

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE
TÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2018”**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: Annette TORRES CELADITA

BACHILLER: Marleny CUTTI VALENZUELA

ASESORA: Dra. Obsta. María Luisa LEÓN MENDOZA

AYACUCHO - PERÚ

2020

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos especialmente por el apoyo incondicional que me brindaron les agradezco de forma infinita a todos quienes contribuyeron para que se realice mi formación profesional, quienes me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación y compartiendo sus conocimientos, para mi formación profesional.

Annette Torres Celadita

A todos aquellos que comparten con nosotros el anhelo de ser cada día mejores... A mis padres... por su apoyo incondicional moral y económico. Son la razón de sentirme tan orgullosa de culminar mi meta, gracias a ellos por confiar siempre en mí. A mis hermanos... por su apoyo moral y sus palabras de aliento en los momentos más difíciles. Todo lo que soy hoy es gracias a ellos.

Marleny Cutti Valenzuela

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater, símbolo de nuestra identidad regional y el mejor centro de estudios de nivel superior universitario. Somos generaciones que hemos sido formados para servir a nuestro País y nuestros pacientes serán prioridad en nuestra vida profesional.

A la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Profesional de Obstetricia, donde las maestras y maestros vuelcan todos sus conocimientos para formarnos como profesionales competitivos del más alto nivel, cada uno de ellos ha construido de manera directa o indirecta en el proceso de aprendizaje, nuestra gratitud permanente y siempre recordaremos cada una de sus clases teórica y prácticas.

A cada uno de los trabajadores del servicio de obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, quienes nunca han escatimado en compartir sus experiencias de trabajo, a las pacientes anónimas, a cada uno de ellas nuestro reconocimiento especial.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	06
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	09
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS	26
2.2.1 Parto pretérmino	26
2.2.2 Factores de riesgo gineco Obstétricos	29
2.2.3 Factores de riesgo maternos.....	44
2.3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	47
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	48
2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES... ..	51
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	52
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
3.4. TECNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	55
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Hipertensión arterial inducida por el embarazo y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018	62
Tabla 2 – Ruptura prematura de membranas y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	64
Tabla 3 – Oligoamnios y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	66
Tabla 4 – Poli hidramnios y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	67
Tabla 5 – Placenta previa y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	69
Tabla 6 – Infecciones genito urinarias y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	71
Tabla 7 – Embarazo múltiple y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	73
Tabla 8 – Edad de las gestantes con parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	75
Tabla 9 – Paridad de las gestantes con parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	77
Tabla 10 – Antecedente de parto pre término de las gestantes con parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Incidencia de parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.....	60
--	----

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino según la OMS y la FIGO define como aquel trabajo de parto que se produce entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación; representa un problema de salud pública por las serias repercusiones en la salud perinatal y al alto costo económico y social que produce. La prematurez de los niños productos de un parto pre término conlleva a una serie de complicaciones que en la actualidad son la segunda causa de mortalidad neonatal a nivel mundial y la primera, en el Perú. Dentro de las medidas más importantes para disminuir la incidencia de esta patología se encuentra la identificación oportuna de gestantes en riesgo de parto pretérmino y brindar las medidas necesarias para evitarlo. Los factores de riesgo que se encuentran en la literatura varían de acuerdo al lugar y momento de estudio, siendo los más frecuentemente asociados: el parto prematuro previo, embarazo múltiple y la cirugía cervical anterior.¹

Desde el lado de la neonatología, los avances han sido grandes e importantes en la reducción de la mortalidad neonatal, sobre todo gracias

al uso de los ventiladores neonatales y a la incorporación del surfactante en el armamento terapéutico; y por el lado de la Obstetricia, los avances no han sido muchos, pero el descubrimiento de la utilidad de los corticoides en el trabajo de parto pretérmino, a finales de los 60 y principios de los 70, ha mejorado notoriamente el pronóstico de los recién nacido pretérmino.²

El conocimiento de las condiciones asociadas con el parto prematuro como las infecciones del tracto genital, de las vías urinarias, placenta previa, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple; permitirá establecer conductas e intervenciones que probablemente lograrán reducir el nacimiento prematuro, su recurrencia y la morbimortalidad asociada. El parto pre término tiene implicancias directas en el recién nacido ya sea a corto y largo plazo si no se toman las medidas de control médico adecuado³. Por ello es importante realizar este tipo de investigación para identificar los factores de riesgo maternos asociados a la amenaza de parto pre término a nivel de la región de Ayacucho, ya que estos factores varían de acuerdo al área geográfica. Hasta hace poco se tenía la creencia de que los factores de riesgo para los partos pre término eran los mismos en todas las áreas geográficas, sin embargo con el avance de la Gineco-Obstetricia se ha llegado a comprender que cada área tiene sus propios factores de riesgo, los que necesariamente deben ser identificados para que disminuya la morbimortalidad neonatal; por todo ello se planteó el presente trabajo de investigación cuya finalidad es: Conocer los factores de riesgo asociados

al parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018 encontrándose los siguientes resultados: La incidencia de partos pretérmino durante el año 2018 en el Hospital Regional de Ayacucho es de 14,8% (417) y los factores asociados al parto pretérmino ($p < 0,05$) son las infecciones genito urinarias, el embarazo múltiple y el antecedente de parto pretérmino. Asimismo, los factores de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino ($OR > 1$) son: Poli hidramnios, infecciones genito urinarios, embarazo múltiple y el antecedente de parto pretérmino.

CAPITULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

El parto pretérmino hace referencia a la culminación de la gestación antes de las 37 semanas (menos de 259 días) y después de las 22 semanas de gestación, 500 gramos de peso o 25 cm de longitud cefalo-nalgas; es un desafío para la Salud Pública debido a que los prematuros son causa de mortalidad y de la morbilidad neonatal además de presentar preocupación para los servicios de salud y sus familias por los daños y secuelas que podrían presentar en el futuro.

En las últimas décadas, el problema de prematuridad lejos de disminuir su incidencia, se está incrementado; sin todavía tenerse claro los mecanismos que desencadenan la amenaza de parto pretérmino que es la principal causa de prematuridad; sabemos bastante de los factores de riesgo, sin embargo, siguen inciertos los mecanismos que lo inician.⁴

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.⁵

Su frecuencia varía de 4.1 hasta a 18.1% en algunas regiones muy pobres. Según la Organización Mundial de la Salud (2016) las tasas de partos pre término de acuerdo a los continentes se distribuyen de la siguiente manera: Países desarrollados 8.6%, África del Norte y Occidental 8.9%, África Subsahariana 12.3%, Latinoamérica y el Caribe 8.6%, Asia Central y Oriental 7.4%, Asia Sud-Occidental y Oceanía 13.5%, y Asia del Sur 13.3%., las mayores tasas de partos pre término por cada 100 atenciones y de acuerdo a los países presenta la siguiente distribución: Malawi 18.1%, Congo y Comoras 16.7%, Zimbabue 16.6%, Guinea Ecuatorial 16.5%, Mozambique 16.4%, Gabón 16.3%, Pakistán 15.8%, Indonesia 15.5%, Mauritania 15.4%, Botsuana 15.1%. En Latinoamérica y el Caribe presentan las siguientes tasas: Haití 14.1%, Costa Rica 13.6%, El Salvador 12.8%, Honduras 12.2%, Belice 10.4%, Uruguay 10.1%, Nicaragua 9.3%, Brasil 9.2%, Bolivia 9.0%, Colombia

8.8%, Panamá y Venezuela 8.1%, Argentina 8.0%, Paraguay 7.8%, Guatemala 7.7%, México 7.3%, Chile 7.1%, Cuba 6.4% y Ecuador 5.1%.⁵

Los índices de parto prematuro oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y generalmente son más altos en los países en vías de desarrollo.

Aproximadamente el 40% de todos los partos prematuros se produce antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas. El aporte de estos partos prematuros a la morbilidad perinatal general es superior al 50%.⁶

En el Perú, según el MINSA reporta a través de su boletín estadístico de nacimientos en el Perú (2016), la incidencia de parto pre término reportada en el año 2015 fue de 417,414 partos pre término correspondiendo a un 6,7% del total de partos.⁷

1.2. Planteamiento del problema

El nacimiento prematuro constituye un problema de salud pública en nuestra región de Ayacucho, el cual se viene incrementando gradualmente ya que, en el año 2016, según el Sistema de Información Perinatal (SIP), se produjeron 11,595 partos pretérmino, siendo el 12,7% del total de recién nacidos en este nosocomio, en el año 2017 fue de 13,6% y en el año 2018 es de 14,8%.⁸

Los partos pretérminos no se encuentran relacionado a un solo factor, por tal motivo es considerado como multifactorial, lo cual también varía en

relación a la edad gestacional. Entre las principales causas, tenemos: antecedentes de parto pretérmino o aborto tardío, embarazo múltiple, bajo peso antes del embarazo, aumento insuficiente del peso corporal durante el embarazo, infecciones urinarias: bacteriuria asintomática, pielonefritis, infecciones bajas, edad menor de 20 o mayor de 34 años, ocupaciones que requieren esfuerzo físico intenso o estar de pie durante largos periodos, así como bajo nivel socioeconómico⁹

El parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia (gestación múltiple, polihidramnios.) que explique la aparición de la dinámica. En otras ocasiones, podemos identificar factores infecciosos de otros focos del organismo (pielonefritis, apendicitis). Pero hasta en un 13%, existe una infección/inflamación intraamniótica subyacente desencadenante del cuadro. Dado que la literatura refiere un aumento de la morbilidad neonatal secundaria a este proceso infeccioso y un mayor riesgo de parto pretérmino, la identificación de esta etiología podría tener una importancia relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en estos casos.¹⁰

En los últimos años se han dado grandes progresos en lo que se refiere a la amenaza de parto pretérmino: ha sido conceptualizar al parto pretérmino como un síndrome. Lo que les permite a los epidemiólogos establecer acciones en los tres niveles de atención para la salud. El nivel primario está encaminado a eliminar o disminuir los factores de riesgo en

toda población, el secundario se orienta al diagnóstico oportuno de la enfermedad en pacientes con factores de riesgo, el terciario tiene como objeto reducir la morbilidad y mortalidad en las pacientes que desarrollan parto pretérmino.¹¹

A pesar de los adelantos de la ciencia y la técnica, continúan naciendo anualmente en el mundo alrededor de 13 millones de niños pretérminos, los cuales inicialmente deben enfrentarse al gran reto de sobrevivir, y luego, en un elevado porcentaje, arrastrar secuelas por el resto de sus vidas. La causa del parto pretérmino es aún desconocida con exactitud; solo se sabe que es una entidad nosológica multifactorial¹².

De los factores de riesgo relacionados con el desencadenamiento de partos pretérminos pueden clasificarse incluso en modificables y otros que pudieran ser erradicados con una labor educativa al respecto. La historia obstétrica constituye un elemento importante a tener en cuenta en toda gestante.

El parto prematuro se produce por una serie de razones. La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, si bien algunos se desencadenan a resultas de la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas¹³.

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la

causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención.¹⁴

En el Perú el Parto pretérmino se presenta en el 5 - 10% de embarazos. Y que sólo el 20% de las gestantes con diagnóstico de trabajo de parto pretérmino concluyen en un parto pretérmino además manifiestan que es causa del 75 - 80% de mortalidad del recién nacido y del 50% de los daños neurológicos.¹²

Los Partos Pretérmino, en todas las regiones nacen en su mayoría con 32 a más semanas de gestación. Las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos.⁰⁷

Esto está relacionado a diversos factores como la edad ya que en zonas del Perú es frecuente el embarazo en adolescentes lo cual es predisponente de parto pretérmino por las condiciones de la gestante, control prenatal inadecuado o patologías asociadas al embarazo que no pueden ser controladas por diversos motivos entre ellos el acceso a un centro de salud poniendo en riesgo el bienestar materno y fetal lo cual puede provocar la culminación del embarazo antes de las 37 semanas.¹⁴

Existen diversos factores de riesgos asociados a parto pretérmino por lo cual es importante saber cuáles son los más frecuentes para poder prevenir o disminuir la frecuencias de estos y así evitar o aminorar la

prematuridad; en el recién nacido, por las consecuencias que esto trae como morbilidad o mortalidad neonatal, problemas familiares tanto sociales como emocionales además de los gastos económicos que implica el cuidado de un recién nacido prematuro tanto para la familia como para el estado¹⁵, es por esto que el objetivo del presente trabajo es determinar los Factores de Riesgo asociados a Parto Pretérmino en Gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018.

1.3. Formulación del problema.

Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018?

Problemas Específicos

- ¿Cuál será la incidencia de parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho en el año 2018?
- ¿Cuáles serán los factores de riesgo Gíneco – obstétricos que se asocian al parto pre término, en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018?
- ¿Cuáles serán los factores de riesgo maternos que se asocia al parto pre término, en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018?

1.4. Objetivos de la investigación

General

Conocer los factores de riesgo asociados al parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018

Específicos

1º Establecer la incidencia de parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho en el año 2018.

2º Determinar si los factores de riesgo Gineco - obstétricos como la hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, poli hidramnios, placenta previa, infecciones génito-uritarias, embarazo múltiple, se asocian al parto pre término, en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018.

3º Determinar si los factores de riesgo maternos como la edad, paridad, antecedentes de partos pre término se asocia al parto pre término, en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018.

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Pérez J et al (México: 2011); “Factores maternos asociados con nacimiento pre término espontáneo versus pre término nacido por cesárea”;

Objetivo: identificar los factores maternos asociados con parto pre término espontáneo versus nacimiento por cesárea. **Materiales y método:** estudio transversal analítico que incluyó 859 nacimientos pre término únicos atendidos entre septiembre de 2004 y agosto de 2005. La edad gestacional de 20 a 36 semanas por fecha de la última menstruación se confirmó por valoraciones de Capurro y Ballard. La información se recolectó en forma prospectiva mediante entrevista directa y del expediente clínico. La asociación se midió por regresión logística. **Resultados:** de 14,882 nacimientos, 859 fueron pre término (5.8%); 489 nacimientos fueron pre término espontáneos (57%) y 368 por cesárea (43%). En el análisis bivariado se asociaron con pre término espontáneo: control prenatal deficiente y madre menor de 20 años; para nacimiento

pre término por cesárea: infección de vías urinarias y rotura prematura de membranas amnióticas mayor de 24 horas ($P < 0.05$). Conclusión: Los antecedentes de nacimiento pre término espontáneo, control prenatal deficiente y madre menor de 20 años fueron predictores de nacimiento pre término¹⁰.

Rodríguez A et al (Cuba: 2012) en su artículo de investigación “Factores de riesgo asociados a Parto Pretérmino. Cienfuegos 2012”. Objetivo: identificar factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Métodos: estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal de dos series de casos que incluyó 678 gestantes de la provincia de Cienfuegos durante el año 2012; de ellas un grupo de 226 con parto entre 28 y 36,6 s semanas y otro grupo de 452 con parto después de las 37 semanas. Resultados: las edades extremas y el nivel de escolaridad entre séptimo y noveno grados influyeron de manera significativa a favor de las gestantes con parto pretérmino. Otros factores como el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, embarazo pretérmino anterior ($OR=2,32$), pre-eclampsia ($OR=6,31$), crecimiento intrauterino retardado ($OR=3,77$), infecciones urinarias ($OR=3,41$), y vaginales, la rotura prematura de membranas y las modificaciones cervicales ($OR > 2$), mostraron diferencias altamente significativas en las gestantes con parto pretérmino. Conclusiones: la pre-eclampsia, el crecimiento intrauterino retardado y las infecciones urinarias fueron los factores de riesgo con mayor cociente de posibilidad para parto pretérmino¹⁹

Estrada O. (Ecuador: 2013) en su tesis “Factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino. Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel desde noviembre 2012 a abril 2013”. **Objetivo;** tiene como propósito servir de herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante la embarazada en riesgo o con diagnóstico de amenaza de parto pretermino a los médicos que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas con el fin de evitar prematuridad y sus complicaciones. Incluye su incidencia, principales factores de riesgos asociados a esta patología. **Material y métodos,** son de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico, no experimental. Se basó mediante datos estadísticos a pacientes ingresadas al área de hospitalización con el diagnóstico de amenaza de parto pretermino en el período establecido. **Resultados:** En el lapso de tiempo de seis meses se obtuvieron 150 pacientes. La amenaza de parto pretérmino como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”. Ocupan una alta incidencia, que está relacionada con factores de riesgos como en multíparas del rango de 18 a 25 años, también con el más alto número de abortos previos, la infección de vías urinarias y el bajo número de controles prenatales.⁴

Lima M y Romaní M. (Ayacucho: 2014), en su tesis “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II EsSalud de Huamanga, 2010-2012”. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pre término en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital II EsSalud Huamanga, 2010-

2012. Material y Métodos: El tipo de investigación fue aplicada, con un método de estudio transversal retrospectivo analítico de caso-control. Con una muestra de 100 historias clínicas con parto pre término y 100 historias clínicas con parto a término pareadas según la edad. Resultados: La mayor prevalencia de partos pre términos se presentó en el año 2011 con 4.5%. Los factores asociados al parto pre término fueron la hipertensión inducida por el embarazo (OR=11.494), la ruptura prematura de membranas (OR=7.039), antecedentes de parto pre término (OR=3.593), embarazo múltiple (OR=2.075), placenta previa (OR=8.609) y las infecciones gíneco-urinarias (OR=1.883).¹⁸

Guillen J (Lima: 2015) tesis “Factores maternos asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. 2014”.

Objetivos: Conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino. **Resultados:** La media de la edad de los casos fue de 28,7+/-7,2 años y de los controles de 26,5+/- 5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años. Hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3,9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos observamos una mayor frecuencia

de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%). observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). **Conclusiones:** Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($p < 0,05$) El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. ($p < 0,05$)⁹

Carnero X (Lima: 2016) Tesis “Factores de riesgo del parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015”.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero -junio del 2015. **Metodología:** Estudio de tipo casos y control, cuantitativo, transversal, retrospectivo, basado en la revisión de 150 historias clínicas de gestantes que presentaron un parto pretérmino, único y espontáneo, 300 historias clínicas de gestantes que presentaron parto a término, único y espontáneo, durante el periodo de enero a junio del 2015. Para ambos grupos de estudio se utilizaron historias clínicas de gestantes con datos completos, la información fue procesada y analizada en base al cálculo del Odds ratio y de los intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** De las 450 historias clínicas, la frecuencia de partos pretérminos fue 33.3%. Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: el antecedente de parto pretérmino altamente

significativo ($P < 0.001$) con un OR = 8.5 e IC 95% (5.35 – 13.52), la infección de vías urinarias altamente significativo ($P < 0.0001$) con un OR:6 e IC 95% (3.89 – 9.299), la anemia altamente significativa ($P = 0.0001$) con un OR: 2.26 e IC 95% (1.5085 – 3.3726) y no tuvo significancia estadística: la edad materna ($P = 0.4769$) con un OR: 1.25 e IC 95% (0.67– 2.3218).

Conclusiones: El antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino.¹¹

Guadalupe M (Lima: 2017), Tesis “Factores de Riesgo asociados a parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015” **Objetivo:** Determinar los Factores de Riesgo asociados a Parto Pre término en Gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Finalidad: Conocer los factores de riesgo asociado a parto pre término contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores ayudando en la atención de la gestante en riesgo de parto pre término y de colaborar con el diseño de estrategias para reducción de la morbimortalidad neonatal. **Materiales y Método:** Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 de los cuales se divide en casos a las gestantes con parto pre término y controles a las gestantes sin parto pre término. Se realizó un análisis univariado y bivariado, mediante SPSS Statistics V 24. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto

pretérmino mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Resultados: La edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pre término (OR: 2.579). **Conclusiones:** Los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que representan para presentar parto pre término son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario¹².

Capcha K (Lima: 2018) tesis “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2016”. **Objetivo.** Determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2016. **Tipo y diseño.** De enfoque cuantitativo, nivel relacional; tipo analítico, retrospectivo y transversal; con un diseño de estudio de casos y controles. **Población y muestra.** Una muestra de 120 puérperas; conformado por dos grupos: 60 casos y 60 controles. La técnica fue documental por revisión de historias clínicas, como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos. Se aplicó el procesamiento de análisis estadístico descriptivo e inferencial con el programa estadístico SPSS versión 22.0, presentando los resultados en tablas. **Resultados.** Se identificaron como factores de riesgo asociados al parto pretérmino, factores maternos: vaginosis ($p = 0,006$, OR: 4.667) y la anemia ($p = 0,001$, OR: 3.512); factor fetal:

sufrimiento fetal agudo ($p= 0,023$, OR: 4.265); factores obstétricos: antecedente de cesárea ($p= 0,001$, OR: 6.909), preeclampsia ($p= 0,023$, OR: 4.265), atención prenatal inadecuado ($p= 0,001$, OR: 4.132), multigestación ($p= 0,005$, OR: 3.182), y por último el antecedente de aborto ($p= 0,008$, OR: 2.806). **Conclusiones.** Se demostró que si existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino: factores de riesgos maternos, fetales y obstétricos; siendo el factor de riesgo más importante hallado el antecedente de cesárea, seguido de vaginosis.²³

Taipe A. (Ayacucho: 2018) Tesis “Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Enero-junio 2018”. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero-junio 2018. **Material y métodos:** El estudio fue descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal de observación indirecta. Se registraron los datos en una ficha y procesados estadísticamente; para la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino se utilizó la prueba Chi cuadrado. **Resultados:** De 114 gestantes con parto pretérmino, la incidencia fue 8%; se presentó el 72,8% con edad gestacional entre 32-<37 semanas, el 58,8% con edad de 20 a 34 años, 65,8% con educación secundaria, 62,3% conviviente, 51,8% sin controles adecuados, 41,2% multigesta, 4,4% embarazo múltiple, 5,3% enfermedad hipertensiva, 0,9% diabetes gestacional, 36,0% con infección del tracto urinario, 77,2% con amenaza de parto pretérmino, 2,6% con desprendimiento prematuro de placenta,

32,5% con anemia, y 19,3% con ruptura prematura de membrana. Los factores de riesgo asociados, estadísticamente significativos para parto pretérmino fueron número de controles prenatales ($p < 0.05$) y amenaza de parto pretérmino ($p < 0.05$). **Conclusiones:** En general se comprueba que sí hay factores de riesgo asociados al parto pretérmino y son el número de controles prenatales y amenaza de parto pretérmino. La incidencia de parto pretérmino fue de 8% del total de partos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. PARTO PRE TÉRMINO

El parto pretérmino hace referencia a la culminación de la gestación antes de las 37 semanas (menos de 259 días) y después de las 22 semanas de gestación, 500 gramos de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas. El Parto Pretérmino es un desafío para la Salud Pública debido a que los prematuros son causa de mortalidad y de la morbilidad neonatal además de presentar preocupación para los servicios de salud y sus familias por los daños y secuelas que podrían presentar en el futuro.¹⁵

Se desconocen los mecanismos que desencadenan el parto. La oxitocina, las hormonas suprarrenales materno-fetales y el tono simpático parecen estar implicados en el desencadenamiento del parto; mientras que la progesterona, la hidratación y el reposo actúan como úteros inhibidores.

Clasificación

Los recién nacidos producto de parto pre término se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- Prematuros extremos: Los cuales nacen con una edad gestacional < 28 semanas
- Muy prematuros: Los cuales nacen con una edad gestacional 28 a < 32 semanas.
- Prematuros moderados a tardíos: Los cuales nacen con una edad gestacional de 32 a <37 semanas.

Es importante la edad gestacional en la que nace porque está altamente relacionada con la supervivencia del recién nacido.

Etiología

Es desconocida en el 50% de los casos. Son factores de riesgo los siguientes: edades extremas, consumo de alcohol, cocaína, tabaco, déficits nutricionales, bajo nivel socioeconómico, infección vaginal, cervical o de líquido amniótico, polihidramnios, gestación múltiple, placenta previa, abrupcio placentae y rotura prematura de membranas¹⁴.

Patogenia

Es poco conocida. Parece que puede deberse a una liberación mantenida de factores mediadores de la inflamación (IL-6, IL-1, TNF) producidos en el contexto de una corioamnionitis crónica, cuyo origen más frecuente es la vaginosis bacteriana, pero que puede deberse a colonización de las membranas por gérmenes procedentes de cualquier otro foco infeccioso (incluso infecciones periodontales)¹⁴.

Diagnóstico

Se realiza por la presencia de dinámica uterina acompañado de cierta dilatación cervical. Es importante identificar a las pacientes con riesgo de desarrollar un parto pre término, para ello analizaremos los siguientes factores:

- **Clínica:** antecedentes de parto pre término, dinámica precoz asociado a hemorragia vaginal o expulsión del tapón mucoso de forma prematura. Durante el tercer trimestre se producen contracciones fisiológicas esporádicas que no son dolorosas

(contracciones de Braxton-Hicks) y que preparan el segmento inferior para el parto. Asimismo también debe valorarse el estado de dilatación cervical mediante el índice de Bishop (dilatación de 2- 3 cm y un borramiento del 70%)¹⁴.

- **Ecografía:** medimos la longitud cervical. Si es menor de 25 mm hay riesgo de parto pre término (longitud cervical normal en torno a los 40 mm). La longitud cervical medida por ecografía transvaginal igual o superior a 30 mm tiene un alto valor predictivo negativo para el parto pre término, es decir, que si el cérvix de una mujer en riesgo de parto pre término mide 30 mm, es raro que se vaya a producir el parto antes del término. La imagen de las membranas protruyendo a través del orificio cervical interno en forma de embudo se denomina funnel y es sugestiva de amenaza de parto pre término¹⁴.
- **Marcadores bioquímicos:** La detección de fibronectina fetal más allá de la semana 20 en cérvix o vagina indica riesgo de parto pre término, así como la presencia de IL 6 en moco cervical que aparece sólo en 1/3 de los partos pre término¹³.

Tratamiento

El tratamiento tocolítico y la maduración pulmonar con corticoides está indicado entre las 24 y 34 semanas. Entre las 34 y 37 semanas no se recomienda debido al escaso beneficio fetal obtenido. La tocólisis es el conjunto de medidas que se utilizan para frenar la dinámica uterina. El fin primario de la tocólisis es frenar el parto durante al menos 48 horas para

que dé tiempo a instaurar el protocolo de maduración pulmonar con corticoides. Ante una amenaza de parto pretérmino se deben evitar los factores de riesgo y mantener a la gestante en reposo absoluto, que soluciona el 50% de los casos, con sedación e hidratación. Los corticoides deben administrarse si la edad gestacional es inferior a 34 semanas. Su objetivo es acelerar la madurez pulmonar. Su administración disminuye la aparición del distrés respiratorio del recién nacido y disminuye el riesgo de hemorragia intra/periventricular y de enterocolitis necrotizante. Se administran 12 mg de betametasona vía intramuscular y se repite la dosis a las 24 horas¹⁴.

2.2.2. FACTORES DE RIESGO GINECO – OBSTÉTRICO PARA EL PARTO PRETERMINO

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.

El término "factor de riesgo" fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardíacas Thomas Dawber en un estudio publicado en 1961, donde atribuyó a la cardiopatía isquémica determinadas situaciones como son la presión arterial, el colesterol o el hábito tabáquico.²⁰

2.2.2.1. Hipertensión inducida por el embarazo

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de parto pretérmino, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. Su incidencia estadística oscila entre el 0.1 al 35%.¹⁵

Estos síndromes impactan entre el 10% y el 22% de los embarazos y son una de las enfermedades con mayor impacto. Los altos niveles de presión arterial materna se asocian con retraso del crecimiento fetal durante el tercer trimestre del embarazo y aumentan el riesgo de resultados adversos tales como el nacimiento prematuro y la mortalidad perinatal. Diversos estudios realizados revelan que el 11% de los nacimientos entre las semanas 34 y 37 del embarazo son de las mujeres que desarrollaron preeclampsia y, en caso de reincidencia, se duplicó al 22%. En la actualidad se denomina hipertensión inducida por el embarazo, si se acompaña por proteinuria. Es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato. La misma se caracteriza por una respuesta materna, inmunológica – vascular, anormal a la implantación del producto de la concepción. La enfermedad tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con

hipertensión, proteinuria y otras alteraciones sistémicas. El mayor incremento de las cifras tensionales sobre sus niveles basales es reflejo de un mayor desequilibrio entre las sustancias vasoactivas que la controlan.¹⁶

Hipertensión Inducida por el Embarazo y parto pretérmino

El síndrome de preeclampsia-eclampsia se conoce desde hace más de 100 años; sin embargo, su etiología continúa siendo desconocida y su fisiopatología comienza recién a vislumbrarse. Según estudios recientes, se desarrollaría a partir de una adaptación inmunológica inadecuada de la madre a los antígenos paternos que derivan de los genes presentes en las células fetales (imprinting genético), los cuales provocan una respuesta inflamatoria exagerada que interfiere con la implantación y con el curso normal de la gestación. Normalmente, en el embarazo se observa una vasodilatación de las arterias espiraladas de hasta cuatro veces su calibre, lo cual disminuye la resistencia y favorece la perfusión del espacio intervelloso. Esto se debe a la segunda invasión trofoblástica que finaliza en la semana 20 - 21 de la gestación, la cual destruye la capa musculoelástica vascular de dichas arterias, impidiendo la acción de los agentes vasopresores sobre la circulación uteroplacentaria, asegurando así una correcta perfusión debido al alto flujo con baja resistencia. En contraste, en la preeclampsia esta segunda invasión trofoblástica se encuentra alterada, por lo que las arterias espiraladas poseen un calibre disminuido. Esto se debería a una mala diferenciación del citotrofoblasto,

que se traduce en una mala invasión intersticial y vascular placentaria. En estudios en pacientes con PE, se encontró un aumento de una proteína antiangiogénica, la cual bloquea los receptores de VEGF y PlGF. Se ha demostrado que la administración de esta proteína a ratas preñadas induce hipertensión, proteinuria y glomérulo endoteliosis¹⁷.

2.2.2.2. Ruptura prematura de membranas (RPM).

La rotura prematura de membrana es una patología frecuente en las pacientes gestantes, que se manifiesta por medio de una clínica evidente, dando repercusiones tanto en el feto como en la madre.

Ante el diagnóstico la conducta terapéutica dependerá de la edad gestacional, la cual es importante como factor pronóstico para la supervivencia del feto. Actualmente, la rotura prematura de membrana (RPM) se define como la rotura de las membranas ovulares, después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la rotura prematura de membrana ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF).

La frecuencia de la rotura prematura de membranas varía entre el 4-18% de los partos y es causa del 50% del parto pre término y contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales¹⁸.

Ruptura Prematura de Membranas y parto pretérmino

Es un cuadro grave para el pronóstico perinatal, y su importancia está en

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

Malak y cols, a través del estudio microscópico de membranas ovulares lograron definir una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua²². Determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteínasas. Es probable que diferentes agentes (infecciosos, hormonales, paracrinos) activen diversos mecanismos que causen esta alteración morfológica, favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supra cervical, antes del inicio del trabajo de parto y produciendo parto pretermino.

Las infecciones del tracto genital diagnosticadas como factor causal de RPM se han descrito en la mayoría de los casos. La vía más común es la ascendente, a través del paso de microorganismos patógenos desde la vagina o cérvix, hacia decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto.

Sin embargo, otras vías de infección han sido descritas (hematógena, desde cavidad peritoneal, amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, traumatismos con ingreso a cavidad amniótica). La infección periodontal materna también ha sido vinculada con parto prematuro y posiblemente con RPM. Respecto de los gérmenes que con mayor frecuencia han sido aislados de cavidad amniótica a través de cultivo de líquido amniótico se encuentran: *Ureaplasma urealyticum*, *Fusobacterium species*, *Mycoplasma omnis*, *Streptococcus* grupo B, *Streptococcus viridans*, *Gardnerella vaginalis*, y otros (*Bacteroides fragilis*, *Bacteroides sp*, *E. Coli*, *Estáfilococo aureus*, *Streptococo sp*). En 30 a 50% de los pacientes el cultivo es polimicrobiano. Tal frecuencia también se menciona en la literatura chilena²⁴; donde reportan un caso de infección ovular con cultivo de líquido amniótico positivo para *Gonococo*. Aparentemente el líquido amniótico con sus mecanismos defensivos evitaría la proliferación bacteriana de este patógeno, produciendo degeneración vacuolar del citoplasma bacteriano y daño de pared celular.¹⁵

2.2.2.3. Oligohidramnios

Cuadro caracterizado por presentar una cantidad de líquido amniótico que no excede los 300ml, se observa en el 40% de los partos.

Si bien no se conoce la causa de este cuadro, esta frecuentemente vinculado con anomalías del aparato renal del feto y el a restricción en el crecimiento intrauterino y el valor observado del índice de líquido amniótico es inferior al percentil 2,5 de la curva patrón para la edad

gestacional¹⁵.

El líquido amniótico (LA) desempeña un papel protector en el embarazo, corresponde al medio en el cual crece y se desarrolla el feto, permitiéndole así el crecimiento fetal libre de restricción; protege al feto de las compresiones del cordón durante los movimientos fetales o las contracciones uterinas, lo protege también contra el trauma físico, aporta un medio térmicamente estable y facilita el normal desarrollo del aparato gastrointestinal, respiratorio y músculo-esquelético. Su formación, en conjunto con la cavidad amniótica, se inicia cerca de las 8-9 semanas de gestación, y tanto el volumen como la composición química se modifican en el curso del embarazo.

Ecográficamente los criterios más utilizados para el diagnóstico de oligohidramnios fue la presencia de un bolsillo único menor a 20 mm de profundidad, y posteriormente se introdujeron el concepto de índice de líquido amniótico (ILA), en el cual el diagnóstico se realiza con un ILA menor a 50 mm, al medirlo en cuatro cuadrantes¹⁵.

Oligohidramnios y Parto Pre término

No se ha encontrado estudios que fundamenten una relación directa entre el oligohidramnios y el parto pretérmino ya que, el oligohidramnios está asociado con múltiples condiciones obstétricas, las que mayormente conllevan a un embarazo prolongado.

Sin embargo, una ruptura prematura de membranas antes de la semana

37 de gestación que va acompañada de oligohidramnios, complicaría el cuadro clínico, elevando la tasa de morbimortalidad materno-perinatal. El pronóstico perinatal asociado a oligoamnios es extremadamente alarmante y se ha demostrado en diversas investigaciones un aumento de 13 veces en la mortalidad perinatal.

En un estudio realizado por Romero Díaz y Col. el oligoamnios, fue un factor de riesgo de labor inducida de parto. El 47,2% de sus gestantes en estudio terminaron la gestación por cesárea primitiva y el sufrimiento fetal agudo fue la principal causa¹⁵.

2.2.2.4. Polihidramnios

Se denomina polihidramnios a una acumulación patológica del líquido amniótico, superior a 2.000 mililitros o índice de líquido amniótico (ILA) mayor a 25 cm.

El polihidramnios complica de 0.13 a 3.5% de los embarazos y, por lo general, aumenta lentamente, pero en raras ocasiones es agudo (1 a 2 semanas)¹².

Clasificación: Por índice de líquido amniótico (ILA):

Leve:	De 8 a 11 cm
Moderado:	De 12 a 15 cm
Grave:	Mayor a 16 cm

Causas: Se considera idiopático. Sin embargo está asociado a diversos factores como: Malformaciones estructurales fetales como: Anomalías del

SNC (Acrania, Anencefalia), deterioro de la deglución, obstrucciones del tracto Gastrointestinal, disminución de la reabsorción, defectos de la pared abdominal, aumento de la trasudación desde la superficie peritoneal o desde la pared intestinal, alteraciones cromosómicas y genéticas como trisomía 13, 18 y 21, trastornos neuromusculares, Diabetes Mellitus, isoimmunización, hidropesía fetal, embarazo múltiple¹².

Diagnostico:

-Clínico: Altura uterina mayor que la correspondiente para la edad gestacional, dificultad para definir partes fetales, latidos cardíacos fetales apagados o ausentes aún con feto vivo.

Complicaciones: Aborto, parto pretérmino

Polihidramnios y parto pre término.

La sobre distensión uterina en el polihidramnios, facilita el trabajo de parto pretérmino o amenaza de parto pretérmino ya que favorece la formación de puentes de unión entre las células miometriales, puentes que son indispensables para que se produzcan las contracciones uterinas coordinadas, el desarrollo de receptores para la oxitocina y la maduración del cuello. Cada puente de unión hueco contiene un poro central que comunica el citoplasma de dos células adyacentes. El poro es un canal en forma de cilindro conformado por seis moléculas de la proteína conexina-43 dispuestas en forma hexagonal. Los puentes de unión huecos son un medio de comunicación entre las células del miometrio. Permiten que las sustancias o la corriente eléctrica (iones) pasen de una célula a otra sin

pasar por el espacio extracelular. El número de puentes de unión huecos normalmente aumentan en las últimas semanas del embarazo, en especial antes del parto, lo que permite la sincronización eléctrica del miometrio y la coordinación efectiva de la contracción.

Cuando el hidramnios es cada vez más intenso, y sobre todo al final del segundo trimestre o durante el tercero, se ha asociado a complicaciones obstétricas mayores debido al aumento de la distensión uterina y del volumen de líquido amniótico como el parto pre término, debido a la sobre distensión uterina.¹²

2.2.2.5. Placenta previa

El síntoma fundamental de la placenta previa es la hemorragia, la misma adquiere en este proceso tal importancia que hace que, entre las causas grávidas de pérdida de sangre del final del embarazo, esta entidad sea responsable de más del 90% de los casos. Tan alta frecuencia es lo que ha hecho decir que toda hemorragia del final del embarazo significa placenta previa mientras no se demuestra lo contrario. La hemorragia de este proceso presenta características muy particulares: la sangre expedida es líquida, rojo rutilante es francamente indolora y se inicia con frecuencia durante el sueño y es intermitente, reproduciéndose con espacios sucesivamente menores, aunque en cantidades mayores, hasta límites inusitados. El mecanismo de producción de la hemorragia reside durante el embarazo, en la formación del segmento inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la

placenta, dada la extensibilidad de los tejidos, por lo que se produce un desprendimiento con numerosas roturas vasculares inter útero placentarias, origen de la hemorragia, y durante el parto, por un mecanismo análogo de desprendimiento al iniciarse la dilatación y cierto tironeamiento de las membranas al formarse la bolsa. La metrorragia proviene de los vasos parietales y de la superficie placentaria desprendida. Como consecuencia de la ubicación anómala de la placenta, esta, al actuar como un impedimento para el descenso, dificulta el encajamiento y produce presentaciones viciosas (tronco, pelviana); además expone al romperse las membranas por su fragilidad, el parto prematuro y a las procidencias del cordón. El tacto vaginal, en principio, está proscrito, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados e incrementar la hemorragia con grave riesgo. Es el caso de decidir una conducta de urgencia (interrupción del embarazo) si se cuenta con los medios quirúrgicos al alcance inmediato.

Placenta Previa y Parto Pre término

La placenta previa es ocasionada por la implantación del blastocito en el segmento uterino inferior. Aunque el motivo de porque la implantación ocurre a este nivel no es bien conocido, la fuerte asociación con multiparidad, cesárea anterior y curetaje previo, sugieren daño endometrial como principal causa. El blastocito busca implantarse en el mejor sitio que supla sus necesidades.

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar: Endometrio: de menor grosor que determina

una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior actúa como tumor previo. En cuanto a su musculatura: menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento. En cuanto a las membranas: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de RPM. Y en cuanto al cordón: por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón¹³.

La placenta previa sangra sólo si se desprende. Las causas de desinserción son:

- En el embarazo: Por el crecimiento uterino y por las contracciones de Braxton-Hicks, se forma y desarrolla el Segmento uterino Inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta; por lo que se considera la evacuación del útero.
- En el parto: Por las contracciones del trabajo de Parto que causan la formación del canal cervico-segmentario y la dilatación cervical

La mortalidad del producto se encuentra sujeta a enormes riesgos, no solo por la repercusión de la hemorragia y el mal estado de la madre, sino porque muchas veces es necesario practicar intervenciones de elevada mortalidad fetal. La mortalidad es de 5 a 10 %, si la placenta previa aparece en embarazo a término y de un 30 a 40%, si aparece en un embarazo por debajo de las 37 semanas de gestación¹³.

2.2.2.5. Infecciones genito-urinarias

Dentro de las infecciones genito-urinarias se encuentra las infecciones vaginales causadas por hongos, virus, bacterias y parásitos. El tratamiento para cada etiología es específico, por ello se debe realizar el diagnóstico adecuado y que esta no tenga repercusiones sobre el embarazo y el feto¹⁷.

Las infecciones vaginales se caracterizan por síntomas como flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, dispareunia y mal olor vaginal, por invasión de patógenos como resultado de un desbalance en el ecosistema vaginal. Son responsables del 31% al 47,9% de los partos pretérmino.

La infección urinaria es la presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario. Se diagnostica mediante urocultivo con una cuenta $\geq 10^5$ unidades formadoras de colonias (UFC) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo. El 30,2% a 52,8% de los partos pretérmino son debido a infecciones urinarias. El tratamiento para cada etiología es específico, por ello se debe realizar el diagnóstico adecuado y esta no tenga repercusiones sobre el embarazo y el feto¹⁶.

Infecciones Génito-Urinarias y parto pretérmino.

En la serie de eventos que desencadenan una amenaza de parto pretérmino o parto pretérmino en una corioamnionitis está la respuesta del huésped a la infección, como la producción de interleucina 1, factor de necrosis tumoral, el factor activador de plaquetas y la interleucina 6 que llevan a la producción de prostaglandinas en la decidua y membranas coriamnióticas.

La interleucina 6 atrae macrófagos activados y estos liberan sustancias como enzimas proteasas, colagenasas, proteoglucanasas, que fragmentan la matriz colágena extracelular, liberancia fibronectina fetal en las secreciones vaginales, todos estos cambios llevan a reblandecer y dilatar el cuello que previamente ha sido estimulado por prostaglandinas.

Las bacterias secretan fosfolipasa a2 y c que fragmentan componentes de las membranas ovulares ricos en ácido araquidónico lo que lleva a la formación de más prostaglandinas que estimulan las contracciones¹⁸.

2.2.2.6. Embarazo múltiple

El embarazo múltiple aumenta el riesgo tanto para la madre como para los fetos, las tasas de mortalidad perinatal son cuatro veces más altas, siendo mayor entre gemelos monocigóticos y aún más alta en tripletas y cuádrupletas. El aumento de la mortalidad es debido principalmente a inmadurez, retardo en el crecimiento intrauterino, hemorragia anteparto, ruptura prematura de membranas e hipertensión inducida por el embarazo. Estas tasas pueden disminuir con una buena atención prenatal

y parto vigilado, diagnosticando tempranamente el embarazo múltiple, previniendo el trabajo de parto pretérmino y asegurando una adecuada unidad neonatal. El parto prematuro es el principal contribuyente de la mayor tasa de morbilidad que presentan los embarazos gemelares en comparación a los embarazos únicos. Disminuir la tasa de prematuridad en embarazos gemelares es uno de los principales objetivos del cuidado prenatal en estos embarazos. Prevención del parto prematuro: Se han descrito diversas conductas orientadas a prevenir el parto prematuro, a continuación, analizaremos la evidencia disponible para las conductas más relevantes. Por largo tiempo se recomendó el reposo en cama en el hogar o en el hospital para disminuir la tasa de prematuridad, sin embargo, los estudios controlados han demostrado que el reposo en cama en el hospital no disminuye la tasa de parto prematuro o la mortalidad perinatal en los gemelares²⁸. Se ha observado que en embarazos gemelares no complicados esta conducta podría aumentar la incidencia de parto prematuro extremo y el estrés psicosocial materno, por otro lado, en mujeres con embarazo gemelar y alto riesgo de parto prematuro (por modificaciones y acortamiento cervical) no hay evidencia de que el reposo en cama disminuya el riesgo de parto prematuro. Por lo señalado anteriormente la hospitalización para reposo en cama como conducta rutinaria no es recomendable. Tampoco existe evidencia que apoye la restricción de actividades o abandono del trabajo.⁰³

Los tratamientos de infertilidad son responsables del 30-60 % de los embarazos múltiples, de ellos el 10-20 % por reproducción asistida. El

parto pretérmino es la causa más frecuente que condiciona este incremento, por lo que múltiples estudios plantean que aproximadamente el 60 % de los embarazos múltiples no llegan al término y que el 12 % lo hacen antes de las 32 semanas¹³.

Embarazo múltiple y parto pretérmino.

A través de la sobre distensión uterina el embarazo múltiple facilita el trabajo de parto pretérmino o amenaza de parto pretérmino ya que favorece la formación de puentes de unión entre las células miometriales, puentes que son indispensables para que se produzcan las contracciones uterinas coordinadas, el desarrollo de receptores para la oxitocina y la maduración del cuello.

Cada puente de unión hueco contiene un poro central que comunica el citoplasma de dos células adyacentes. El poro es un canal en forma de cilindro conformado por seis moléculas de la proteína conexina-43 dispuestas en forma hexagonal. Los puentes de unión huecos son un medio de comunicación entre las células del miometrio. Permiten que las sustancias o la corriente eléctrica (iones) pasen de una célula a otra sin pasar por el espacio extracelular. El número de puentes de unión huecos normalmente aumentan en las últimas semanas del embarazo, en especial antes del parto, lo que permite la sincronización eléctrica del miometrio y la coordinación efectiva de la contracción.

2.2.3. Factores de riesgo maternos

2.2.3.1. Edad

La edad juega un papel muy importante en el parto pre término y se da generalmente en las edades extremas, las adolescentes, aún no se encuentra en condiciones orgánicas, ni psicológicas adecuadas para afrontar el proceso del embarazo y parto, por ello presentan mayores factores de riesgo a una complicación que desencadene el parto antes de tiempo. Asimismo, las mujeres a partir de los 36 años presentan mayor riesgo de complicaciones del embarazo debido también a los cambios hormonales que se presenta en promedio a esa edad, que generalmente ocasiona trastornos orgánicos con el consecuente deterioro².

2.2.3.2. Paridad

La paridad como factor de riesgo materno se manifiesta debido a que las mujeres que han tenido muchos hijos y con periodos intergenésico cortos no se restablecen orgánicamente, por ello un nuevo embarazo tendrá mayor probabilidad de tener un factor de riesgo. Asimismo, aquellas mujeres que nunca ha tenido hijos, su organismo tendrá que adaptarse para concebir y tener alojado en el útero 9 meses, generándose una serie de cambios fisiológicos, orgánicos, hormonales, psicológicos, que pueden alterar el normal desarrollo del embarazo³.

2.2.3.3. Antecedentes de partos pre término

Los antecedentes de partos pretérminos nos indican que se debe tener un

mayor cuidado en los siguientes embarazos, por ello en la atención prenatal se debe indagar algún evento anterior de parto pretérmino; aunque se sabe que cada embarazo es un evento único, con sus propias características, y solamente se debe tomar en cuenta preventivamente.

En un estudio realizado con mujeres con antecedentes de parto pretérmino, asintomáticas en las que se pesquisó cuello corto en la mitad del embarazo, tienen un riesgo incrementado de parto prematuro espontáneo⁸.

2.3. Formulación de la hipótesis

Ho: Los factores de riesgo gineco-obstétricos y los factores de riesgo materno no están asociados al parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2018.

H1: Los factores de riesgo gineco-obstétricos y los factores de riesgo materno están asociados a la amenaza de parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2018.

2.4. Definición de términos

Factores de riesgo

Es el conjunto de fenómenos, características o condiciones detectables que posibilitan o incrementan la probabilidad de desencadenar riesgos de salud en el embarazo.

Parto pre término

Es el nacimiento de un producto de menos de 37 semanas ó 259 días de gestación. Según la OMS se considera prematuro a un recién nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. En el Perú la guía del MINSA 2010 refiere que es el nacimiento de un recién nacido que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas, con independencia del peso al nacer.

Parto a término

Es el nacimiento de un producto entre las 37 semanas o 259 días y menos de 42 semanas o 293 días de gestación.

Hipertensión Inducida por el embarazo (HIE)

Cuadro desarrollado durante el embarazo y condicionado a él, que se caracteriza por la elevación de la presión arterial por encima de 140/90, y que puede ir acompañado de proteinuria y/o edemas y que aparece después de la 20 semana de gestación.

Ruptura prematura de membranas (RPM)

Actualmente, la ruptura prematura de membrana (RPM) se define como la rotura espontánea de las membranas ovulares después de las 21 semanas de edad gestacional y al menos dos horas antes del inicio del trabajo de parto. Puede ocurrir en embarazos de término (37.0 semanas o más), o de Pre término (< 37.0 semanas)

Oligohidramnios

Disminución patológica de la cantidad normal de líquido amniótico. Se define como volumen anormalmente bajo de líquido amniótico, y para evitar intervenciones innecesarias, y la optimización de resultados obstétricos, la definición de oligohidramnios debe ser inequívoca. Aunque la definición más comúnmente utilizada puede ser el índice de líquido amniótico (ILA) de 5,0 cm o menos; con un valor teórico de menos de 300 cc.

Polihidramnios

Se denomina polihidramnios a una acumulación patológica del líquido amniótico, superior a 2.000 mililitros o índice de líquido amniótico (ILA) mayor a 25 cm. Aumento patológico de la cantidad normal de líquido amniótico.

Placenta previa

La placenta previa designa al tejido placentario que cubre cualquier porción del orificio cervical interno. Una placenta se denomina baja cuando el borde placentario no cubre el orificio interno, pero está a

menos de 2 cm de él. Es la implantación del blastocito en el segmento uterino inferior.

Embarazo múltiple

El embarazo múltiple se define como el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos, es decir embarazo con dos o más fetos (gemelares o mellizos). Ha ido en aumento en los últimos 20 a 30 años a causa del desarrollo progresivo de las técnicas de fertilización asistida y aumento de la edad materna.

Edad materna

La edad (o edad biológica) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La edad biológica comprende de 7 fases aproximadamente: Etapa prenatal, la infancia (0 – 5 años), la niñez (6 – 11 años), adolescencia (12 - 20), la juventud (21 – 30 años), la adultez (31 - 60) y la ancianidad (61 hasta el momento del fallecimiento).

Infecciones del tracto urinario (ITU)

Son infecciones bacterianas frecuentes en la mujer embarazada, y dentro de estas están incluidas la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis aguda.

Paridad

Total de embarazos finalizados, por cualquier vía (vaginal o cesárea) y a cualquier edad gestacional, incluyendo el embarazo actual, los abortos, molas hidatiformes y embarazos ectópicos. Es un término que resume del estado de gravidez y paridad de una paciente en particular. Suele expresarse mediante la siguiente abreviatura: G: a P: b, c, d, e.

2.5. Identificación de variables

V1: Variable independiente

Factores de riesgo:

Factores gineco-obstétricos:

- Hipertensión inducida por el embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Oligohidramnios
- Poli hidramnios
- Placenta previa
- Infecciones genito-urinarias
- Embarazo múltiple

Factores maternos:

- Edad
- Paridad
- Antecedentes de partos pre término

V2: Variable dependiente

Parto pre término

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

Aplicada

3.2. Nivel de Investigación

Analítico de caso - control

3.3. Métodos de Investigación

Cuantitativa transversal retrospectiva

3.4. Diseño de Investigación

Observacional - No experimental

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

Estuvo constituida por 2806 historias clínicas de gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018.

3.5.2. Muestra

CASO: Conformado por 55 historias clínicas de mujeres que tuvieron parto pre término, atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en el año 2018.

CONTROL: Conformado por 55 historias clínicas de mujeres que no tuvieron parto pre término, atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018.

3.5.3. Tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la tabla tamaño de muestra requerido en la comparación de 2 grupos para detectar variaciones entre p_1 y p_2 ; alfa (α)=0.05 y beta (β)=0.20 del módulo de apoyo en metodología estadística²⁸.

GRUPOS MUESTRALES	N°
Gestantes con Parto pretérmino (Casos)	55
Gestantes sin Parto pretérmino (Controles)	55
Total	110

Tipo de muestreo

No probabilístico, intencional por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Historia clínica de mujeres con parto pre término (Casos)

Historia clínica de mujeres con parto a término (Control)

Historias clínicas completas.

EXCLUSIÓN

Historias clínicas incompletas.

Mal llenado de las historias clínicas

Historias clínicas con datos ilegibles

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Revisión de historias clínicas.

Instrumento

Historias clínicas.

Ficha de recolección de datos

Fuentes

La fuente de información es secundaria, es decir que se obtuvieron los datos de las historias clínicas.

3.7. Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó autorización al Director del Hospital Regional de Ayacucho para realizar el presente trabajo de investigación.

Una vez conseguido la autorización, se procedió a identificar las historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

La información contenida en las historias clínicas de aquellas mujeres que tuvieron parto pre término fueron anotados en la ficha de recolección de datos estructurados de acuerdo a las variables de estudio.

Concluido con el recojo de información se procedió a la codificación de cada instrumento de recolección de datos para crear la base de datos primaria en la hoja de cálculo Excel.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Finalmente, de la hoja de cálculo Excel fueron exportados al Software Estadístico IBM SPSS 24.0 (*Statistical Package for Social*

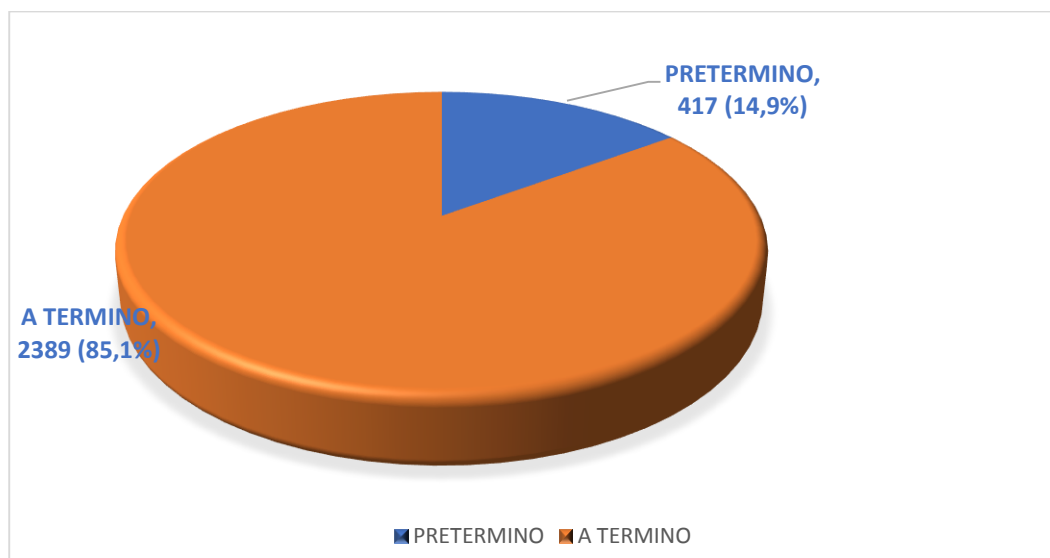
Science), con los cuales se construyeron cuadros de una y doble entrada, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson para la prueba de hipótesis. Así mismo se aplicó la prueba de regresión logística Odds Ratio (OR) para identificar el factor de riesgo en los grupos en estudio de casos y controles.

3.9. Consideraciones éticas

El estudio emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables que participan en el estudio de investigación entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, historias clínicas materno perinatales, revisión de libro de emergencias obstétricas, uso de formularios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. El acceso a la información es de uso exclusivo de las investigadoras para evitar que personas ajenas se involucren en el proyecto.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



Fuente: Sistema Informático Perinatal del HRA.

Figura 01: Incidencia de parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.

La figura 01 muestra la incidencia de partos pretérmino durante el año 2018 en el Hospital Regional de Ayacucho, donde se puede observar una incidencia de 14,9%(417) de partos pretérmino, de un total de 2806 partos que se produjo durante ese año.

Esto significa que un porcentaje significativo (14,9%) son partos que se producen antes de las 37 semanas de gestación, conllevando mayor riesgo de tener problemas de salud, en relación a un nacido a término; porque está menos preparado para enfrentarse al mundo exterior y requiere de importantes cuidados para ayudarlo a sobrevivir, ayudarlo a respirar, a mantener su calor corporal, ayudarlo a alimentarse y reducir el riesgo de contraer infecciones. Además, es importante destacar que los que logran supervivencia, tienen un elevado riesgo también de desarrollar discapacidades que se establecerán para toda la vida.²⁶

El nacimiento prematuro constituye un problema de salud pública en nuestra región de Ayacucho, porque que en los últimos 3 años se encuentra en sostenido ascenso; según datos del SIP del hospital regional de Ayacucho se reporta que en el año de 2016 hubo una incidencia de 12,7%, en el año 2017 fue de 13,6% y ahora en nuestro estudio encontramos que en el año 2018 es de 14,9%.⁸

Resultados similares refiere **Sánchez K²⁴ (Trujillo, 2016)** en su tesis “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2012 – 2014” encontró que del 100% (8,047) de gestantes atendidas en ese periodo, el 11,54%(929) presentaron parto pretérmino y 88,46%(7,118) fueron partos a término; por lo que concluye que la frecuencia de partos pretérmino fue de 11,54% en los años 2012 al 2014 en el Hospital Belén de Trujillo.

En la investigación realizada por **Lozada H²¹ (Piura, 2018)** sobre “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2017” refiere que durante el año 2017 los partos atendidos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, fueron en su totalidad 1368. De los cuáles 110 fueron partos pretérmino y 1258 partos a término. La incidencia de parto pretérmino durante el año 2017 fue de 8,04%.

Guillen JJ¹² (Lima, 2015) en su tesis “Factores maternos asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Alberto Sabogal

Sologuren. 2014”. Refiere que en su estudio estuvo conformado por 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino. La media de la edad de los casos fue de 28,7+/-7,2 años y de los controles de 26,5+/-5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años.

Asimismo, **Carnero X¹⁴ (Lima, 2016)** en su Tesis “Factores de riesgo del parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015”. Encontró los siguientes resultados: De las 450 historias clínicas, la frecuencia de partos pretérminos fue 33.3%. El antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino.

TABLA N° 01

**Hipertensión arterial inducida por el embarazo y parto pre término.
Hospital Regional de Ayacucho. 2018.**

Hipertensión arterial	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Si	12	21,8	06	10,9
No	43	78,2	49	89,1
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 2,391$ $g| = 1$ $p > 0,05$
 OR: 2,27 IC 95% [0,78 – 6,59]

La tabla muestra la Hipertensión arterial inducida por el embarazo y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total

100%(55) gestantes con parto pre término, el 78,2%(43) no tuvieron hipertensión arterial y 21,8%(12) si presentaron hipertensión arterial; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 89,1%(49) no tuvieron hipertensión arterial y 10,9%(06) si tuvieron hipertensión arterial.

Por tanto; se concluye que el 21,8% de gestantes con parto pre término tuvieron hipertensión arterial.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significancia ($p>0.05$); lo que significa que la hipertensión arterial no tiene asociación con el parto pre término. Asimismo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 2,27 con IC 95% [0,78 – 6,59] por lo cual se afirma que la hipertensión arterial no es un factor de riesgo de presentar un parto pre término.

Estos síndromes impactan entre el 10% y el 22% de los embarazos y son una de las enfermedades con mayor impacto. Los altos niveles de presión arterial materna se asocian con retraso del crecimiento fetal durante el tercer trimestre del embarazo y aumentan el riesgo de resultados adversos tales como el nacimiento prematuro y la mortalidad perinatal. En la actualidad se denomina hipertensión inducida por el embarazo, si se acompaña por proteinuria. Es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato.

Resultados similares encontró **Ramos P²² (Lima, 2018)** en su tesis “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional

Hipólito Unanue, enero – julio 2018”, en una muestra de 115 gestantes con parto pretérmino, refiere sobre la preeclampsia, que se evidencia que el 17,4%(20) de las pacientes con parto pretérmino sufrieron preeclampsia, mientras que el 82,6%(95) no presentaron. Al realizar la correlación estadística de Chi cuadrado de Pearson no encontró significancia estadística ($p=0,078$) por lo cual concluye que la hipertensión arterial no tiene relación con el parto pretérmino.

Asimismo, **Lozada H²¹ (Piura, 2018)** en su tesis “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2017” encontró que en el grupo de casos de gestantes con parto pretérmino el 69,7% no tuvieron preeclampsia y el 30,2% si presentaron preeclampsia. En el grupo control de gestantes sin parto pretérmino el 94,9% no presentaron preeclampsia y solo un 5,0% si tuvieron preeclampsia, con un valor de $p < 0,001$ que establece la asociación estadística significativa.

Taibe A²⁶. (Ayacucho: 2018) en su tesis “Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Enero-junio 2018” reportan que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 70,2% (80) no presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo, y 2,6%(3) si presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 19,3%(22) no presentaron enfermedad hipertensiva del

embarazo y 2.6%(3) si presentaron. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 5,3%6) no presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo.

TABLA N° 02

Ruptura prematura de membranas y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.

Ruptura prematura de membranas	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Si	15	27,3	19	34,5
No	40	72,7	36	65,5
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 0,681$ gl=1 p > 0, 05
 OR: 0, 71 IC 95% [0, 31 – 1, 60]

La tabla presenta la ruptura prematura de membranas (RPM) y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 72,7%(40) no tuvieron RPM y 27,3%(15) si presentaron RPM; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 65,5%(36) no tuvieron RPM y 34,5%(19) si tuvieron RPM.

Por tanto; se concluye que el 27,3% de gestantes con parto pre término tuvieron RPM.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significancia (p>0.05); lo que implica que la RPM no tiene

asociación con el parto pre término. Asimismo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 0,71 con IC 95% [0,31 – 1,60] lo que significa que la RPM no es un factor de riesgo para presentar un parto pre término.

La frecuencia de la rotura prematura de membranas varía entre el 4-18% de los partos y es causa del 50% del parto pre término y contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales¹⁸. Es un cuadro grave para el pronóstico perinatal, y su importancia está en relación inversa con la edad gestacional en que se produce, o sea, que mientras más temprano aparece, peores serán los resultados. En nuestra investigación tenemos más casos de RPM en partos a término por lo cual podemos entonces asegurar que en el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no exento de complicaciones; el cual no podemos considerar como un factor de riesgo de parto pretérmino.

Con resultados similares refiere **Capcha K²³(Lima, 2018)** en su investigación “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2016”, donde encontró que del 100% de gestantes con RPM, el 68,2% presentaron parto pretérmino y el 31,8% a término; por otro lado del 100% de gestantes que no tuvieron RPM, el 45,9% presentaron parto pretérmino y el 54,1% a término. Al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado reportó $p > 0,05$ y OR de 2,52 con IC (0,94-6,73) por lo cual concluye que la RPM no es un factor de riesgo para partos pretérmino.

Asimismo, **Mayhuasca W y Yurivilca R²⁰ (Huancayo: 2017)** en su tesis Factores de riesgo de parto pretérmino en primigestas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. Periodo 2015-2016, encontraron que del 100% (47) de primigestas que presentan ruptura prematura de membranas del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, el 78,7% (37) representan al grupo de primigestas con parto pretérmino; en comparación con el grupo de primigestas con parto a término que presentan 21,3% (10) de los que presentan RPM. Con un valor de $p < 0,05$ y OR: 4,0.

Sin embargo contrario a nuestros resultados encontró **Guadalupe M¹² (Lima, 2017)** en su tesis “Factores de Riesgo asociados a parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015” quien refiere al realizar los cálculos y análisis estadístico de chi cuadrado y Odds Ratio en lo datos se puede observar un $\text{Chi-2} = 15.168$, y un valor $p = 0.065 < \alpha = 0.05$, lo que nos demuestra que hay significancia entre la Rotura Prematura de Membrana y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital María Auxiliadora durante el 2015. Asimismo, la Rotura Prematura de Membranas en la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un OR = 2.681 y un IC 95% = 1.615 – 4.451, lo cual nos indica que las gestantes con Rotura Prematura de Membranas tienen 2.681 veces más de presentar parto pretérmino.

TABLA N° 03

**Oligoamnios y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho.
2018.**

Oligoamnios	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Si	12	21,8	10	18,2
No	43	78,2	45	81,8
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 0,227$ gl=1 p > 0, 05
 OR: 1, 25 IC 95% [0, 49 – 3, 20]

La tabla muestra el Oligoamnios y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 78,2%(43) no tuvieron oligoamnios y 21,8%(15) si reportaron oligoamnios; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 81,8%(45) no tuvieron Oligoamnios y 18,2%(10) si tuvieron oligoamnios.

Por tanto; se concluye que el 21,8% de gestantes con parto pre término tuvieron Oligoamnios.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significancia (p>0.05); lo que implica que el Oligoamnios no tiene asociación con el parto pre término. Sin embargo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 1,25

No se ha encontrado estudios que fundamenten una relación directa entre el oligohidramnios y el parto pre término ya que, el oligohidramnios está asociado con múltiples condiciones obstétricas, las que mayormente conllevan a un embarazo prolongado.

Estos resultados se asemejan a lo descrito por **Ramos P²² (Lima, 2018)** en su tesis “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018”, en una muestra de 115 gestantes con parto pretérmino, refiere sobre la presencia de oligohidramnios, en la cual se evidencia que el 7,8%(09) de las pacientes presentan oligohidramnios, mientras que el 92,2%(106) de ellas no presentaron. Al realizar la correlación estadística de Chi cuadrado de Pearson no encontró significancia estadística ($p=0,479$) por lo cual concluye que la hipertensión arterial no tiene relación con el parto pretérmino.

También reporta **Pino A y Yaranga M²⁵ (Huancavelica, 2018)** en su investigación “Factores de riesgo asociados y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica en el año 2018”, en una muestra de 99 historias clínicas de gestantes con parto pretérmino, encontró que el 12,10%(12) tuvieron oligohidramnios y el 87,9%(87) no desarrollaron esta patología; y al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado no encontró significancia estadística ($p=0,764$) por lo cual manifiesta que el oligohidramnios no tiene influencia en el desarrollo del parto pretérmino.

TABLA N° 04

**Poli hidramnios y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho.
2018.**

Polihidramnios	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Si	02	3,6	00	00
No	53	96,4	55	100,0
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 2,037$ $g| = 1$ $p > 0,05$
 OR: 2,03 IC 95% [1,68 – 2,46]

La tabla presenta el poli hidramnios y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 96,4%(53) no tuvieron poli hidramnios y 3,6%(02) si reportaron poli hidramnios; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 100,0%(55) no tuvieron poli hidramnios.

Por tanto; se concluye que el 3,6% de gestantes con parto pre término tuvieron poli hidramnios.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significancia ($p > 0.05$); lo que implica que el poli hidramnios no tiene asociación con el parto pre término. Sin embargo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 2,03 lo que significa que las gestantes que con poli hidramnios tienen 2 veces más riesgo de presentar un parto pre término.

La sobre distensión uterina en el poli hidramnios, facilita el trabajo de parto pre término o amenaza de parto pre término ya que favorece la formación de puentes de unión entre las células miométriales, puentes que son indispensables para que se produzcan las contracciones uterinas coordinadas, el desarrollo de receptores para la oxitocina y la maduración del cuello. Esto explica porque en los 2 casos que presentamos en la investigación culminaron en parto pre término y es considerado como un factor de riesgo.

Resultados similares reporta **Capcha K²³(Lima, 2018)** en su investigación “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2016”, donde encontró que del 100% de gestantes con Polihidramnios, el 66,7% presentaron parto pretérmino y el 33,3% a término; por otro lado del 100% de gestantes que no tuvieron Polihidramnios, el 49,1% presentaron parto pretérmino y el 50,9% a término. Al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado reportó $p > 0,05$ y OR de 2,07 con IC (0,36-11,76) por lo cual concluye que la RPM no es un factor de riesgo para partos pretérmino.

Asimismo, **Lima M y Romaní M¹⁸ (Ayacucho, 2014)** en su tesis “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II EsSalud de Huamanga, 2010-2012”. Refiere que del 100 % del grupo de casos (parto pretermino) el 1% (1) presento poli hidramnios, y el 99 % (99) no presento poli hidramnios. Asimismo, del 100.0% del grupo control (partos a término) en su totalidad no presentaron poli hidramnios. Sometidos los resultados a la prueba Chi

Cuadrado no se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con el poli hidramnios ($P > 0.05$), sin embargo, la prueba de Odds Ratio nos indica que la posibilidad de presentar parto pretermino es 2 veces mayor en gestantes con poli hidramnios ($OR = 2.010$).

TABLA N° 05

Placenta previa y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.

Placenta previa	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Si	03	5,5	01	1,8
No	52	94,5	54	98,2
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 1,038$ $gl=1$ $p > 0,05$
 OR: 3, 11 IC 95% [0, 31 – 30, 91]

La tabla muestra la placenta previa y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 94,5%(52) no tuvieron placenta previa y 5,5%(03) si reportaron placenta previa; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 98,2%(54) no tuvieron placenta previa y sólo 1,8%(01) presentó placenta previa.

Por tanto; se concluye que el 5,5% de gestantes con parto pre término tuvieron placenta previa.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significancia ($p>0.05$); lo que implica que la placenta previa no tiene asociación con el parto pre término. Sin embargo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 3,11 con IC 95% [0,31 – 30,91] lo que significa que la placenta previa no es un factor de riesgo para el parto pre término.

La placenta previa es ocasionada por la implantación del blastocito en el segmento uterino inferior. Aunque el motivo de por qué la implantación ocurre a este nivel no es bien conocido, la fuerte asociación con multiparidad, cesárea anterior y curetaje previo, sugieren daño endometrial como principal causa. El blastocito busca implantarse en el mejor sitio que supla sus necesidades. Como consecuencia de la ubicación anómala de la placenta, ésta, al actuar como un impedimento para el descenso, dificulta el encajamiento y produce presentaciones viciosas (tronco, pelviana) expone al romperse las membranas por su fragilidad al parto prematuro. En nuestra investigación de 04 casos con placenta previa, 03 casos culminaron en parto pre término, por lo cual consideramos como un factor de riesgo de parto pre término.

Resultados similares reporta **Pino A y Yaranga M²⁵ (Huancavelica, 2018)** en su investigación “Factores de riesgo asociados y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica en el año 2018”, en una muestra de 99 historias clínicas de gestantes con parto pretérmino, encontró que el 9,1%(09) tuvieron placenta previa y el 90,9%(90) no

desarrollaron esta patología; y al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado no encontró significancia estadística ($p=0,875$) por lo cual manifiesta que la placenta previa no tiene influencia en el desarrollo del parto pretérmino.

Asimismo, refiere **Capcha K²³(Lima, 2018)** en su investigación “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2016”, donde encontró que del 100% de gestantes con placenta previa, el 57,1%(04) presentaron parto pretérmino y 42,9%(03) parto a término; por otro lado, del 100% de gestantes que no tuvieron placenta previa, el 49,6%(56) presentaron parto pretérmino y el 50,4%(57) a término. Al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado reportó $p>0,05$ y OR de 1,35 con IC (0,29-6,34) por lo cual concluye que la placenta previa no es un factor de riesgo para partos pretérmino.

TABLA N° 06

Infecciones genito urinarias y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.

Infecciones genito urinarias	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Si	42	76,4	24	43,6
No	13	23,6	31	56,4
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 12,273$$

gl=1

$p < 0, 05$

OR: 4, 17

IC 95% [1, 84 – 9, 46]

La tabla muestra las infecciones genito urinarias y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 76,4%(42) presentaron infecciones genito urinarias y 23,6%(13) no reportaron infecciones; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 56,4%(31) no tuvieron infecciones genito urinarias y 43,6%(24) presentaron infecciones genito urinarias.

Por tanto; se concluye que el 76,4% de gestantes con parto pre término tuvieron infecciones genito urinarias

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significancia ($p < 0.05$); lo que implica que las infecciones genito urinarias tienen asociación con el parto pre término. Asimismo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 4,17 lo que significa que las gestantes que con infecciones genito urinarias tienen 4 veces más riesgo de presentar un parto pre término en relación a las que no tienen infecciones.

Durante el embarazo existe un riesgo aumentado de ITU, que se detecta en un 2-8% de las gestantes. Entre los factores de riesgo que favorecen las ITU en el embarazo se encuentran dilatación ureteral, cambios vesicales, cambios en la composición de la orina y factores hormonales. Los microorganismos ascenderían por las vías vaginal y cervical y se replicarían en la placenta la decidua y las membranas, lo

que elevaría las concentraciones de citosinas en el líquido amniótico y, a su vez, aumentaría la concentración de prostaglandinas E2y F2 α , que son conocidas como estimuladoras de la dinámica uterina.

Nuestro resultado respalda **García D²⁷ (Lima,2018)** en su tesis “Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 - junio 2017” donde se aprecia que de las pacientes con parto pretérmino el 33,3% presento ITU durante la gestación en comparación a las pacientes que no tuvo parto pretérmino de las cuales el 18,9% de las pacientes presento ITU durante la gestación, cabe resaltar que según el hallazgo del OR se determinó que la ITU en la gestación influye 2,14 más veces de presentar parto pretérmino en comparación de las que no presentaron ITU en la gestación, además se determinó que el factor fue estadísticamente significativo debido al valor $p = 0,025$.

También describe **Carnero X¹¹ (Lima, 2016)** en su tesis “Factores de riesgo del parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015”, quien encontró que la infección de vías urinarias es altamente significativa ($P < 0.0001$) con un OR: 6 e IC 95% (3.89 – 9.299). En el grupo de casos de partos pretérmino (150) 58% presentó infección de vías urinarias, con una notable diferencia en el grupo control de partos a término (300) solo el 18.7% presentó infección de vías urinarias.

Asimismo, **Guillen JJ09 (Lima, 2015)** en su tesis “Factores maternos asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Alberto

Sabogal Sologuren. 2014". Realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino. Donde observó que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). Conclusiones: Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($p < 0,05$).

Nuestra casuística también respalda, **Mayhuasca W y Yurivilca R²⁰ (Huancayo: 2017)** en su tesis Factores de riesgo de parto pretérmino en primigestas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen". Periodo 2015-2016, encontraron que del 100% (90) de primigestas con parto pretérmino del Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen", el 74,4% (67) de ellas tienen infección del tracto urinario, mientras que en el grupo de primigestas con parto a término 71,1% (64) no presentan infección del tracto urinario.

TABLA N° 07

Embarazo múltiple y parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.

Embarazo múltiple	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Si	09	16,4	02	3,6
No	46	83,6	53	96,4
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 4,949$ $gl=1$ $p < 0, 05$
 OR: 5, 18 IC 95% [1, 06 – 25, 22]

La tabla muestra el embarazo múltiple y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 83,6%(46) no tuvieron embarazo múltiple y 16,4%(09) reportaron embarazo múltiple; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 96,4%(53) no tuvieron embarazo múltiple y sólo el 3,6%(02) presentaron embarazo múltiple.

Por tanto; se concluye que el 16,4% de gestantes con parto pre término tuvieron embarazo múltiple.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significancia ($p < 0.05$); lo que implica que el embarazo múltiple tiene asociación con el parto pre término. Asimismo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 5,18 lo que significa que las gestantes que con embarazo múltiple tienen 5 veces más riesgo de presentar un parto pre término.

A través de la sobre distensión uterina el embarazo múltiple facilita el trabajo de parto pre término o amenaza de parto pre término ya que favorece la formación de puentes de unión entre las células miometriales, puentes que son indispensables para que se produzcan las contracciones uterinas coordinadas, el desarrollo de receptores para la oxitocina y la maduración del cuello.

Resultados que respalda la investigación realizada por **Guadalupe M (Lima, 2017)** en su tesis “Factores de Riesgo asociados a parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015”. Quien realizó un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles, los cuales se divide en casos a las gestantes con parto pre término y controles a las gestantes sin parto pre término, quien refiere al realizarse los cálculos y análisis estadístico de chi cuadrado y Odds Ratio en lo datos se observa un $\chi^2 = 3.896$, un valor $p = 0.048 < \alpha = 0.05$, un $OR = 3.456$ y un $IC\ 95\% = 0.957-12.752$, lo que nos demuestra que no hay significancia entre el Embarazo Múltiple y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital María Auxiliadora durante el 2015. Asimismo, el Embarazo Múltiple en la gestante no es un factor de riesgo para el parto pretérmino por presentar solo 10 casos de un total de 200 partos pretérmino.

Sin embargo, para **Capcha K²³(Lima, 2018)** en su investigación “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2016”, donde encontró que del 100% de gestantes con embarazo múltiple, el 71,4%(05) presentaron parto pretérmino y

28,6%(02) embarazo a término. Por otro lado, del 100% de gestantes que no presentaron embarazo múltiple, el 48,7%(55) presentaron parto pretérmino y el 51,3%(58) embarazo a término. Al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado reportó $p > 0,05$ y OR de 2,63 con IC (0,49-14,15) por lo cual concluye que el embarazo múltiple no es un factor de riesgo para partos pretérmino.

De igual manera reporta **Pino A y Yaranga M²⁵ (Huancavelica, 2018)** en su investigación “Factores de riesgo asociados y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica en el año 2018”, en una muestra de 99 historias clínicas de gestantes con parto pretérmino, encontró que el 4,1%(06) tuvieron embarazo múltiple y el 95,9%(93) no desarrollaron esta patología; y al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado no encontró significancia estadística ($p=0,869$) por lo cual concluye que el embarazo múltiple no tiene influencia en el desarrollo del parto pretérmino.

TABLA N° 08

Edad de las gestantes con parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.

Edad	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
10-19 años	12	21,8	06	10,9
20-35 años	34	61,8	33	60,0
≥a 36 años	09	16,4	16	29,1
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2 = 3,975$$

$$gl=2$$

$$p > 0,05$$

La tabla muestra la edad de las gestantes y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 61,8%(34) tuvieron de 20 a 35 años de edad y 21,8%(12) entre 10 a 19 años; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 60,0%(33) tuvieron de 20 a 35 años y el 29,1%(16) fueron mayores de 36 años.

Por tanto; se concluye que el 61,8% de gestantes con parto pre término tuvieron entre 20 a 35 años de edad.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significancia ($p > 0.05$); lo que implica que la edad no tiene asociación con el parto pre término.

La edad juega un papel muy importante en el parto pre término y se da generalmente en las edades extremas, las adolescentes, aún no se

encuentra en condiciones orgánicas, ni psicológicas adecuadas para afrontar el proceso del embarazo y parto, por ello presentan mayores factores de riesgo a una complicación que desencadene el parto antes de tiempo. Sin embargo, en nuestra investigación no se encontró una relación directa de la edad con el parto pre término ($p>0,05$) por lo cual podemos afirmar que independientemente de la edad se puede presentar el parto pretérmino en cualquier grupo etario.

Resultados similares que respalda esta investigación describe **Carnero X¹¹ (Lima, 2016)** en su tesis “Factores de riesgo del parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015”, quien refiere que la que la edad materna no tuvo significancia estadística ($P=0.4769$) con un OR: 1.25 e IC 95% (0.67 – 2.3218). Tanto en el grupo de casos (partos pre término) como en el control (partos a término) el mayor porcentaje estuvo dentro del rango de 15 a 35 años, con 89.3% y 87% respectivamente.

De igual manera refiere **Ramos P²² (Lima, 2018)** en su tesis “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018”, en una muestra de 115 gestantes con parto pretérmino, manifiesta con respecto a la edad, que el 79,1%(91) tuvieron entre 18 a 35 años, mientras que el 10,4%(12) fueron las gestantes con edad menor a 18 años y mayores a 35 años en ambos casos. Al realizar la correlación estadística de Chi cuadrado de Pearson se encontró significancia estadística ($p<0,05$) por lo cual concluye que la edad tiene relación con el parto pretérmino.

Asimismo, **García D²⁷ (Lima, 2018)**. En su tesis “Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 - junio 2017” manifiesta que la mayor parte de la población está comprendida entre 20 – 34 años, correspondiendo a un 75,8% del total, además también se encontró que 28,8% del total de las pacientes con parto pretérmino corresponde a pacientes entre las edades de ≤ 19 o > 34 años, en contraste al 22% de las pacientes sin parto pretérmino, también se determinó que las pacientes quienes tenían ≤ 19 o > 34 años tenían 1,43 más veces de tener parto pretérmino en comparación a las pacientes que no se encontraban en este rango de edad, sin embargo se encontró que no es un dato estadísticamente significativo debido a que se halló un $p = 0,291$.

TABLA N° 09

Paridad de las gestantes con parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.

Paridad	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Primípara	29	52,7	35	63,6
Múltipara	26	47,3	20	36,4
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 1,345$ gl=1 p > 0, 05
 OR: 0, 63 IC 95% [0, 29 – 1, 36]

La tabla presenta la paridad y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 52,7%(29) fueron primíparas y 47,3%(26) múltiparas; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 63,6%(35) fueron primíparas y 36,4%(20) corresponde a múltiparas.

Por tanto; se concluye que el 52,7% de gestantes con parto pre término fueron primíparas.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significancia ($p > 0.05$); lo que implica que la paridad no tiene asociación con el parto pre término. Asimismo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 0,63 lo que significa que la paridad no es un factor de riesgo para presentar un parto pre término.

Estos resultados nos indican que independientemente cualquiera sea la paridad de la gestante se puede presentar el parto pretérmino, por lo cual no es considerado como un factor de riesgo para un parto pretérmino.

Estos resultados se asemejan a lo descrito por **Ramos P²² (Lima, 2018)** en su tesis “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018”, en una muestra de 115 gestantes con parto pretérmino, refiere con relación a la paridad, el 41,7% de las pacientes indican que tuvieron un parto, mientras que el 29,6% tuvieron 2 partos, el 23,5% tuvieron 3 partos y el 0,9% tuvieron más de 5 partos; y al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado no encontró significancia estadística ($p=0,308$) por lo cual manifiesta que la paridad no tiene influencia en el desarrollo del parto pretérmino.

Sin embargo, para **Capcha K²³(Lima, 2018)** en su investigación “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2016”, quien manifiesta en relación a la paridad que, del 100% de primíparas, el 30,6%(11) presentaron parto pretérmino y 69,4%(25) embarazo a término. Por otro lado, del 100% de múltiparas, el 58,3%(49) presentaron parto pretérmino y el 41,7%(35) embarazo a término. Al contrastar con el análisis estadístico de Chi cuadrado reportó $p<0,05$ y OR de 3,18 con IC (1,38-7,30) por lo cual concluye que la paridad es un factor de riesgo para partos pretérmino.

TABLA N° 10

Antecedente de parto pre término de las gestantes con parto pre término. Hospital Regional de Ayacucho. 2018.

Antecedente de parto pre término	Parto Pre término			
	Si (casos)		No (Control)	
	N°	%	N°	%
Si	10	18,2	02	3,6
No	45	81,8	53	96,4
TOTAL	55	100,0	55	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2 = 5,986$ gl=1 p <0,05
 OR: 5,88 IC 95% [1,22 – 28,28]

La tabla muestra el antecedente de parto pre término y su relación con el parto pre término, donde se observa que del total 100%(55) gestantes con parto pre término, el 81,8%(45) no tuvieron antecedente de parto pre término y 18,2%(10) refieren haber tenido antes un parto pre término; por otro lado, en el grupo control del 100,0%(55) gestantes con parto a término, el 96,4%(53) no tuvieron antecedente de parto pre término y sólo el 3,6%(02) presentaron antecedente de parto pre término.

Por tanto; se concluye que el 18,2% de gestantes con parto pre término tuvieron antecedente de parto pretérmino.

Al realizar el análisis de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significancia (p<0.05); lo que implica que el antecedente de parto pretérmino tiene asociación con el parto pre término. Asimismo, al aplicar medidas de regresión logística odds ratio se tuvo como resultado un OR de 5,88 lo que significa que las gestantes que con antecedente de

parto pre término tienen casi 6 veces más riesgo de presentar un parto pre término.

Los antecedentes de partos pretérminos nos indican que se debe tener un mayor cuidado en los siguientes embarazos, por ello en la atención prenatal se debe indagar algún evento anterior de parto pre término; aunque se sabe que cada embarazo es un evento único, con sus propias características, y solamente se debe tomar en cuenta preventivamente.

Estos resultados coinciden con lo descrito por **Carnero X¹¹ (Lima, 2016)** en su tesis “Factores de riesgo del parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015”, quien refiere respecto a este factor que el antecedente de parto pretérmino es altamente significativo ($P < 0.001$) con un OR = 8.5 e IC 95% (5.35 – 13.52). En el grupo de casos con partos pretérmino (150) 56.7% tuvo un parto pretérmino previo. A diferencia del grupo de control con casos de partos a término (300) que solo 13.3% presentó un parto pretérmino previo.

Nuestros resultados también respalda **García D²⁷ (Lima, 2018)** en su tesis “Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 - junio 2017” manifiesta que se evidencia que de las pacientes con parto pretérmino 16,7% tuvo como antecedente parto pretérmino, en comparación a las pacientes que no tuvo parto pretérmino quienes solamente 6,1% de las pacientes tuvo como antecedente de parto pretérmino, además se determinó que las

pacientes con antecedente de parto pretérmino tuvo 3,1 más veces de presentar un parto pretérmino en comparación de las que no tuvieron el antecedente, se estableció que el factor es estadísticamente significativo con un valor $p = 0,017$.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de partos pretérmino durante el año 2018 en el Hospital Regional de Ayacucho es de 14,8% (417)
2. Los factores Gineco-obstétricos asociados al parto pretérmino ($p < 0,05$) son las infecciones genito urinarias y el embarazo múltiple.
3. El antecedente de parto pretérmino es el único factor materno asociado al parto pretérmino ($p < 0,05$).
4. Los factores de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino ($OR > 1$) son: Poli hidramnios, infecciones genito urinarios, embarazo múltiple, antecedente de parto pretérmino.

RECOMENDACIONES

1. Brindar mayor énfasis en la atención prenatal de las gestantes con antecedente de parto pretérmino para evitar un nuevo episodio de la misma naturaleza.
2. Realizar un seguimiento estricto y minucioso a las gestantes con embarazo múltiple a fin de evitar un parto pretérmino y sus respectivas complicaciones en el recién nacido.
3. Realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones genitourinarias durante los controles prenatales por parte del profesional de Obstetricia; además de instruir a las gestantes del interés de acudir a las evaluaciones materno-fetales durante la gestación para así evitar el parto pretérmino.
4. Continuar con más investigaciones referentes al parto pretérmino por estar en incremento en los últimos 3 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Gómez G. Epidemiología del Parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé. Gynaecia. 2010; 1(2): 12-9.
- 2) Calderón J, Vega G, Velásquez J, Morales R, Vega AJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pre término. Revista Médica del IMSS 2005; 43 (4): 339-342.
- 3) Meza J. Factores maternos relacionados con el parto pre término y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 - 2006. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería, 3(2) 2007
- 4) Estrada OV. Factores que desencadenan la amenaza de parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil Matilde Delgado de Procel, noviembre 2012 a abril 2013. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Obstetricia]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013.
- 5) Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2015 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/#>].
- 6) Villanueva LA, Contreras AK, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecología y Obstetricia Mexicana 2008; 76(9): 542-548.
- 7) Ministerio de Salud Perú. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2017. Peru: Oficina General de Tecnologías de la Información; 2018. 16 p.
- 8) Sistema de Información Perinatal – SIP (2018), Partos prematuros. Sistema de Informático Perinatal, 2018. Ayacucho.
- 9) Guillen JJ. Factores maternos asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. 2014. [Tesis para optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.

- 10) Pérez J, Panduro G, Quezada C. Factores maternos asociados con nacimiento pre término espontáneo versus pre término nacido por cesárea. *Ginecología y Obstetricia Mexicana* 2011; 79(10):607-612.
- 11) Carnero X. Factores de riesgo del parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- 12) Guadalupe M. Factores de Riesgo asociados a parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
- 13) Gonzales L, Zapata R. Factores de riesgo asociado al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Junio – octubre 2009. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2009.
- 14) Ministerio de Salud - MINSA, Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima – Perú, 2010.
- 15) Romero C et al, Oligoamnios: epidemiología de un grave problema de la obstetricia moderna. *Rev Ciencias Médicas* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2018 Nov 27]
- 16) Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G. et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital Público de Santiago. *Rev Med Chile*. 2012; 140: 19-29.
- 17) Gallego, J; Cortes, D. *Obstetricia integral siglo XXI*. Tomo II. Capítulo 6. 2010. Pag 100-115
- 18) Lima M y Romaní M. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II EsSalud de Huamanga, 2010-2012". [Tesis para optar el título profesional de

Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2014.

- 19) Rodríguez-Márquez A, Hernández-Barrio E, Villafuerte-Reinante J, Mesa- Montero Z, Hernández-Cabrera Y, López-Rodríguez-del-Rey A. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012. **Medisur** [revista en Internet]. 2019 [citado 2020 Sep 10]; 17(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4214>.
- 20) Mayhuasca W y Yurivilca R. Factores de riesgo de parto pretérmino en primigestas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. Periodo 2015-2016. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro; 2017.
- 21) Lozada H. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2017. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2018.
- 22) Ramos P. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero-julio 2018. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.
- 23) Capcha K. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2018.
- 24) Sánchez K. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2012 - 2014. [Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
- 25) Pino A y Yaranga M. Factores de riesgo asociados y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de

Huancavelica en el año 2018. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018.

- 26) Taípe A. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Enero-junio 2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico - Cirujano]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
- 27) García D. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 - junio 2017. [Tesis para optar el título profesional de Médico - Cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.
- 28) Y. Benguigui, JC. Bossio. Módulo de apoyo en metodología estadística. 1999. I. Pág. 44-45

ANEXOS

1° Anexo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE TÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. 2018”

Responsables: TORRES CELADITA, Annette
CUTTI VALENZUELA, Marleny

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de ficha: FECHA:

I. FACTORES MATERNOS

- | | | | |
|-----------------|-----|-------------------|-----|
| a. Edad | | b. Paridad | |
| 1. 10 a 19 años | () | 1. Nulípara | () |
| 2. 20 a 35 años | () | 2. Primípara | () |
| 3. ≥ 36 años | () | 3. Múltipara | () |

c. Antecedentes de partos pre término:

- | | | | |
|----|-----|-------|-----|
| Si | () | 2. No | () |
|----|-----|-------|-----|

II. FACTORES GINECO – OBSTÉTRICOS:

d. Hipertensión inducida por el embarazo

- | | | | |
|----|-----|-------|-----|
| Si | () | 2. No | () |
|----|-----|-------|-----|

e. Ruptura prematura de membranas

- | | | | |
|----|-----|-------|-----|
| Si | () | 2. No | () |
|----|-----|-------|-----|

f. Oligohidramnios

- | | | | |
|----|-----|-------|-----|
| Si | () | 2. No | () |
|----|-----|-------|-----|

g. Poli hidramnios

- | | | | |
|----|-----|-------|-----|
| Si | () | 2. No | () |
|----|-----|-------|-----|

h. Placenta previa

- | | | | |
|----|-----|-------|-----|
| Si | () | 2. No | () |
|----|-----|-------|-----|

i. Infecciones genito-urinarias

- | | | | |
|----|-----|-------|-----|
| Si | () | 2. No | () |
|----|-----|-------|-----|

j. Embarazo múltiple

- | | | | |
|----|-----|-------|-----|
| Si | () | 2. No | () |
|----|-----|-------|-----|

k. Otro:

III. VARIABLE REFERIDO A LA INVESTIGACIÓN

- | | | |
|----------------------|-----|---------|
| 1. Parto pre término | () | Casos |
| 2. Parto a término | () | Control |

2° Anexo

Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Independiente: Factores de riesgo				
<ul style="list-style-type: none"> Factores Gineco-Obstétricos 	<p>Son las condiciones ginecológicas y obstétricas patológicas de la madre que condicionan un parto pretérmino.</p>	<p>Se obtendrán la información del SIP del Hospital Regional de Ayacucho y las historias clínicas.</p>	Hipertensión inducida por el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> Si No
			RPM	<ul style="list-style-type: none"> Si No
			Oligohidramnios	<ul style="list-style-type: none"> Si No
			Polihidramnios	<ul style="list-style-type: none"> Si No
			Placenta previa	<ul style="list-style-type: none"> Si No
			Infecciones genito urinarias	<ul style="list-style-type: none"> Si No
			Embarazo múltiple	<ul style="list-style-type: none"> Si No
<ul style="list-style-type: none"> Factores Maternos 	<p>Son las condiciones biológicas, orgánicas y fisiológicas de la madre que condicionan un parto pretérmino</p>	<p>Se obtendrán la información del SIP del Hospital Regional de Ayacucho y las historias clínicas.</p>	Edad	<p>≤ 19 años 20-35 años ≥36 años</p>
			Paridad	<p>Primípara Múltipara Gran Múltipara</p>
			Antecedentes de parto pretérmino	<ul style="list-style-type: none"> Si No
Dependiente:				
Parto pre término	<p>Recién nacido producto de un embarazo cuya edad gestacional oscila entre las 22 semanas hasta antes de las 37 semanas de gestación</p>	<p>Partos prematuros descritos en la Historia clínica perinatal de las gestantes del Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018</p>	<p>Diagnóstico de parto pre término con Recién nacidos producto de partos con edad gestacional de 22 a < 37 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si No

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE TÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPOTESIS	DISEÑO METODOLÓGICO	
<p>¿Cuáles serán los factores de riesgo asociados al parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho en el año 2018?</p>	<p>GENERALES: Conocer los factores de riesgo asociados al parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018</p> <p>ESPECÍFICOS: -Establecer la incidencia de parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018 -Identificar si los factores de riesgo Gineco - obstétricos como la hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, poli hidramnios, placenta previa, infecciones genito-urinarias, embarazo múltiple, se asocia al parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018 -Identificar si los factores de riesgo maternos como la edad, paridad, antecedentes de partos pre término se asocia al parto pre término, en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018</p>	<p>V1: VARIABLE INDEPENDIENTE Factores de riesgo: Factores gineco-obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión inducida por el embarazo • Ruptura prematura de membranas • Oligohidramnios • Poli hidramnios • Placenta previa • Infecciones genito-urinarias • Embarazo múltiple <p>Factores maternos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Paridad • Antecedentes de partos pre término <p>V2: VARIABLE DEPENDIENTE Parto pre término</p>	<p>Los factores de riesgo gineco-obstétricos como la hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, poli hidramnios, placenta previa, infecciones genito-urinarias, embarazo múltiple y los factores de riesgo materno como la edad, paridad y antecedentes de partos pre término, están asociados al parto pre término en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018.</p>	<p>3.1. Tipo de Investigación Aplicada</p> <p>3.2. Nivel de Investigación Analítico de caso - control</p> <p>3.3. Métodos de Investigación Cuantitativa transversal retrospectiva</p> <p>3.4. Diseño de Investigación Observacional - No experimental</p> <p>3.5. Población muestra y muestreo 3.5.1. Población Estará constituida por la totalidad de historias clínicas de gestantes con parto pretérmino, atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2018</p> <p>3.5.2. Muestra CASO: Estará conformado por 55 historias clínicas de mujeres que tuvieron parto prétermino CONTROL: Estará conformado 55 historias clínicas de mujeres que no tuvieron parto pretérmino</p>	
				TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
				Revisión de Historias Clínicas	Historias Clínicas
				Análisis documental de la HCI	Ficha de recolección de datos
				<p>Tratamiento estadístico: Chi Cuadrado de Yates y el Riesgo Relativo Odds ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% (IC95%). Un valor de $p < 0,05$ será considerado significativo.</p>	