto de Pre término entre las 20 y 36 semanas de amenorrea o entre las 22 y 36 semanas. (Algunas publicaciones anglo – sajonas). También se emplea el criterio ponderal que establece para el recién nacido prematuro un peso mínimo de 500 grs. y un máximo de 2.500 gr. Esta definición es utilizada sobre todo cuando la edad gestacional es dudosa y la gestación ha sido poco controlada. Cabe señalar que el criterio ponderal resulta poco útil en la clasificación del término

gestacional, puesto que 30 - 40% de niños que nacen con menos de 2.500 grs. corresponden a niños de término con restricción del crecimiento intrauterino. Otros estudios definen como límite inferior de edad gestacional a las 28 semanas²⁷. Nosotros en este estudio tomaremos la definición de, parto que ocurre entre las 28 a 36 semanas contactadas a partir de la última regla. (23)

EL EMBARAZO MÚLTIPLE:

Se define como la presencia de dos o más fetos dentro del útero. Embarazos trillizos monocoriónicos amnióticos: los tres fetos comparten una sola placenta, un feto tiene un saco amniótico separado y dos fetos comparten un saco amniótico. (24).

FACTORES DE RIESGO:

Es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Queda implícita la idea de que la posibilidad de consecuencias adversas aumenta con la presencia de más características o factores determinantes de esas consecuencias. Se habla del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte que pueden ser evitados o reducidos si se emprende acciones antes que ocurra. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que

permiten acciones preventivas, eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia. (25)

2.4 Hipótesis

Ha: Existe asociación en el embarazo múltiple y parto pre termino en gestantes del hospital regional de Pucallpa en el periodo 2016- 2017

Ho: No Existe asociación en el embarazo múltiple y parto pre termino en gestantes del hospital regional de Pucallpa en el periodo 2016- 2017

2.5 Variables

2.5.1 Variable dependiente

Asociación que existe en el embarazo múltiple y parto pre termino

2.5.2 Variable Independientes

Gestantes

2.6 Operacionalización de Variables

GRUPO DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDADES
PARTO PRETERMINO	Aquel que ocurre después de las 28 SS y antes de las 37 semanas de gestación, independiente del peso de nacimiento.	Se definirá según lo expresado en la HCL basado en la edad Gestacional por F.U.R. y aquellos confirmado por el método de Capurro.	Numérico / Dependiente	Numero
EMBARAZO MULTIPLE	Se define así cuando en el vientre materno aloja mayor o igual de dos fetos de manera Simultánea.	Se definirá según lo expresado en la HCL basado en la edad Gestacional por F.U.R. y aquellos confirmado por el método de Capurro	Numérico / Dependiente	Único () Múltiple ()

DATOS GENERALES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDADES
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde Que nace.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la Gestante hasta el momento del estudio. Se medirá en años, de acuerdo a la historia Clínica.	Numérico / Dependiente	Adolescente (12 – 19) Adulta (20 -34) Añosa (>35)
LUGAR DE PROCEDENCIA	Se define como el lugar o zona de donde proviene una persona.	Se definirá de acuerdo al lugar o zona de donde proviene la madre gestante (lugar de nacimiento) que se medirá en forma urbana, Urbano marginal y rural.	Nominal / independiente	1. Urbano () 2. Urbano marginal () 3. Rural ()
ESTADO	La unión de personas de diferente sexo con fines	La unión de personas de	Nominal /	1. oltera ()

CIVIL	de procreación y vida en común	Diferente sexo y se medirá: soltera, casada y conviviente de acuerdo a la historia clínica.	independiente	2. casada () 3. Conviviente ()
NIVEL DE INSTRUCCION	Nivel educacional Recibido por parte de la madre.	Se definirá por la historia clínica en: analfabeto primaria, secundaria y Superior.	Ordinal/independiente.	0. Analfabeto () 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Superior ()

FACTORES GESTACIONALES OBSTERICOS

Variables	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDADES
GESTACIONES PREVIAS Y PARIDAD	Numero de gestaciones y de partos previos (mayor de 20 semanas de gestación)	Gestaciones y partos que ha presentado la gestante Hasta el momento de estudio registrados en la historia clínica.	Numérico/ independiente	1.- primigesta () 2.- multigesta ()
ANTECEDENTE DE ABORTO Y PARTO PRETÉRMINO	Historia de aborto en gestaciones anteriores e historia de parto pre término en gestaciones anteriores	Se definirá según lo expresado en la historia clínica en forma numérica y se procesara: 1) Presento, o 2) No presento.	Numérico/ independiente	1. Aborto () 2. Parto pre término ()
ATENCIÓN PRENATAL	Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de la salud en la mujer gestante, vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción	Se definirá como gestante CONTROLADA aquella que tenga más de 3 controles y como MAL CONTROLADA aquella que tenga menor de 4, y NINGUNO aquellas que No tienen ningún control.	Numérico independiente	1. Ninguno 2. Controlada ≥ 4 3. Mal Controlada < 4
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	Presencia de patógeno bacteriano que causa una infección en el sistema urinario.	Se definirá según lo expresado en la historia Clínica prenatal. Se procesara según el sedimento urinario.	Nominal/ independiente	1. Presento () 2. No presento ()

FACTORES DE RIESGO PLACENTARIOS Y UTERINOS DE PARTO PRE TÉRMINO

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDADES
HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO	Se define como el sangrado de origen obstétrico	Se consignara en la ficha de datos como: Ninguno, hemorragia del 2° trimestre y hemorragia Del 3° trimestre.	Numérico independiente	1. 1° mitad embarazo 2. 2° mitad embarazo
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Es la solución de continuidad de la Membrana Cori amniótico antes del inicio del trabajo de parto.	Se definirá según lo expresado en la historia Clínica: SI: historia positiva de RPM. NO: sin historia de RPM.	Nominal independiente	Presento () No presento ()

CAPITULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

En la presente investigación el método a utilizar corresponde al cuantitativo.

El tipo de Investigación será Retrospectivo, porque se analiza en el presente, Pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados y Transversal porque se realiza con datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia.

3.1.1 Enfoque

El enfoque de la presente investigación será de tipo descriptivo, retrospectivo, Correlacional, con un diseño no experimental, ya que se analizarán las variables De estudio en un solo momento de acuerdo al siguiente esquema.

3.1.2 Alcance o nivel

Metodológicamente el nivel de la investigación corresponde a un estudio descriptivo analítico.

La investigación será de tipo cuantitativa, transversal (01 sola medición), retrospectivo (año 2016-2017).

3.1.3 Diseño

El diseño de la investigación planteado será de tipo descriptivo simple:

M ----- O

3.2 Población y muestra

La población estará constituida por 117 embarazos múltiples que terminaron en parto pre término

Muestra: Será calculada utilizando la formula estadística para poblaciones finitas obteniéndose el resultado de 79 casos. El criterio metodológico para la selección de la muestra corresponde al muestreo probabilístico aleatorio simple, a través del cual la elección de la muestra se realizará al azar y en una sola etapa. Este tipo de muestreo permitirá realizar la inferencia estadística y trasladar los datos de la muestra al conjunto de la población.

Aplicación de la Formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo que es igual 1117

Z = Nivel de confiabilidad de 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (10% = 0,1)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{(117) (1.96)^2 (0,5) (0,5)}{[(0,05)^2 - 116] - (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

79

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

INCLUSION:

1. Gestante con embarazos múltiples (12- 39) años.
2. Gestante con embarazos múltiples en el primer embarazo.
3. Gestante con embarazos múltiples atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa 2016-2017.

EXCLUSIÓN:

1. Gestante con violación.
2. gestante con embarazos múltiples no controlados por la zona rural.
3. gestante con partos pre términos y embarazos múltiples en adolescentes.
4. Gestante con embarazos múltiples atendidos en otro establecimiento en el 1 ° y 2 ° trimestre.
5. Historias clínicas ilegibles.

3.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos

La técnica a emplearse será cuestionario que nos servirá para recolectar información de acuerdo al instrumento de recolección de datos elaborado para este fin.

3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información, Análisis descriptivo.

Se efectuará el análisis descriptivo de cada una de las variables determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables nominales o categóricas.

Análisis inferencial.

Para realizar el análisis de relación entre los estilos de vida y la calidad de atención a los usuarios, se utilizará la prueba estadística Tau-B

Kendall, debido a que las variables a correlacionar son cualitativas y ordinales.

El nivel de confianza que se considerará será del 95 % y el análisis estadístico se realizará a través del paquete SPSS versión 19 para Windows.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Procesamientos de datos.

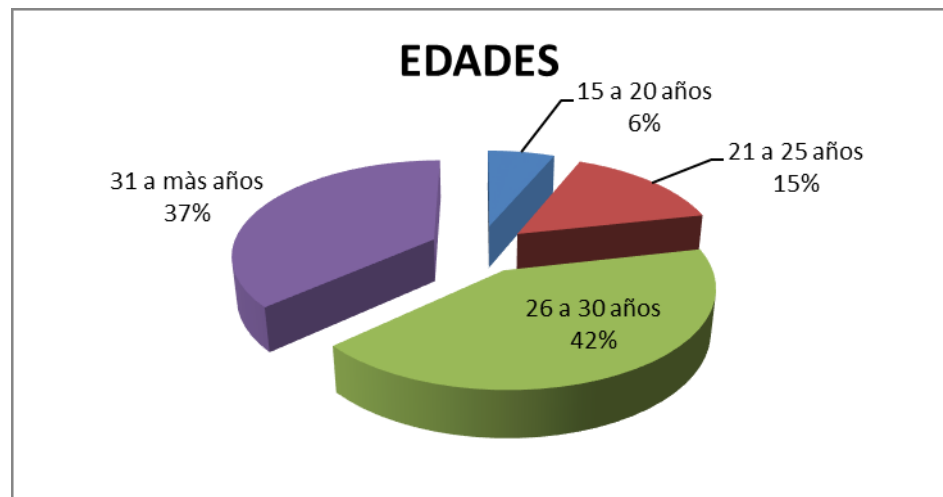
Asociacion que existe en el embarazo multiple y parto pre termino en gestantes del hospital regional de pucallpa en el periodo 2016-2017

DATOS GENERALES

Tabla N° 1

EDAD	N°	%
15 a 20 años	05	06
21 a 25 años	12	15
26 a 30 años	33	42
31 años a más	29	37
TOTAL	79	100

Gráfico N° 1



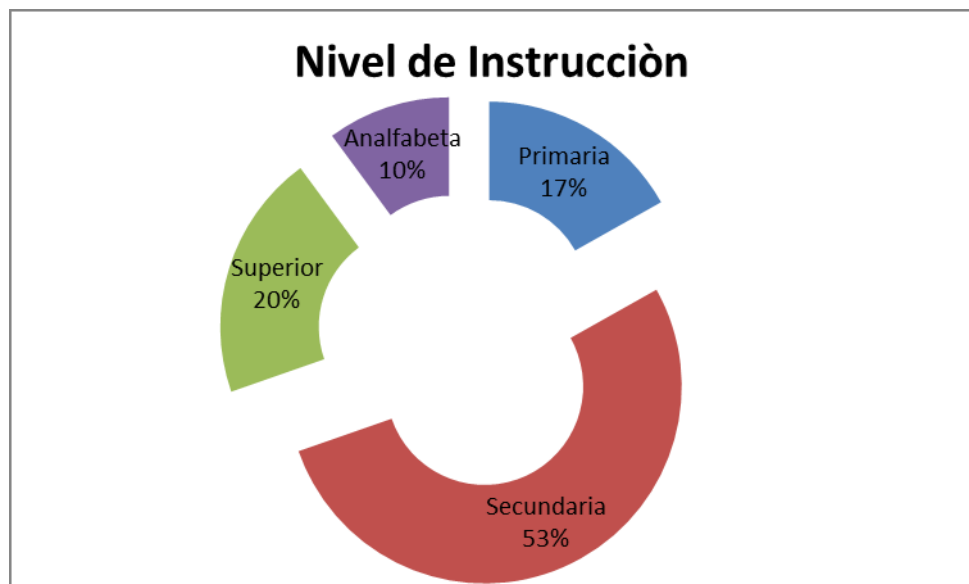
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- En el presente resultado se puede evidenciar, respecto a las edades. De la población en estudio, que el grupo atareo que más predominó fue el concerniente a las edades de 26 a 30 años, con el 42%, seguidas de aquellas que comprendían entre las edades de 31 a más con el 37%.

Tabla N° 2

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	15	17
Secundaria	47	53
Superior	18	20
Analfabeta	09	10
TOTAL	79	100

Gráfico N° 2



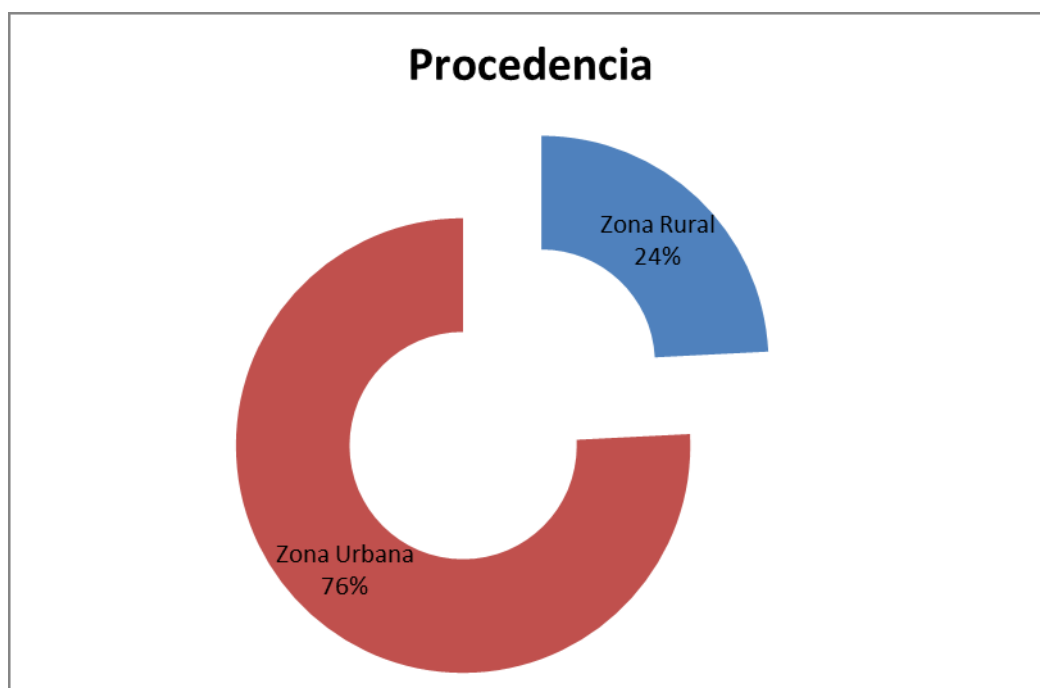
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- Referente al nivel de instrucción, se observan en los resultados obtenidos, que el nivel que más alto porcentaje presentó es el nivel secundario con el 53% de la población en estudio, seguidas de las que cursaron educación superior con el 20, seguidas del nivel primario con el 17% y, solamente con el 10% que no contaban con ningún grado de estudios.

Tabla N° 3

PROCEDENCIA	N°	%
Zona Urbana	56	76
Zona Rural	23	14
TOTAL	79	100

Gráfico N° 3



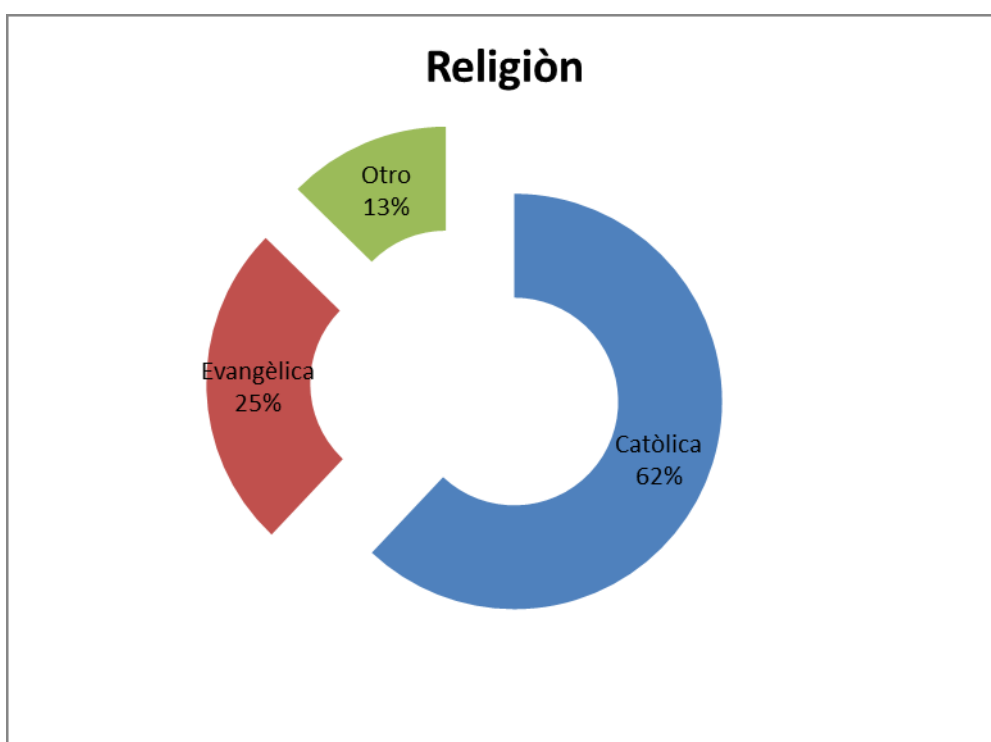
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.-Al obtener los resultados, en relación a la procedencia, se puede observar que la mayoría de la población estudiada procedía de la zona rural con el 76%, mientras que el 24% fueron de procedencia de la zona rural

Tabla N° 4

RELIGIÓN	N°	%
Católica	49	63
Evangélica	20	25
Otro	10	13
TOTAL	79	100

Gráfico N° 4



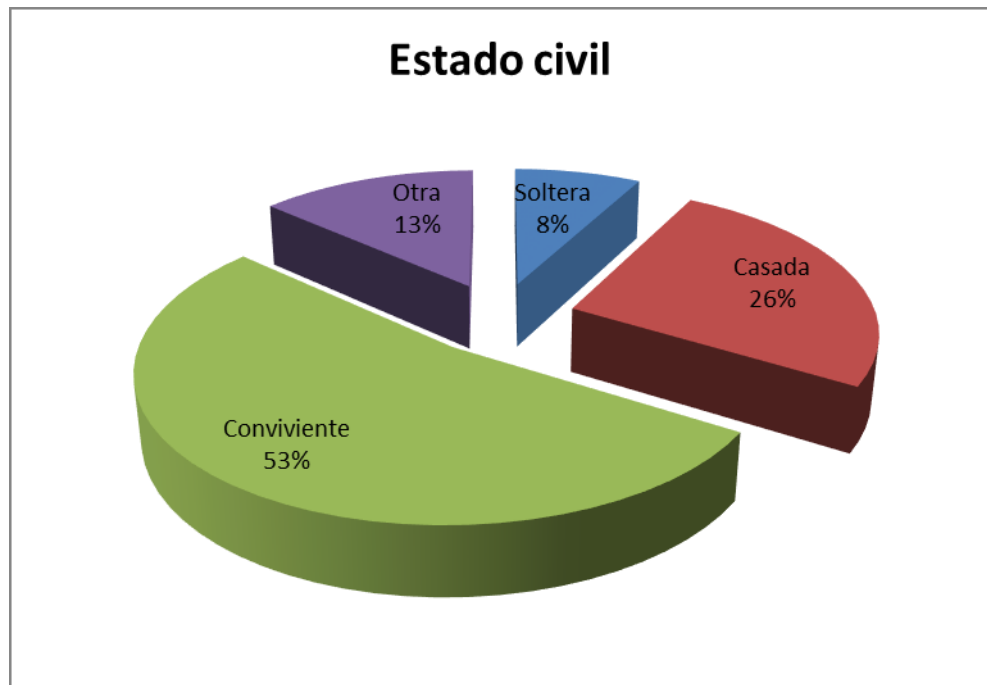
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- Como vemos, en los resultados obtenidos frente a la religión que profesan, el 62% fue de religión católica, mientras que el 25, profesa la religión evangélica y el 13% son de otras religiones.

Tabla N° 5

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	07	08
Casada	23	26
Conviviente	47	53
Otro	12	13
TOTAL	79	100

Gráfico N° 5



Fuente: Propia del investigador

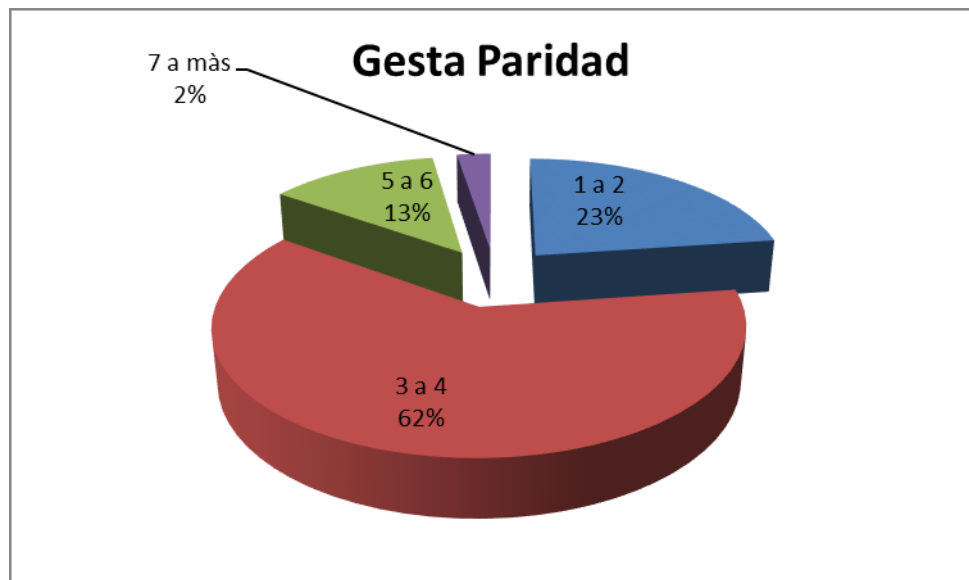
Interpretación.- Referente al estado civil se observan los siguientes resultados: El 53% de la población sujeto a estudio fueron de estado civil conviviente, seguidas con el 26% de estado civil casada, mientras que con el 13% encontramos otra condición y el de condición soltera el 8%.

DATOS OBSTETRICOS

Tabla N° 6

GESTA PARIDAD	N°	%
1 a 2	18	23
3 a 4	49	62
5 a 6	10	13
7 a más	02	02
TOTAL	79	100

Gráfico N° 6



Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- Se evidencian en los resultados obtenidos que el 62% se encuentran en los que tenían de 3 a 4 gesta parida, con el 23% los que tenían entre 1 a 2, con el 13% con 5 a 6 y con el 2%, los que tuvieron gesta paridad de 7 a más.

Tabla N° 7

NUMERO DE FETOS	N°	%
2	77	97
Más de 2	02	03
TOTAL	79	100

Gráfico N° 7



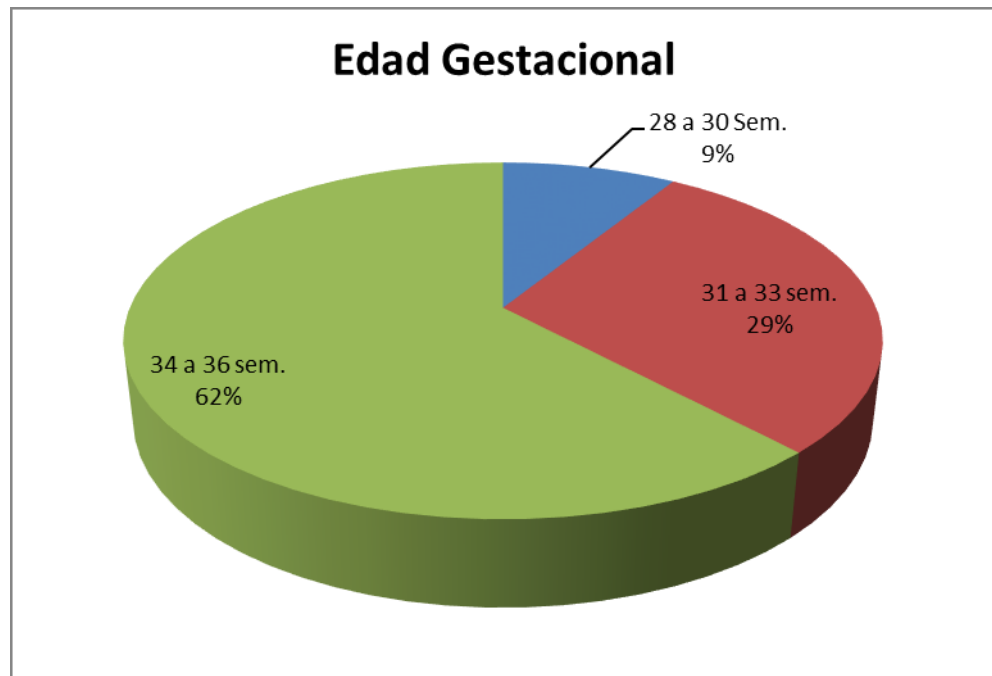
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- En los resultados obtenidos se pueden verificar que un 97% tuvieron embarazo doble, mientras que un solo 3% tuvo embarazo con más de dos productos.

Tabla N° 8

EDAD GESTACIONAL	N°	%
28 a 30 semanas	07	09
31 a 33 semanas	23	29
34 a 36 semanas	49	62
TOTAL	79	100

Gráfico N° 8



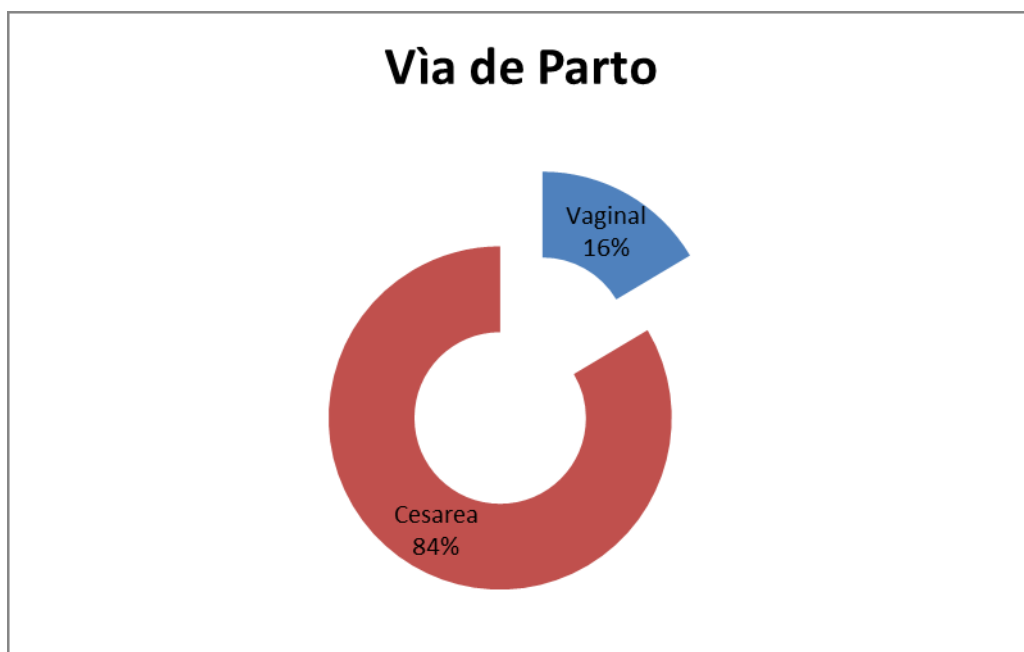
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- Cuando se obtuvo los resultados sobre la edad gestacional estas fueron: El 62% llegó hasta las 34 a 36 semanas de gestación, mientras que el 29% alcanzó las 31 a 33 semanas y el 9% llegó hasta las 28 a 30 semanas de embarazo.

Tabla N° 9

VÍA DE PARTO	N°	%
Vaginal	13	16
Cesárea	66	84
TOTAL	79	100

Gráfico N° 9



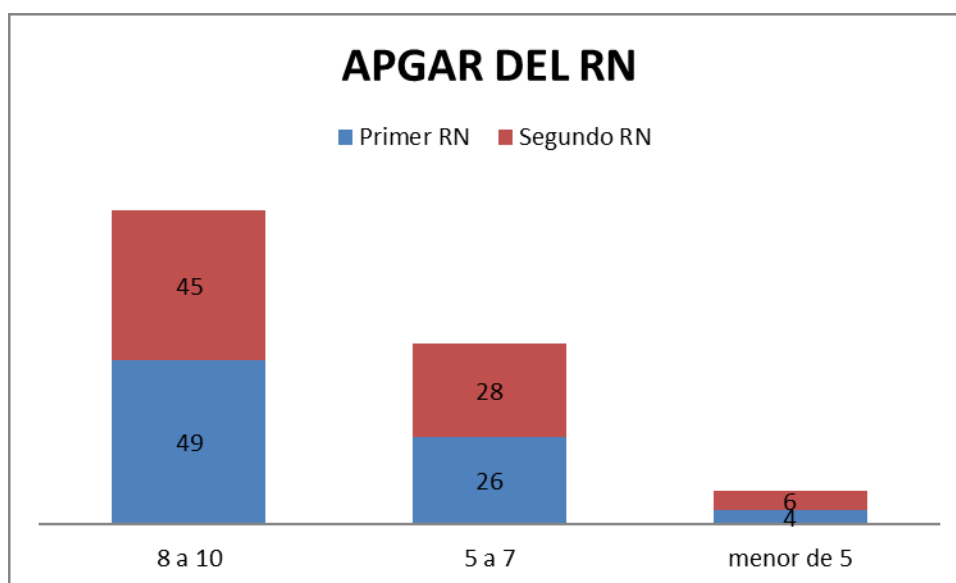
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- En cuanto a la vía del parto los resultados nos mostraron que el 84% tuvo parto por cesárea, mientras que el 16%, presentó parto vía vaginal.

Tabla N° 10

APGAR DEL RECIÉN NACIDO	Primer RN		Segundo RN	
	N°	%	N°	%
8 a 10	49	62	45	57
5 a 7	26	32	28	35
Menor de 5	04	06	06	08
TOTAL	79	100	79	100

Gráfico N° 10



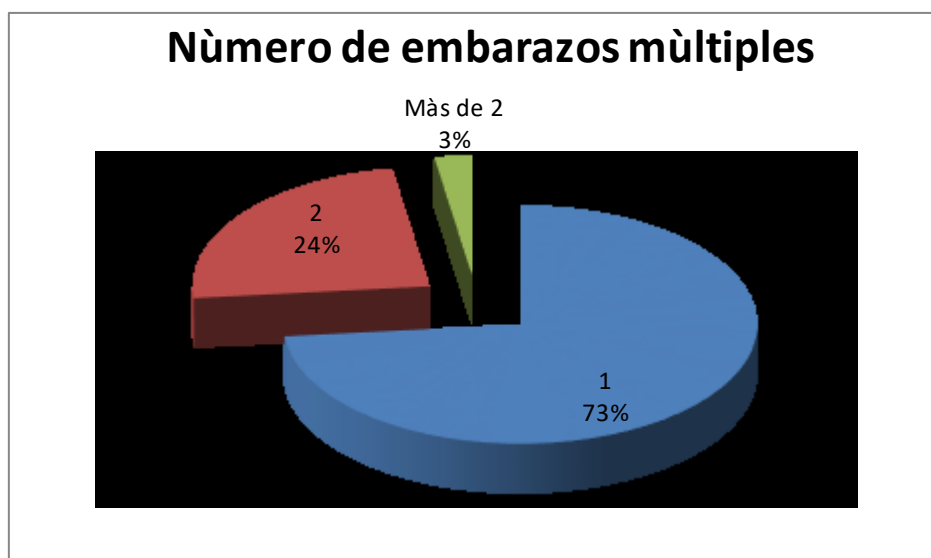
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.-los resultados nos demuestran que en relación al APGAR del primer Feto es el siguiente, 62% APGAR entre 8 a 10, APGAR entre 5 a 7 el 32% y APGAR menor de 5 el 6%; mientras que el segundo feto presentó: 57% APGAR entre 8 a 10, APGAR entre 5 a 7 el 36% y APGAR menor de 5 el 8%.

Tabla N° 11

NÚMERO DE EMBARAZOS MÚLTIPLES	Nº	%
1	58	73
2	19	24
Más de 2	02	03
TOTAL	79	100

Gráfico N° 11



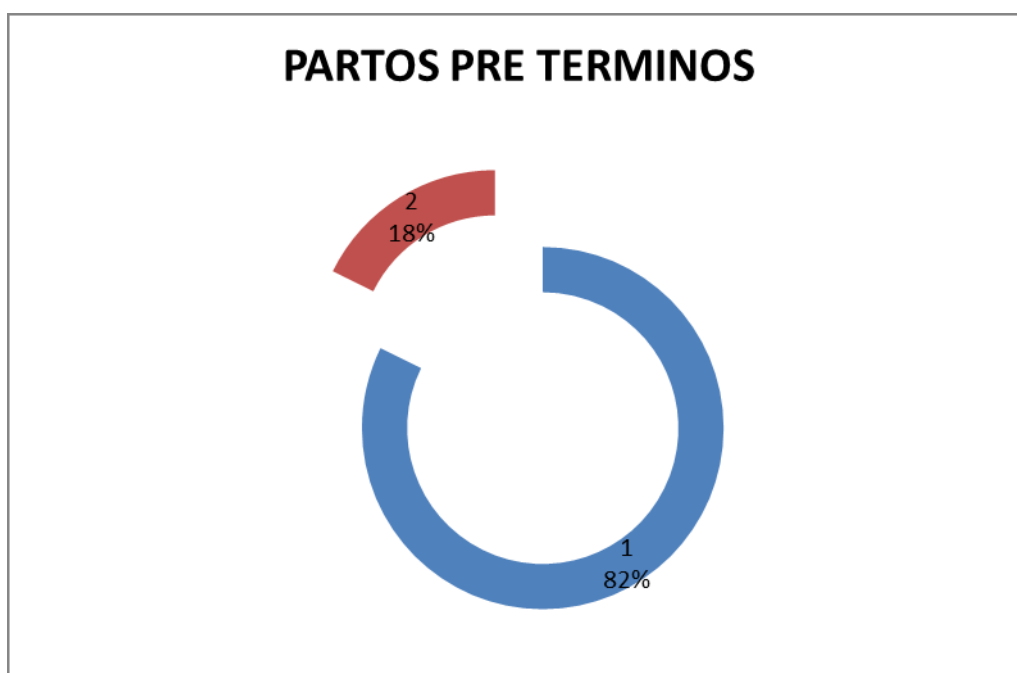
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- En los resultados se muestran que el 73% de personas en estudio presentó una sola vez embarazo múltiple, mientras que el 24% en dos oportunidades y solo el 3% en más de dos ocasiones.

Tabla N° 12

NÚMERO DE PARTOS PRE TERMINOS	N°	%
SI	65	82
NO	14	18
TOTAL	79	100

Gráfico N° 12



Fuente: Propia del investigador

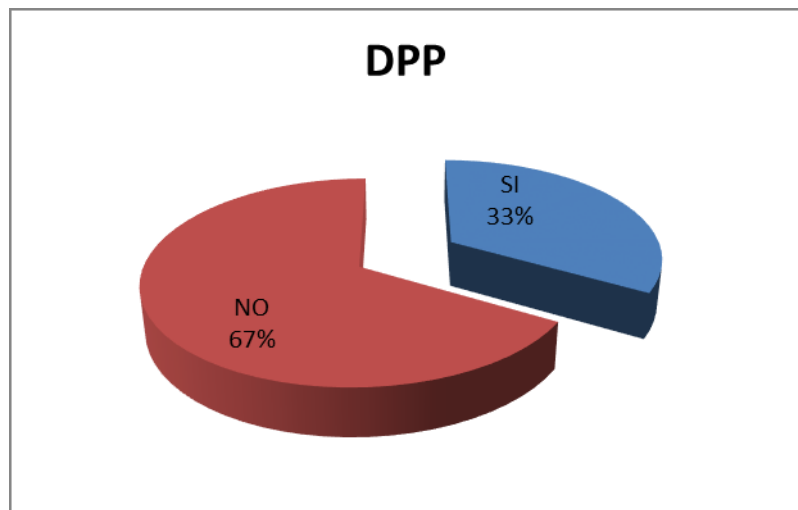
Interpretación.-Del total de la población en estudio, mostraron que el 82% tuvo partos pre términos, seguidas de las que no las tuvieron con el 18%.

FACTORES DE RIESGO PLACENTARIOS Y UTERINOS DE PARTO PRE TÉRMINO

Tabla N° 13

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	N°	%
SI	26	33
NO	53	67
TOTAL	79	100

Gráfico N° 13



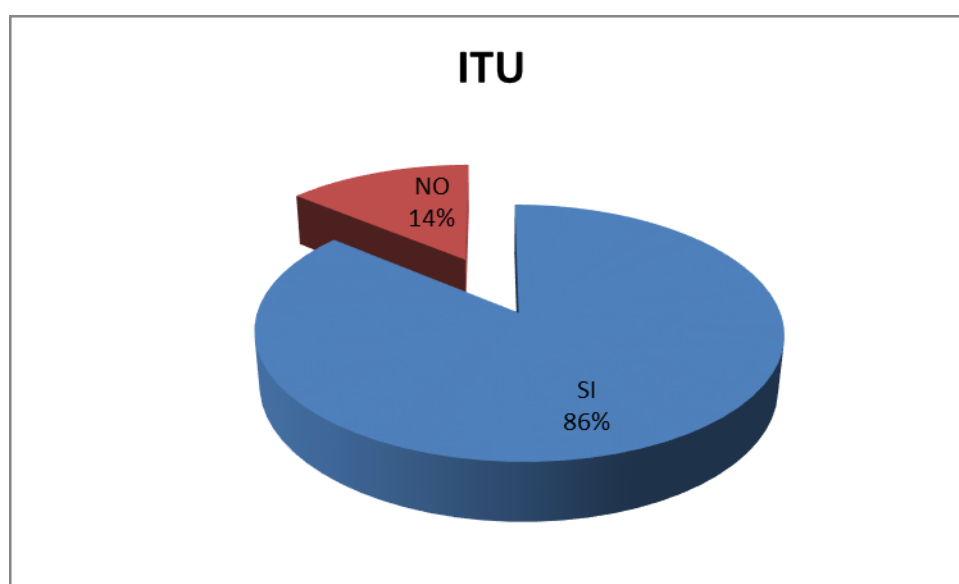
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- En el resultado se muestran que el 67% de las pacientes en estudio no presentaron desprendimiento prematuro de placenta, mientras que el 33% si presentaron esta patología.

Tabla N° 14

ITU	N°	%
SI	68	86
NO	11	14
TOTAL	79	100

Gráfico N° 14



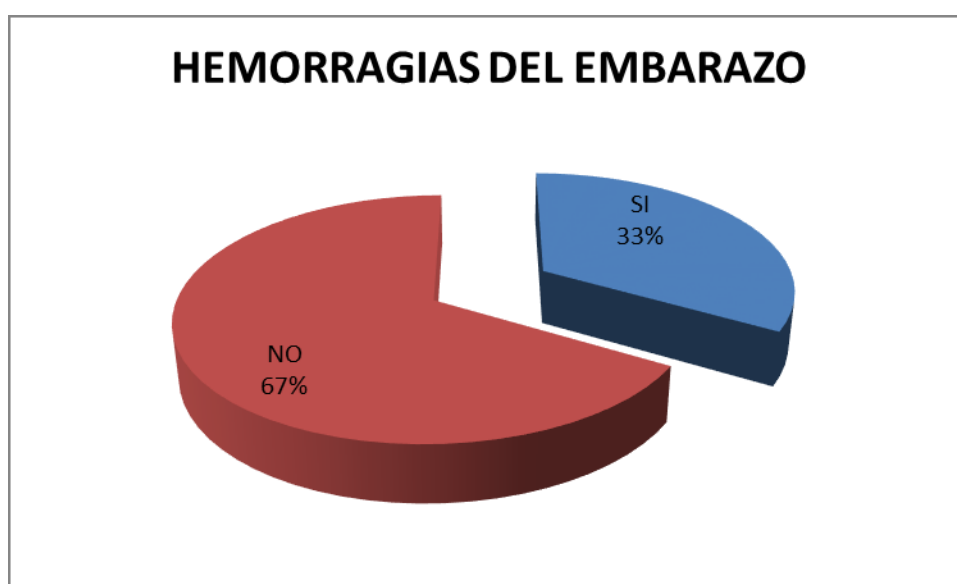
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- Se puede observar en los resultados que se obtuvieron que el 86% de las pacientes gestantes presentaron infecciones del tracto urinario, y el 14% no lo presentó, lo que demuestra que hay alta incidencia de casos de >ITU en gestantes.

Tabla N° 15

HEMORRAGIA DEL EMBARAZO	N°	%
SI	10	33
NO	69	67
TOTAL	79	100

Gráfico N° 15



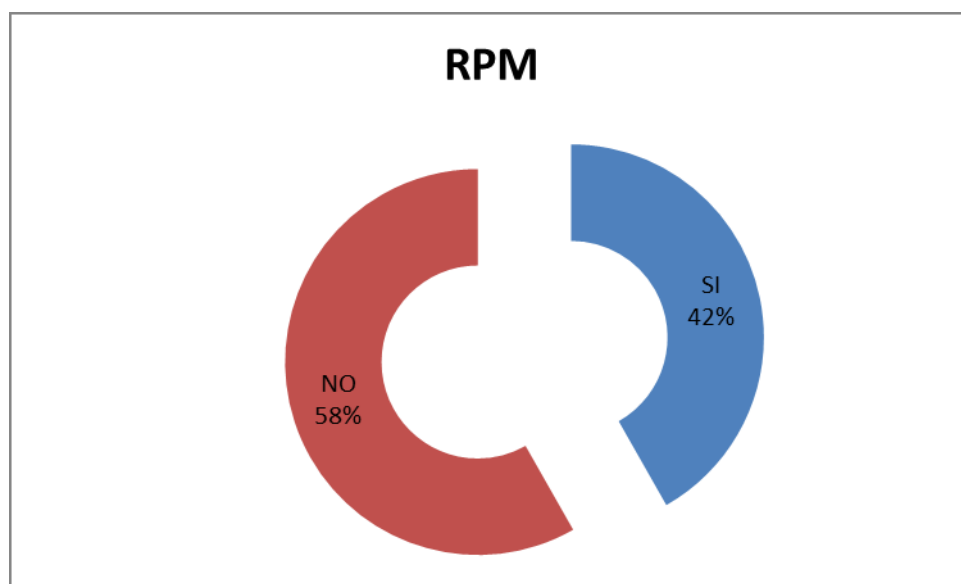
Fuente: Propia del investigador

Interpretación.-Cuando se obtuvieron datos acerca de las hemorragias durante el embarazo el 67, no las tuvieron, mientras que el 33% si presentaron esta patología.

Tabla N° 16

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	N°	%
SI	33	42
NO	46	58
TOTAL	79	100

Gráfico N° 16



Fuente: Propia del investigador

Interpretación.- En referencia a la ruptura prematura de membranas se evidencian en los resultados que el 58% no presentó, mientras que un 42% si la presentó, demostrando un alto porcentaje de RPM que puede representar una complicación tanto para la madre como para el producto de la gestación.

DISCUSIÓN

Blencowe. H, Cousens, Lawn JE. National “Nos refiere que en el África y Asia Meridional se originan más del 60% de los nacimientos prematuros y embarazos múltiples el cual es una dificultad mundial. De igual forma en nuestro estudio hallamos que la mayoría de los embarazos múltiples terminan en parto pre término lo cual ocasiona mucho riesgo en la madre con en el recién nacido.

Por otro lado, Estrada Carrillo Olga Verónica, en un estudio efectuado, relacionado a las amenazas de parto pre término llega a concluir que existe una elevad número de estos casos, que está correspondida con componentes de riesgo: como la paridad con el 61% que se exteriorizó en multíparas, en el rango de 18 a 25 años con el 46%, con el 61%, similares resultados se obtuvo en nuestro trabajo donde se encontró que la paridad tiene mucho que ver como factor de riesgo sobre todo en gestantes con embarazos múltiples, y se halló el 62% de gestantes de nuestro grupo de estudio era multípara o gran multípara.

De igual forma Escobar-Padilla Beatriz realizó una investigación relacionado a factores de riesgo asociados a parto pre término De acuerdo con los resultados obtenidos, concluir que las infecciones del tracto urinario, la ruptura prematura de membranas, placenta previa, el parto prematuro, son factores asociados a los embarazos, en nuestro estudio se determinó que las patologías señaladas por este autor, también fueron encontradas tal es el caso de las infecciones del tracto urinario se halló en un 86% , ruptura prematura de membranas en un 42%.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se concluye:

Que si existe relación entre el embarazo múltiple y el parto pre término, ya que nuestro estudio nos demuestra que la totalidad de la población en estudio de gestantes portadoras de embarazo múltiple terminó en parto pre término.

Por otro lado se determinó: Que en relación a las edades la que más predominó fue de entre de 26 a 30 años, con el 42%, el nivel de instrucción, es el nivel secundario con el 53%; la procedencia, de la zona rural con el 76%, la religión, el 62% fue de religión católica, estado civil el 53% estado civil conviviente, el 62% se encuentran en los que tenían de 3 a 4 gesta parida, con el 23% paridad un 97% tuvieron embarazo doble, la edad gestacional estas fueron: el 62% llegó hasta las 34 a 36 semanas de gestación, vía del parto el 84% tuvo parto por cesárea, APGAR del primer Feto es el siguiente, 62% APGAR entre 8 a 10, APGAR entre 5 a 7 el 32% y APGAR menor de 5 el 6%; mientras que el segundo feto presentó: 57% APGAR entre 8 a 10, APGAR entre 5 a 7 el 36% y APGAR menor de 5 el 8%. El 73% de personas en estudio presentó una sola vez embarazo múltiple, mientras que el 24% en dos oportunidades y solo el 3% en más de dos ocasiones. El 82% tuvo partos pre términos, el 67% no presentaron desprendimiento prematuro de placenta, el 86% presentaron infecciones del tracto urinario, hemorragias el 67%, no las tuvieron, ruptura prematura de membranas el 58% no presentó.

RECOMENDACIONES

- ✚ Se recomienda continuar realizando este tipo de investigaciones que coadyuvarán de alguna forma a determinar los factores de riesgo que tienen los embarazos múltiples tanto para la madre como para el producto de la gestación.
- ✚ Se recomienda a las profesionales de la salud, brindar atención prenatal reenfocada para determinar oportunamente los factores de riesgo en las gestantes con embarazos múltiples.
- ✚ Se recomienda a las instituciones de salud realizar campañas de promoción y sensibilización, dirigida a todas las mujeres en edad reproductiva, sobre los cuidados que deben recibir durante su embarazo.
- ✚ Se recomienda a las gestantes con embarazo múltiple acudir a sus atenciones pre natales y cumplir con las indicaciones que se les realiza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- 1.- REVISTA MÉDICA CLINICA LOS CONDES TEMA CENTRAL:
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
PÁGINAS 864-1049 (NOVIEMBRE 2014) UNIVERSIDAD DE CHILE.
 - 2.- DEXEUS TRÍAS DE BES, OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA,
EDITORIAL JUVENTUD S.A PROVENZA BARCELONA. 2015.
 - 3.- CAMILA FERNÁNDEZ NIKLITSCHK EMBARAZO GEMELAR Y
PARTO PREMATURO UNIVERSIDAD DE CHILE 2016.
- STANFORD CHILDREN'S HEALTH COMPLICACIONES DEL
EMBARAZO MÚLTIPLE BAHÍA DE SAN FRANCISCO, 2014.**
5. WILLIAMS OBSTETRICIA 23° EDICION MC GRAW-GILL 2010
EMBARAZO MÚLTIPLE 39:389-60.
 4. BAJO ARENAS JM, ET AL. CAP. 51. PARTO PRE TÉRMINO Y
PREMATURIDAD. TRATAMIENTO DE LA AMENAZA Y PARTO
PRE TÉRMINO EN FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA. SEGO.
MADRID 2007.
 5. COLL O., GRATACÓS E., PUERTO B., FIGUERAS F. AMENAZA DE
PARTO PRE TÉRMINO EN CURSOS CLÍNIC DE FORMACIÓN
CONTINUADA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. INSTITUTO
CLÍNIC DE GINECOLOGÍA. GRUPO MENARINI. BARCELONA 2009
 6. RENCORET P GUSTAVO: EMBARAZO GENERAL DERECHOS
RESERVADOS 2013.
 7. OVALLE ET "EN UN ARTÍCULO DEL 2012 INDICA QUE LOS
FACTORES DE RIESGO SE ASOCIAN CON EL PARTO PRE
TÉRMINO Y EMBARAZO MÚLTIPLE.

8. SEGÚN EL DR. OLAYA EN EL AÑO 2012-2013 RIESGOS DESENCADENANTES EN EL EMBARAZO MÚLTIPLE Y PARTO PRE TERMINO EN ADOLECENTES PRIMIGESTAS EN EL HOSPITAL GÍNECO-OBSTÉTRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" EN GUAYAQUIL.
9. RETURETA ET AL. EN EL AÑO 2015, "FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRE TERMINO Y EMBARAZOS MÚLTIPLES EN GESTANTES DEL MUNICIPIO CIEGO DE ÁVILA DE CUBA.
10. ABOADA, EN EL AÑO 2013," FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PARTO PRE TÉRMINO Y EMBARAZOS MÚLTIPLES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS".
11. BLENCOWE. H, COUSENS, LAWN JE. NATIONAL "ÁFRICA Y ASIA MERIDIONAL SE PRODUCEN MÁS DEL 60% DE LOS NACIMIENTOS PREMATUROS Y EMBARAZOS MÚLTIPLES EL CUAL ES UN PROBLEMA MUNDIAL. 2012 " .
12. ESTRADA CARRILLO OLGA VERÓNICA "FACTORES QUE DESENCADENAN LA AMENAZA DE PARTO GUAYAQUIL-ECUADOR 2013.
13. ESCOBAR-PADILLA BEATRIZ FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRE TÉRMINO REVISTA MÉDICA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, VOL. 55, NÚM. 4, 2017.

14. LOMBARDÍA J., FERNÁNDEZ M. CAP. AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. MANUAL DE CONSULTA RÁPIDA. PANAMERICANA. MADRID 2008.
15. REV. CUBANA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA VOL. 26 CIUDAD HABANA MAYO – AGOSTO 2000.
16. GALL S.N. EMBARAZO GEMELAR. CLÍNICA PERINATOLOGÍA 1988,15.
17. ROQUE R. EMBARAZO MÚLTIPLES RIGOL RICARDO O. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA LA HABANA. EDITORIAL PUEBLO Y EDUCACIÓN.
18. BOTELLA LLUSIA JOSÉ, CLAVERO NÚÑEZ JA. DISTOCIAS DE LOS ELEMENTOS DEL PARTO. EN TRATADO DE GINECOLOGÍA RED. LA HABANA EDICIÓN CIENTÍFICA TÉCNICA 1993 T II.I
19. BARBA SUSANA, CARVAJAL JORGE: PAUTAS DE MANEJO DE EMBARAZO MULTIPLE COMPLICADO CON LA MUERTE FETAL IN UTERO DE UN GEMELO. REVISTA CHIL OBSTET GINECOL. 2012
20. ALARCON JAIME Y COLABORADORES CURVAS ANTROPOMÉTRICAS DEL RECIEN NACIDO EN CHILE 2010.
21. CUNNINGH F .G, MAC DONAR P .C, GANT N.F., LEVENO K, GILSTRAP L, HAN KINS G D, ET AL EMBARAZO MULTIPLE. EN WILLIAMS OBST 20 ED BOGOTÁ EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA 2010.
22. REV. CUBANA OBSTETRICIA V 29 N 3 C.H. SEP-DIC 2009.

23. MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN OBSTETRICIA
Y PERINATOLOGÍA, COLECTIVO DE AUTORES, PÁG. 206, LA
HABANA 2009 EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	VARIABLES
¿Cuál es la Asociación que existe en el embarazo múltiple y parto pre término en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2016- 2017?	Determinar la relación que existe en embarazos múltiples y parto pre término en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.	Ha: Existe asociación en el embarazo múltiple y parto pre termino en gestantes del hospital regional de Pucallpa en el periodo 2016-2017	TIPO En la presente investigación corresponde al cuantitativo, Retrospectivo, Transversal DISEÑO DE INVESTIGACION M-----O	Variable dependiente Asociación que existe en el embarazo múltiple y parto pre termino - Variable Independiente Gestantes
<p style="text-align: center;">PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de embarazos múltiples en gestantes del hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de partos pre términos en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de partos múltiples y partos pre términos según edad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, hábitos nocivos previa enfermedad sistémica en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo placentarios y uterinos de parto pre término (desprendimiento prematuro de placenta, ITU, hemorragia del Embarazo, ruptura prematura de membrana), del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.?</p> <p>¿Cuál es la reincidencia de embarazos múltiples y partos pre términos en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017?</p>	<p>Describir la frecuencia de embarazos múltiples en gestantes del hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.</p> <p>Describir la frecuencia de partos pre términos en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.</p> <p>Describir la frecuencia de partos múltiples y partos pre términos según edad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, hábitos nocivos previa enfermedad sistémica en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.</p> <p>Identificar los factores de riesgo placentarios y uterinos de parto pre término (desprendimiento prematuro de placenta, ITU, hemorragia del Embarazo, ruptura prematura de membrana), del Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017.</p> <p>Describir a reincidencia de embarazos múltiples y partos pre términos en el Hospital Regional de Pucallpa periodo 2016-2017</p>	<p>Ho: No Existe asociación en el embarazo múltiple y parto pre termino en gestantes del hospital regional de Pucallpa en el periodo 2016-2017.</p> <p>.</p>	<p>Población y muestra</p> <p>La población estará constituida por 117 embarazos múltiples que terminaron en parto pre término.</p> <p>Muestra: 79</p>	

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ASOCIACION QUE EXISTE EN EL EMBARAZO MULTIPLE Y PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA PERIODO 2016- 2017

DATOS GENERALES

1. Edad
2. Nivel de Instrucción
3. Procedencia
4. Religión
5. Estado Civil

DATOS OBSTETRICOS

1. Gesta paridad
2. Numero de fetos
3. Edad Gestacional
4. Vía de parto
5. APGAR del Recién Nacido
6. Número de embarazos múltiples
7. Número de partos pre términos

FACTORES DE RIESGO PLACENTARIOS Y UTERINOS DE PARTO PRE TÉRMINO

1. Desprendimiento prematuro de placenta
2. ITU,
3. Hemorragia del Embarazo,
4. Ruptura prematura de membrana

ADEMÁS DE LO SEÑALADO SE RECOLECTARAN LOS DATOS DE:

Historia Clínica perinatal

SIP