

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN  
CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD DE OBSTETRICIA  
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE  
TÉRMINO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO-  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD.**

**HUAMANGA, 2010 – 2012.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
OBSTETRA**

**PRESENTADO POR:**

**LIMA LOAYZA, Miriam Vanessa**

**ROMANÍ CASA FRANCA, Meli**

**ASESOR:**

**OBSTA. PAVEL ANTONIO ALARCÓN VILA**

**AYACUCHO – PERÚ**

**2013**

## ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	
<b>CAPÍTULO I:</b>	
<b>PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	01
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	04
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	05
<b>CAPÍTULO II:</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO .....	06
2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA.....	11
2.2.1. PARTO PRE TÉRMINO .....	11
2.2.1.1. ETIOLOGÍA.....	11
2.2.1.2. PATOGENIA .....	11
2.2.1.3. DIAGNÓSTICO.....	12
2.2.1.4. TRATAMIENTO .....	13
2.2.2. FACTORES DE RIESGO GINECO – OBSTÉTRICO .....	13
2.2.2.1. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO .....	13
2.2.2.2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).....	15
2.2.2.3. OLIGOHIDRAMNIOS .....	17
2.2.2.3. POLI HIDRAMNIOS.....	19
2.2.2.4. PLACENTA PREVIA.....	21
2.2.2.5. INFECCIONES GENITO-URINARIAS .....	23
2.2.2.6. EMBARAZO MÚLTIPLE.....	25
2.2.3. FACTORES DE RIESGO MATERNOS.....	27
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS.....	29
2.4. HIPÓTESIS.....	31
2.5. VARIABLES .....	31
<b>CAPÍTULO III:</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.2. MÉTODO DE ESTUDIO .....	32
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	32
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	33

3.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	33
3.6.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	33
3.7.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	34

#### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	35
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES .....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62
ANEXO	

## DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza  
para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello,  
Con toda la humildad que de mi corazón puede emanar,  
Dedico primeramente mi trabajo a Dios.

A mis padres Adrián y Zenobia Con todo mi cariño Y mi amor  
Que hicieron todo en La vida para que yo pudiera lograr Mis  
sueños, por Motivarme y darme la mano cuando sentía que  
el Camino se terminaba, a ustedes por siempre mi Corazón  
y mi agradecimiento

A mi esposo José Luis por tu paciencia y comprensión  
Preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera  
Cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me  
Inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir  
Que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar  
Siempre a mi lado.

Gracias a mis hermanos: Zulma, Saúl, Mónica,  
Roger y Roy Marco, que siempre estuvieron  
Listas para brindarme toda su ayuda, ahora  
Me toca regresar un poquito de todo lo  
Inmenso que me han otorgado. Con todo  
Mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes:

**MELI**

A Dios todo poderoso que me ha dado la vida, haberme permitido llegar a este punto y siempre darme la fortaleza en mi camino para seguir adelante.

A mis padres: José y Bertha, en reconocimiento y gratitud por su infinito amor, cariño y comprensión, por ser la motivación fundamental para seguir adelante. Siempre estuvieron impulsándome en los momentos que lo necesitaba; con su esfuerzo inagotable, abnegación permanente hicieron que se cristalice el noble ideal de ser profesional.

A mis hermanos: Lisset, Linda y Kevin por su amor, comprensión y ser fuente de mi fortaleza y motivo de superación.

A mis abuelitos en especial a mi abuelita Filomena, amigos y a todos aquellos que creyeron en mí, por su apoyo incondicional y constancia.

**Vanessa**

## **AGRADECIMIENTO**

Divinamente, Dios mi señor, mi guía, mi proveedor, sabes lo esencial que has sido en nuestra posición firme de alcanzar esta meta, esta alegría, que si pudiéramos hacerla material, la hiciéramos para entregártela, pero a través de esta meta, podremos siempre de tu mano alcanzar otras que esperamos sean para tu gloria.

Nuestra eterna gratitud a nuestra alma mater, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos acogido en las aulas forjadora de grandes conocimientos.

A la Facultad de Obstetricia y su plana docente por las enseñanzas, paciencia y orientaciones impartidas durante nuestra formación profesional de salud destinados al servicio de la sociedad.

A nuestro asesor, el Obsta. PAVEL ANTONIO ALARCON VILA y a los señores miembros del jurado por su valiosa colaboración, apoyo y orientación durante el desarrollo del presente trabajo.

Al Hospital II Essalud Huamanga y a los profesionales responsables del Servicio de Obstetricia por permitirnos realizar en la institución la presente investigación.

Finalmente, a todas aquellas personas, familias, amigos que de alguna u otra manera contribuyeron con su valioso apoyo y colaboración para la culminación de la presente investigación.

## INTRODUCCIÓN

Se denomina parto pre término a la interrupción del embarazo antes de la semana 37 de gestación. Los estudios epidemiológicos encaminados a reconocer factores asociados explican aproximadamente el 40% de los nacimientos pre término y el 60% son por factores desconocidos<sup>1</sup>.

El parto pre término ha sido y continúa siendo uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal ya que los nacimientos prematuros son responsables de 75 a 80% de la mortalidad perinatal (40% de estas muertes ocurren en los nacimientos menores de 32 semanas)<sup>1</sup>.

El parto pre término está directamente relacionado a los factores de riesgo obstétricos; el criterio de riesgo ha sido ampliamente utilizado en el ambiente médico, y en particular en el obstétrico-perinatal. Se ha aceptado como embarazo de alto riesgo aquel que tiene una mayor probabilidad de sufrir un daño, o ser receptor de alguna morbilidad o mortalidad materno-fetal. La identificación precoz del embarazo de alto riesgo es concebida como un recurso útil, con el fin de prestarle mayor vigilancia y cuidado a dichas gestantes<sup>2</sup>.

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 morbilidad asociada.

El parto pre término tiene implicancias directas en el niño ya sea a corto y largo plazo si no se toman las medidas de control médico adecuado. Por ello es importante realizar este tipo de investigaciones a nivel de la región de Ayacucho, ya que estos factores varían de acuerdo al área geográfica. Hasta hace poco se tenía la idea 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 se disminuya la morbilidad neonatal.; debido a ello nos planteamos el presente trabajo de investigación cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pre término en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud. Huamanga, 2010-2012.

Obteniendo los siguientes 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 génito-urinarias (OR=1.883).

## **CAPITULO I:**

### **PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El embarazo normal en el humano tiene una duración promedio de 280 días, contados a partir del primer día de la última menstruación<sup>3</sup>. Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro y así adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de completar este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación<sup>4</sup>.

El término prematuro es bastante impreciso, pues se refiere a madurez, de ahí que la Organización Mundial de la Salud (OMS), acordó desde 1972 que no debe ser empleado, designándose entonces como Parto Pretérmino aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación, es decir, menos de 259 días contados a partir del primer día de la última menstruación<sup>3</sup>.

En el mundo, ocurre cerca de 13 millones de partos pre término. Su frecuencia varía de 4.1 hasta a 18.1% en algunas regiones muy pobres<sup>5</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (2010) 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%.

En el Perú, la incidencia de parto pre término reportada varía entre el 3,6% - 11,8%<sup>6</sup>. Las estadísticas del Hospital Materno Infantil San Bartolomé, entre 2000 y 2007, refirió una tasa de incidencia de 8,3% de parto prematuro<sup>7</sup>, sin embargo existe información aún no precisa de casos que se registran a nivel nacional.

En el Hospital Regional de Ayacucho (2010) según el Sistema de Información Perinatal (SIP), el 10.5% de recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología son prematuros<sup>8</sup>, Juan Arias Pachas en la investigación: Influencia de la ansiedad materna en el parto pre termino en el Hospital Regional de Ayacucho (Ayacucho-2012), reportó una frecuencia de 11.7% (86) de partos pre término para el mismo Hospital entre noviembre 2011 a enero 2012<sup>8</sup>.

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 multifactorial<sup>9</sup>.

El factor de riesgo, según la OMS, es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Es importante afirmar que factor de riesgo no significa causa, es simplemente una herramienta para calificar la posibilidad del daño. Por su parte el riesgo es la probabilidad de sufrir un daño<sup>10</sup>.

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.

Se tiene al embarazo gemelar como el responsable de más del 10 % de los nacidos pretérminos. Y no resulta difícil comprender que la nutrición de dos seres en el claustro materno requiere el doble de condiciones en relación con el embarazo único y que aquello a su vez está relacionado con el desencadenamiento temprano del parto<sup>5</sup>.

La hipertensión arterial también es considerada la causa más frecuente de parto pretérmino después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su

control<sup>5</sup>.

Es necesario profundizar el conocimiento sobre estos factores de riesgo y detectarlos oportunamente pues sólo con la identificación precoz y manejo adecuado podremos evitar desde ese punto de vista el desencadenamiento de partos pretérminos y por consiguiente sus efectos negativos, debido a ello nos planteamos el presente trabajo de investigación, bajo la siguiente interrogante.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles fueron los factores de riesgo asociados al parto pre término en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud durante el período 2010 – 2012?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **1.3.1. GENERALES:**

Determinar los factores de riesgo asociados al parto pre término en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud. Huamanga entre los años, 2010-2012

#### **1.3.2. ESPECIFICOS:**

- 1° Determinar la prevalencia del parto pre término, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud. Huamanga, 2010-2012
- 2° Identificar los factores de riesgo Gineco - obstétricos como la hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, poli hidramnios, placenta previa, infecciones génito-urinarias, embarazo múltiple, se asocia a partos pre término, servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud. Huamanga, 2010-2012
- 3° Identificar los factores de riesgo maternos como la edad, paridad, antecedentes de partos pre término se asocia a partos pre término, servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud. Huamanga, 2010-2012.

## **CAPITULO II:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

**Calderón et al (México: 2005)**, “Factores de riesgo materno asociados al parto pre término”, Objetivo: Determinar los factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. Material y métodos: se realizó un estudio de casos y controles, del 1 de septiembre de 2001 al 30 de junio de 2002. Casos: 138 mujeres que culminaron su embarazo antes de la semana 37. Controles: 138 pacientes con parto a término. Para el análisis estadístico se empleó  $\chi^2$ , t de Student y razón de momios. Resultados: en el periodo de estudio se atendieron 8910 eventos obstétricos, de los cuales 600 (6.73 %) fueron pre término. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pre término con diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperemesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia. Conclusión: con excepción del síndrome

de preeclampsia-eclampsia, la incidencia de parto pretérmino así como sus factores asociados fueron similares a los encontrados en la literatura<sup>11</sup>.

**Oviedo et al (México: 2007)**, “Causas de nacimiento pre término entre madres adolescentes”, Objetivos: describir la frecuencia de nacimientos pretérmino y las condiciones maternas, obstétricas o fetales diferentes de los casos espontáneos en una clínica de adolescentes embarazadas. Pacientes y métodos: estudio descriptivo dentro de una cohorte de casos consecutivos. Se denominó nacimiento pre término al ocurrido entre las semanas 20 y 36 de gestación. Resultados: la tasa de prematuridad fue de 10.8% (252/2,326). Hubo trabajo de parto espontáneo en 39.3% (99/252) de las pacientes; los principales desencadenantes fueron: rotura prematura de membranas en 18.7% (47/252), pre eclampsia-eclampsia, 10.3% (26/252); parto gemelar, 10.3% (26/252); restricción del crecimiento intrauterino, 5.6% (14/252) y defectos congénitos en 5.6% (14/252). Conclusiones: las clínicas especializadas con intervenciones basadas en pruebas y orientadas a problemas (adecuadas al contexto clínico de cada paciente) deben estar en constante actualización, ya que puede conseguirse una tasa de prematuridad comparable con la de población sin riesgo, con alta proporción de nacimientos en edad gestacional con mejor pronóstico neonatal<sup>12</sup>.

**Osorno et al (México: 2008)**, donde reportó que de un total de 441 de embarazos gemelares, 59.6%(263) correspondieron a partos pre término (OR= 12.03). Asimismo de un total de 36 embarazos con trillizos, 83.3%(30) correspondieron a partos pre término (OR=4.72).<sup>13</sup>

**Morgan et al (México: 2010)**; “Factores sociodemográficos y obstétricos

asociados con nacimiento pre término”. Objetivo: evaluar la asociación entre nacimiento pre término y factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos. Material y método: estudio retrospectivo, comparativo, longitudinal y observacional en el que se analizaron los registros clínicos de nacimientos pre término (casos prevalentes: n=748) atendidos del 2001 al 2006 en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México. Resultados: en los casos, el nivel socioeconómico bajo se asoció menos con parto pre término que en los controles. El nacimiento pre término se asoció con: sangrado vaginal en el primer trimestre, antecedente de parto pretérmino, intervalo posparto igual o menor de un año, rotura prematura de membranas e infección urinaria. No se demostró asociación con el resto de las variables analizadas. Conclusión: el nacimiento pretérmino se asoció, significativamente, con el nivel socioeconómico bajo, sangrado vaginal en la primera mitad del embarazo, nacimiento pretérmino previo, periodo intergenésico posparto menor o igual a un año, con rotura prematura de membranas e infección urinaria<sup>14</sup>.

**Pérez 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 término<sup>15</sup>.

**Meza (Perú – Lima: 2007)**, “Factores maternos relacionados con el parto pre término y su repercusión en el neonato”. Objetivo: determinar los factores maternos relacionados con el parto pre término y su repercusión en el neonato. Se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima durante el período enero 2002- diciembre 2006. Material y método: Estudio descriptivo correlacional, retrospectivo. Se estudiaron 285 casos de gestantes con diagnóstico de parto pre término y sus respectivos neonatos. Resultados: Al analizar la relación entre los factores maternos relacionados al parto pre término y morbilidad neonatal, resultaron estadísticamente significativos: multiparidad ( $p<0,005$ ;  $OR=1,74$ ), edad gestacional de 24 a 30 semanas ( $p<0,01$ ), parto abdominal ( $p<0,03$ ;  $OR=1,88$ ), ruptura prematura de membranas ( $p<0,01$ ;  $OR=2,28$ ). Conclusiones: Se hallaron factores maternos asociados al parto pre término con la edad, ruptura prematura de membranas, multiparidad entre otros factores<sup>6</sup>.

**Gonzales L, Zapata R. (Ayacucho - 2009)**, en la investigación “Factores de riesgo asociados al parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital

Regional de Ayacucho. Junio – Octubre, 2009”, reportó un total de 139 partos prematuros, de ellos 74.1% fueron prematuros leves, 21.6% prematuros moderados, 2.2% prematuros extremos y prematuros muy extremos, respectivamente<sup>16</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA**

### **2.2.1. PARTO PRE TÉRMINO**

El parto pretérmino es aquel que se produce entre las 28 y antes de las 37 semanas de edad gestacional. 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 útero inhibidores. No se conoce cómo se rompe el equilibrio, pero el aumento de contractilidad tras estímulo cervical (Reflejo de Ferguson) podría jugar algún papel<sup>14</sup>.

Clasificación:

Prematuridad I	: 34 a 36 6/7 semanas.
Prematuridad II	: 30 a 33 6/7 semanas
Prematuridad III	: < a 30 semanas
Recién nacido inmaduro	: < a 28 semanas

#### **2.2.1.1. 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 membranas<sup>15</sup>.

#### **2.2.1.2. 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)<sup>15</sup>.

### **2.2.1.3. 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%)<sup>12</sup>.

**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 cervix 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 término<sup>15</sup>.

**Marcadores bioquímicos:** la detección de fibronectina fetal más allá de la semana 20 en cervix 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 término<sup>15</sup>.

#### **2.2.1.4. 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 horas<sup>15</sup>.

#### **2.2.2. FACTORES DE RIESGO GINECO – OBSTÉTRICO**

##### **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%.<sup>18</sup>.

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 pre-eclampsia 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.

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 intervilloso. 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 glomeruloendoteliosis<sup>19</sup>.

#### **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 21 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 perinatales<sup>20</sup>.

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

Malak y cols<sup>21</sup>, 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 decidua<sup>22</sup>. Determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteínas. 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 supracervical, antes del inicio del trabajo de parto y produciendo parto pretermino.<sup>23</sup>

Las infecciones del tracto genital diagnosticadas como factor causal de RPM se ha 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 chilena<sup>24</sup>; 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.

### **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<sup>26</sup>.

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 gestacional<sup>26</sup>.

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<sup>25</sup>.

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 cuadrantes<sup>25</sup>.

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 Diaz 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 causa<sup>27</sup>.

### **2.2.2.3. POLI HIDRAMNIOS**

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)<sup>28</sup>.

**Clasificación:** Por ILA:

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

**Causas:** Se considera idiopático. Sin embargo esta 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

múltiple<sup>28</sup>.

### **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<sup>29</sup>.

La sobredistensión 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<sup>30</sup>.

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<sup>32</sup>. Podemos citar las siguientes como las más importantes:

-Amenaza de parto pretérmino.- La sobredistensión uterina parece ser la principal causa del aumento de los partos pretérmino (< 37 SG) en gestantes. Así refleja el estudio de Many et al<sup>28</sup>. - Rotura prematura de membranas pretérmino. Producidas por la distensión de las membranas y el aumento de presión en las mismas. Beloosesky R, Ross MG. Polyhydramnios. En: UptoDate, 2012.

#### **2.2.2.4. 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 interuteroplacentarias, 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, esta 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.

La placenta previa es ocasionada por la implantación del blastocisto en el segmento uterino inferior. Aunque el motivo de por que 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<sup>27</sup>.

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 cordón<sup>32</sup>.

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 gestación<sup>32</sup>.

#### **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 feto<sup>15</sup>.

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 feto<sup>17</sup>.

En la serie de eventos que desencadenan una amenaza de parto pretérmino o parto pretérmino en una corioamnionitis esta 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 corionioamnióticas<sup>30</sup>.

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, todo estos cambios llevan a reblandecer y dilatar el cuello que previamente ha sido estimulado por prostaglandinas<sup>30</sup>.

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 prostagandinas que estimulan las contracciones<sup>30</sup>.

#### **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. Con el uso de ultrasonido, el número de gestaciones múltiples diagnosticadas precozmente ha aumentado; el bienestar fetal se evalúa con monitoreo cardíaco fetal y se deben analizar las potenciales complicaciones maternas como anemia, hipertensión, polihidramnios, 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 gemelares<sup>27</sup>. Se ha observado que en embarazos gemelares no complicados esta conducta podría aumentar la incidencia de parto prematuro extremo y el estrés psicosocial materno<sup>32</sup>, 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<sup>33</sup>. 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.

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 semanas<sup>33</sup>.

A través de la sobredistensión uterina el embarazo múltiple puede desencadenar el trabajo de parto pretérmino o amenaza de parto pretérmino 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<sup>31</sup>.

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.<sup>31</sup>

### **2.2.3. FACTORES DE RIESGO MATERNOS**

#### **EDAD**

La edad juega un papel muy importante en el parto pre término y se da generalmente en las edades extremas, las adolescente, 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 deterioro<sup>33</sup>.

#### **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 embarazo<sup>33</sup>.

### **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<sup>33</sup>.

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 espontáneo<sup>8</sup>.

## **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS**

### **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.

### **Parto a término**

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

### **Oligohidramnios**

Disminución patológica de la cantidad normal de líquido amniótico.

### **Poli hidramnios**

Aumento patológico de la cantidad normal de líquido amniótico.

### **Embarazo múltiple**

Embarazo con dos o más fetos (gemelares o mellizos)

### **Edad materna**

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente.

### **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**

Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 semanas de concebido.

## **2.4. HIPÓTESIS**

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 servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud de Ayacucho.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. 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

## **2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE**

Parto pre término

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Aplicada.

#### **3.2. MÉTODO DE ESTUDIO**

Transversal, retrospectivo analítico de caso control

#### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.3.1. POBLACIÓN**

Estuvo constituida por 2890 historias clínicas de mujeres atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital II Essalud de Ayacucho durante los años 2010 a 2012.

##### **3.3.2. MUESTRA**

CASO: Estuvo conformado por 100 historias clínicas de mujeres que tuvieron parto prétermino atendidos en el Hospital II Essalud de Ayacucho

durante los años 2010 a 2012.

CONTROL: Estuvo conformado 100 historias clínicas de mujeres que no tuvieron parto pretérmino.

Pareadas 1:1, de acuerdo a edad

### **3.3.3. TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico, por conveniencia.

## **3.4. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Historia clínica de mujeres con parto pretérmino.

Historias clínicas completas.

### **3.4.2. EXCLUSIÓN**

Historia clínica de mujeres con parto a término.

Historias clínicas incompletas.

## **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.5.1. TÉCNICA**

Revisión de historias clínicas.

### **3.5.2. INSTRUMENTO**

Historias clínicas.

Ficha de recolección de datos

### **3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Por medio del Decanato de la Facultad de Obstetricia se solicitó autorización al Director del Hospital II de Essalud 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 pretérmino 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.

### **3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Seguidamente de la hoja de cálculo Excel fueron exportados al Software Estadístico IBM SPSS 19.0 (*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 y OR para determinar la relación de las principales variables de estudio.

**CAPITULO V**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**Tabla 01.- Prevalencia de partos pre término. Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Año	Parto Pre término	
	Nº	%
2010	37	4.3
2011	41	4.5
2012	43	4.3
Total	121	4.4

En la tabla 01 se observa la prevalencia de partos pre término en un 4.3% (37) en el año 2010, seguido del 4.5% (41) en el año 2011 y con un 4.3% (43) en el año 2012.

La prevalencia de partos pre término en el Hospital II Essalud Huamanga se asemeja a lo identificado en el Hospital Hipólito Unanue que reportó una prevalencia de 4.3% del 2002-2006<sup>6</sup>; teniendo en cuenta que está cerca al porcentaje menor de la incidencia que estuvo reportada para el año 2012 de los partos prematuros en el Perú que va de 3,6% - 11,8%.

**Pérez et al (México: 2011)**; en la investigación “Factores maternos asociados con nacimiento pre término espontáneo versus pre término nacido por cesárea”, reportó de un total de 14882 partos atendidos durante septiembre de 2004 y agosto de 2005, 859 fueron pre término (5.8%), de ellas 489 nacimientos fueron pre término espontáneos (57%) y 368 por cesárea (43%).

**Gonzales - Zapata (Ayacucho, 2009)**, en la investigación “Factores de riesgo

asociados al parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Junio – Octubre, 2009”, reportó un total de 139 partos prematuros, 74.1% fueron prematuros leves, 21.6% prematuros moderados, 2.2% prematuros extremos y prematuros muy extremos, respectivamente.

Los resultados reportados por los investigadores mencionados líneas arriba coincide en relación a la prevalencia nacional y la prevalencia identificada en el periodo de estudio realizado (2010-2012).

El nacimiento pre término está considerado como uno de los principales factores de riesgo asociado a diversos trastornos neurológicos. Las causas del nacimiento antes de las 37 semanas de gestación son diversas, se han señalado partos pre términos espontáneos asociados a complicaciones o enfermedades de la madre o el feto, sin causa evidente, sin embargo, el principal problema del parto pre término, no consiste solamente en conocer los factores de riesgo asociados al mismo si no a la detección temprana, y la aplicación de medidas preventivas.

Se concluye que la prevalencia de partos pre términos durante los años 2010, 2011,2012 ha sido constante con un 4.4% en promedio; aspecto que llama la atención pues la tendencia debe ser la disminución de número de casos.

**Tabla 02.- Parto pre término en relación a la Hipertensión inducida por el embarazo. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Hipertensión inducida por el embarazo	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Nº	%	Nº	%
Si	19	19.0	2	2.0
No	81	81.0	98	98.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 15.376^{**} \quad \chi_t^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad OR=11.494$$

g. l. = 1

En la tabla 02 se observa que del 100 % del grupo de casos (parto pretérmino) el 19% (19) presentó hipertensión inducida por el embarazo y el 81.0 % (81) no presentó hipertensión inducida por el embarazo, mientras que en el grupo control (partos a términos) sólo el 2.0% (2) presentó hipertensión inducida por el embarazo y el 98.0%(98) no presentó hipertensión inducida por el embarazo

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con la hipertensión inducida por el embarazo ( $P < 0.05$ ), asimismo la prueba de Odds Ratio nos indica que la posibilidad de tener parto pretérmino es 11 veces mayor en mujeres con Hipertensión Inducida por el Embarazo.

**Oviedo et al (México: 2007)**, en la investigación “Causas de nacimiento pre término entre madres adolescentes”, donde reportó que de un total de 252 partos pre término, el 10.3% (26/252) fueron debido a la pre eclampsia – eclampsia, resultados que contrastan a los hallados en la presente investigación.

**Calderón et al (México: 2005)**, en la investigación “Factores de riesgo materno asociados al parto pre término”, donde reportó que de un total de 8910 eventos obstétricos, 600 (6.73%) fueron partos pre término, así mismo no halló asociación con la pre eclampsia-eclampsia ( $P>0.05$ ), resultados que contrastan a los hallados en la presente investigación.

Los resultados reportados en la presente investigación permite concluir que existe asociación entre hipertensión inducida por el embarazo y parto pre terminó ya que este cuadro clínico 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 del feto provocando de esta manera una respuesta inflamatoria exagerada que interfiere con la implantación y con el curso normal de la gestación pues en la segunda invasión trofoblástica que finaliza en la semana 20 - 21 de la gestación, se destruye la capa musculo elástica 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.

**Tabla 03.- Parto Pre término en relación a Ruptura Prematura de Membranas. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Ruptura prematura de membranas	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Nº	%	Nº	%
Si	31	31.0	6	6.0
No	69	69.0	94	94.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 20.726^{**} \quad \chi_i^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad OR=7.039$$

g. l. = 1

En la tabla 03 se observa que del 100 % del grupo de casos (parto pretérmino) el 31.0% (31) presentaron ruptura prematura de membranas, y el 69.0 % (69) no presentaron ruptura prematura de membranas, mientras que del 100% del grupo control (partos a término) sólo el 6.0% (6) presentaron ruptura prematura de membrana y el 94% (94) no presentaron ruptura prematura de membranas.

Del análisis de los resultados se concluye que el mayor porcentaje con 31.0% (31) de partos pre término se dieron en mujeres con ruptura prematura de membranas.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con la ruptura prematura de membranas (P<0.05), asimismo la prueba de Odds Ratio nos indica que el riesgo de sufrir de un parto pre término, es 7 veces mayor en mujeres con ruptura prematura de membranas (OR=7.039).

**Meza (Perú – Lima: 2007)**, “Factores maternos relacionados con el parto pre término y su repercusión en el neonato”, donde de un total de 285 casos de

gestantes con diagnóstico de parto pre término, reportó asociación del parto pre término con la ruptura prematura de membranas ( $p < 0,01$ ;  $OR = 2,28$ ), resultados que coinciden a los hallados en la presente investigación.

**Oviedo et al (México: 2007)**, en su estudio realizados reporta que de un total de 252 partos pre término, el 18.7% (47) fueron debido a la rotura prematura de membranas, resultados que contrastan con los hallados en la presente investigación.

**Calderón et al (México: 2005)**, en un estudio realizado el 6.73% (600) de partos pre término, reportó que la ruptura prematura de membranas fue un factor asociado con el parto pre término ( $P < 0.05$ ), resultados que coinciden a los hallados en la presente investigación.

Los resultados de la presente investigación y los antecedentes referidos nos permite concluir que el parto prétermino está asociado a la ruptura prematura de membranas pues según la literatura. 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 decidua<sup>20</sup> Determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteínas. 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 supracervical,

antes del inicio del trabajo de parto y produciendo parto pre término.

**Tabla 04. Parto Pretérmino en relación al Oligohidramnios. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Oligohidramnios	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Nº	%	Nº	%
Si	5	5.0	3	3.0
No	95	95.0	97	97.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 0.521$  N. S.       $\chi^2_t = 3.841$        $P > 0.05$        $OR=1.702$   
g. l. = 1

En la tabla 04 se observa que del 100 % del grupo de casos (parto pretérmino) el 5% (5) presentó oligohidramnios, y el 95 % (95) no presentó oligohidramnios. Así mismo, del 100% del grupo control (partos a término) el 3% (3) presentó oligohidramnios y el 97%(97) no presentó oligohidramnios.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con el oligohidramnios ( $P > 0.05$ ), sin embargo la prueba de Odds Ratio nos indica que existe mayor riesgo de padecer de un parto pre término debido al oligohidramnios ( $OR=1.702$ ).

**Osorno et al (2008: México)**, en la investigación “Factores maternos relacionados con prematuridad”, reporta que de un total de 25,355 partos evaluados, 11.9% (3018) fueron por parto pre término, asimismo se presentaron 827 casos de oligohidramnios, de ellos 256 (31.0%) correspondieron a partos pre término ( $OR= 3.39$ ), resultados que contrastan a los hallados en la presente investigación.

Podemos concluir que el oligohidramnios no está asociado al parto pretermino pues esta patología se relaciona más bien con un embarazo prolongado, sin embargo es importante conocer que existe riesgo considerable de parto pretermino en aquellas gestantes con oligohidramnios pues una ruptura de membranas antes de la semana 37 de gestación que va acompañada de oligohidramnios, complicaría el cuadro clínico siendo un factor de riesgo de labor inducida de parto, terminando la gestación por cesárea y el sufrimiento fetal sería la principal causa , elevando así la tasa de morbilidad materno-perinatal.

**Tabla 05.- Parto Pretérmino en relación al Poli hidramnios. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Poli hidramnios	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Nº	%	Nº	%
Si	1	1.0	0	0.0
No	99	99.0	100	100.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 1.005$  N. S.       $\chi^2_t = 3.841$        $P > 0.05$       OR=2.010  
g. l. = 1

En la tabla 05 se observa que del 100 % del grupo de casos (parto pretérmino) el 1% (1) presentó polihidramnios, y el 99 % (99) no presentó polihidramnios. 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 pretérmino es 2 veces mayor en gestantes con poli hidramnios (OR=2.010).

**Osorno et al (2008: México)**, donde reportó que de 121 casos de poli hidramnios, 37.2%(45) correspondieron a partos pre término (OR= 4.48), resultados que coinciden con los hallados en la presente investigación.

Los resultados reportados nos permite concluir que no existe asociación entre el parto pretemino y el polihidramnios sin embargo según la literatura el

polihidramnios se ha asociado a complicaciones obstétricas como : amenaza de parto pretermino, debido a la sobredistencion uterina 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, provocando parto pretermino.

**Tabla 06.- Parto Pretérmino en relación a la Placenta Previa. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Placenta previa	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto Atermino	
	Nº	%	Nº	%
Si	8	8.0	1	1.0
No	92	92.0	99	99.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 5.701^{**}$        $\chi^2_t = 3.841$        $P < 0.05$        $OR=8.609$   
g. l. = 1

En la tabla 06 se observa que del 100 % del grupo de casos (parto pretérmino) el 8.0% (8) presentó placenta previa, y el 92.0 % (92) no presentó placenta previa. Así mismo, del 100% del grupo control (partos a término), solo 1% (1) presentó placenta previa y el 99.0% (99) no presentó placenta previa.

Del análisis de los resultados se concluye que el 8.0% (8) de partos pre término se dieron en mujeres con placenta previa.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con la placenta previa ( $P < 0.05$ ), asimismo la prueba de Odds Ratio nos indica que la posibilidad de padecer parto pretérmino es 8 veces mayor en gestantes con placenta previa ( $OR=8.609$ ).

**Osorno et al (2008: México)**, reportó de un total de 36 casos de placenta previa marginal, 44.4%(16) correspondieron a partos pre término ( $OR= 6.6$ ). Asimismo de un total de 21 casos de placenta previa total, 61.9%(13) correspondieron a partos pre término ( $OR=13.4$ ), resultados que coinciden con los hallados en la

presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados existe dependencia estadística entre el parto pretérmino y la placenta previa ( $P < 0.05$ ), pues se tiene conocimiento de que esta entidad puede ocasionar hemorragia, restricción de nutrientes y oxígeno hacia el feto, 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 gestación<sup>32</sup>

**Tabla 07.- Parto Pretérmino en relación a las Infecciones Genito-uritarias. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Infecciones génito urinarias	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Nº	%	Nº	%
Si	36	36.0	23	23.0
No	64	64.0	77	77.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 4.063^{**}$$

g. l. = 1

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

$$OR = 1.883$$

En la tabla 07 se observa que del 100 % del grupo de casos (parto pretérmino) el 36% (36) presentó infecciones génito-uritarias, y el 64 % (64) no presentó infecciones génito-uritarias. Así mismo, del 100% del grupo control (partos a término), el 23% (23) presentó infecciones génito-uritarias y el 77%(77) no presentó infecciones génito-uritarias.

Del análisis de los resultados se concluye que el 36.0% (36) de partos pre término se dieron en mujeres con infecciones génito urinarias.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con las infecciones génito urinarias ( $P < 0.05$ ), asimismo la prueba de Odds Ratio nos indica que la posibilidad de padecer parto pre término es 1.8 debido a las infecciones génito urinarias ( $OR = 1.883$ ).

Calderón et al (México: 2005), que de un total de 600 partos pre término, reportó que la cervicovaginitis y la infección de vías urinarias fue un factor

asociado con el parto pre término ( $P < 0.05$ ), resultados que coinciden con los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados existe dependencia estadística entre la infección gènito-urinaria y parto pre término, pues 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, todo 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 acido araquidónico lo que lleva a la formación de más prostagandinas que estimulan las contracciones por tanto parto pre término.

**Tabla 08. Parto Pretérmino en relación al Embarazo Múltiple. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Embarazo múltiple	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Nº	%	Nº	%
Si	7	7.0	0	0.0
No	93	93.0	100	100.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 7.254^{**}$        $\chi^2_t = 3.841$        $P < 0.05$        $OR = 2.075$   
g. l. = 1

En la tabla 08 se observa que del 100 % del grupo de casos (parto pretérmino) el 7% (7) presentó embarazo múltiple, y el 93 % (93) no presentó embarazo múltiple. Así mismo, del 100.0% del grupo control (partos a término) en su totalidad no presentaron embarazo múltiple.

Del análisis de los resultados se concluye que el 7.0% (7) de partos pre término se dieron en mujeres con embarazo múltiple.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con el embarazo múltiple ( $P < 0.05$ ), asimismo la prueba de Odds Ratio nos indica que la posibilidad de presentar parto pretérmino es 2 veces mayor en gestantes con embarazo múltiple ( $OR = 2.075$ ).

**Osorno et al (2008: México)**, donde reportó que de un total de 441 de embarazos gemelares, 59.6%(263) correspondieron a partos pre término ( $OR = 12.03$ ). Asimismo de un total de 36 embarazos con trillizos, 83.3%(30) correspondieron a partos pre término ( $OR = 4.72$ ), resultados que coinciden con los hallados en la

presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados existe dependencia estadística entre la parto pretérmino y el embarazo múltiple ( $P < 0.05$ ).

A través de la sobredistensión uterina el embarazo múltiple puede desencadenar 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.<sup>31</sup>

**Tabla 09.- Parto Pretérmino en relación a la Edad. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Edad	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Nº	%	Nº	%
10 a 19	4	4.0	1	1.0
20 a 35	77	77.0	83	83.0
>= 36	19	19.0	16	16.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 2.282 \text{ N. S.}$$

$$\chi_t^2 = 5.991$$

$$P > 0.05$$

g. l. = 2

En la Tabla 09 se observa que del 100.0% del grupo de casos (parto pre término), el 77.0% (77) correspondieron a gestantes con edades de 20 a 35 años, el 19.0% a gestantes con edades mayores o iguales a 36 años y 4.0% (4) a gestantes con edades de 10 a 19 años. Asimismo, del 100.0% del grupo control (parto a término) el 83.0% (83) correspondieron a gestantes con edades de 20 a 35 años, el 16.0% (16) a gestantes con edades mayores o iguales a 36 años y 1.0% (1) a gestantes con edades de 10 a 19 años.

Del análisis de los resultados se concluye que el 77.0% (77) de partos pre término se dieron en mujeres con edades de 20 a 35 años.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con la edad materna ( $P > 0.05$ ).

**Pérez et al (México: 2011)**; donde reporta un total de 859 partos pre término espontáneos que correspondieron a madres menores de 20 años, mediante el

análisis bivariado se halló asociaron de parto pretérmino con la edad materna menor de 20 años ( $P < 0.05$ ), resultados que contrastan a los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados no existe dependencia estadística entre el parto pretérmino y la edad materna ( $P > 0.05$ ), el parto pre término se da en forma igual en todas las edades de la madre que presentan factores de riesgo para que se desencadene el parto pre término.

**Tabla 10.- Parto Pretérmino en relación a la Paridad. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Paridad	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Ne	%	Ne	%
Nulípara	12	12.0	7	7.0
Primípara	31	31.0	32	32.0
Múltipara	51	51.0	56	56.0
Gran múltipara	6	6.0	5	5.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi_c^2 = 1.656$  N. S.       $\chi_t^2 = 7.815$        $P > 0.05$   
g. l. = 3

En la tabla 10 se observa que del 100.0% del grupo de casos (parto pretérmino), el 51.0% (51) correspondieron a múltiparas, el 31.0% (31) a primíparas, el 12.0% (12) a nulíparas y el 6.0% (6) a gran múltiparas. Asimismo, del 100.0% del grupo control (parto a término), el 56.0% (56) correspondieron a múltiparas, el 32.0% (32) a primíparas, el 7.0% (7) a nulíparas y el 5.0% (5) a gran múltiparas.

Del análisis de los resultados se concluye que el 51.0% (51) de partos pre término se dieron en mujeres múltiparas.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado no se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con la paridad ( $P > 0.05$ ).

**Osorno et al (2008: México)**, quien reportó que de un total de 14,927 madres nulíparas, el 12.5%(1,869) correspondieron a partos pre término (OR= 1.29). Asimismo de un total de 227 madres gran múltiparas el 18.5%(42) correspondieron a partos pre término (OR= 1.87), resultados que contrastan con los hallados en la presente investigación.

**Meza (Perú – Lima: 2007)**, donde reportó que de un total de 285 casos de gestantes con diagnóstico de parto pre término, reportó asociación del parto pre término con la multiparidad ( $p < 0,01$ ;  $OR = 2,28$ ), resultados que contrastan con los hallados en la presente investigación.

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 embarazo.

**Tabla 11.- Parto Pre término en relación antecedentes de parto pretérmino. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud Huamanga, 2010 – 2012.**

Antecedentes de partos pre término	Tipo de parto			
	Caso: Parto Pre término		Control: Parto A término	
	Nº	%	Nº	%
Si	10	10.0	3	3.0
No	90	90.0	97	97.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 4.031^{**}$$

g. l. = 1

$$\chi_t^2 = 3.841$$

$$P < 0.05$$

$$OR=3.593$$

En la tabla 11 se observa que del 100.0% del grupo de casos (partos pre término), el 10.0% (10) correspondieron a gestantes con antecedentes de parto pre término y el 90.0% (90) a gestantes que no presentaron antecedentes de parto pretérmino. Asimismo, del 100.0% del grupo control (partos a término), el 3.0% (3) correspondieron a gestantes con antecedentes de parto pre término y el 97.0% (97) a gestantes sin antecedentes de parto pretérmino.

Del análisis de los resultados se concluye que el 10.0% (10) de partos pre término se dieron en mujeres con antecedentes de parto pre término.

Sometidos los resultados a la prueba Chi Cuadrado se halló evidencia estadística de dependencia entre el parto pre término con los antecedentes de parto pre término ( $P < 0.05$ ), así mismo la prueba de Odds Ratio nos indica que existe mayor riesgo de padecer de un parto pre término debido a este tipo de antecedentes ( $OR=3.593$ ).

**Villanueva et al (2008: México)**, en la investigación “Perfil epidemiológico del

parto prematuro”, reporta que a nivel mundial existe elevada frecuencia de partos pre término, siendo uno de los factores de riesgo predictores los antecedentes de parto prematuro con un OR=3.42, resultados que coinciden a los hallados en la presente investigación.

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.

## CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- 1° La prevalencia de partos pre términos durante los años 2010, 2011, 2012 ha sido constante con un 4.4% en promedio; aspecto que llama la atención pues la tendencia debe ser la disminución de la prevalencia de estos casos.
- 2° La hipertensión inducida por el embarazo está asociado al parto pre termino ( $p < 0.05$ ) y su riesgo es 11 veces mayor en mujeres con Hipertensión Inducida por el Embarazo ( $OR = 11.49$ ), convirtiéndose en el factor de riesgo más importante en el presente estudio.
- 3° La placenta previa ( $OR = 8.609$ ) y la ruptura prematura de membrana ( $OR = 7.039$ ) están asociadas al parto pre termino ( $p < 0.05$ ) y su riesgo es 8 y 7 veces mayor respectivamente en mujeres con estos eventos, constituyéndose en el segundo factor de riesgo más importantes para el parto pre termino en el Hospital II Essalud Huamanga.

- 4° El embarazo múltiple (OR=2.075), las infecciones génito urinarias (OR=1.883) están asociadas al parto pre termino ( $p<0.05$ ) y su comportamiento de riesgo es menor en el Hospital II Essalud Huamanga
- 5° Los antecedentes de parto pretérmino son factores asociados ( $p<0.05$ ) y es un factor de riesgo materno (OR=3.593) al parto pre término en el Hospital II Essalud Huamanga.

## RECOMENDACIONES

- 1° Sugerir a los profesionales de salud del Hospital II Essalud Huamanga realizar campañas preventivas y promoción de la salud en gestantes de todas las edades, debido a que la mayoría de las gestantes que asisten al establecimiento solamente asisten por una consulta médica y se retiran a sus domicilios rápidamente cuando deberían realizar su control prenatal periódicamente en el servicio de ginecoobstetricia. Así también mejorar la atención de las gestantes que pudieran tener factores de riesgo.
- 2° Se recomienda continuar con la detección precoz de los factores de riesgo para la hipertensión inducida por el embarazo para un tratamiento profiláctico de dicho trastorno. Se debe mantener un control estricto de las hipertensas crónicas antes del embarazo y un seguimiento exhaustivo durante la etapa prenatal. Por último es necesario implementar estrategias profilácticas y terapéuticas en pacientes con riesgo de desarrollar pre-eclampsia durante el embarazo, para lograr mejores resultados perinatales.
- 3° Proponer la instrucción adecuada del personal de salud para la detección oportuna del tratamiento adecuado de los factores de riesgo para disminuir

la tasa de morbilidad y mortalidad neonatal secundario a parto pretermino por ello obliga a retomar los programas preventivo básicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) OVALLE, Alfredo et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. méd. Chile [online]. 2012, vol.140, n.1 [citado 2013-11-28], pp. 19-29
- 2) FANEITE, Pedro et al. ¿En cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal?. Rev Obstet Ginecol Venez [online]. 2003, vol.63, n.2 [citado 2013-11-28], pp. 61-66.
- 3) Botero Uribe J, Júbiz Hazbún A, Henao O. Obstetricia y Ginecología. 7 ed. Bogotá:Universidad de Antioquia; 2004
- 4) Torre E de la, González Valdéz J, Gutiérrez Muñiz JA, Jordán Rodríguez JR, Pelayo González-Posada EJ. Pediatría. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 2005.
- 5) Robaina Castellanos GR, Pollo Medina JM, Morales Rigan JM, Robaina Castellanos RE. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. Rev Cubana Obstet Ginecol (periódica en línea) 2001; 27(1).
- 6) 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
- 7) Villanueva LA, Contreras AK, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecología y Obstetricia Mexicana 2008; 76(9): 542-548.
- 8) Sistema de Información Perinatal - SIP, Partos prematuros. Sistema de Informático Perinatal, 2010. Ayacucho.
- 9) Puffer R. Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre estudios de mortalidad infantil en Cuba. Rev Cubana Salud Pública (periódica en línea). 2003; 29(1).

- 10) Louro Bernal I. Atención Familiar. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001; Vol 1: salud y medicina. p 209-78
- 11) 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.
- 12) Oviedo H, Lira J, Ito A, Grosso JM. Causas de nacimiento pre término entre madres adolescentes. Ginecología y Obstetricia Mexicana 2007; 75:17-23.
- 13) Osorno et al (2008: México), donde reportó que de un total de 441 de embarazos gemelares, 59.6%(263) correspondieron a partos pre término (OR= 12.03). Asimismo de un total de 36 embarazos con trillizos, 83.3%(30) correspondieron a partos pre término (OR=42.72).
- 14) Morgan et al (México: 2010); "Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pre término" Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México, 2001- 2006
- 15) 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.
- 16) Gonzales L, Zapata R. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Junio – Octubre 2009.
- 17) AMIR, Ginecología y Obstetricia. 3ª edición. Academia de estudios MIR, S.L. (AMIR), 2006.
- 18) Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal

- booking: systematic review of controlled studies. *BMJ* 2005 Mar 12;330(7491):565. Epub 2005 Mar 2.
- 19) Margulies M, Zin C, Margulies ND, Voto LS. Non-invasive ambulatory blood pressure control in normotensive pregnant women. *Am J Hypertens* 1989; 2:924-6.
  - 20) Salinas H. Obstetricia. Servicio de Maternidad. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 2005.
  - 21) Malak TM, Bell SC. Structural characteristics of term human fetal membranes. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 375-86.
  - 22) Lei y cols Lei H, Furth EE, Kalluri R, Chiou T, Tilly K, Elkon K, Jeffrey J, Strauss JF. A program of cell death and extracellular matrix degradation is activated in the amnion before the onset of labor. *J Clin Invest* 1996; 98: 1971-78.
  - 23) Moore KL. Desarrollo de tejidos, órganos y forma del cuerpo. En: Moore KL. *Embriología clínica*, 5ª ed. Cap 5. Edit Interamericana, Mc Graw-Hill 1995; 74-97.
  - 24) Ovalle y cols Ovalle A, Martínez MA, Ferrand P, Peña V, Ocaranza M, Schwarze JE. Infección intraamniótica por *Neisseria Gonorrhoeae* en un caso de rotura prematura de membranas de pretérmino. *Rev Chil Obstet Gynecol* 1999; 64(2): 130-132.
  - 25) Ministerio de Salud - MINSA, Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima – Perú, 2010.
  - 26) Schwarcz y cols Abalos E, AlbaizetaD, Briozzo L, Caldeiro R. *OBSTETRICIA* 6ª edición.
  - 27) Romero Díaz Carlos, Peña Abraham Migdalia de las M, Gutiérrez Valdés Nelsa, González Ungo Eddy, Álvarez Rivera Yordanis. Oligoamnios: epidemiología de un grave problema de la obstetricia moderna. *Rev*

Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Nov 27]

- 28) Rodríguez M, Egaña G, Márquez R. Ultrasonografía Doppler en embarazos de término con oligohidroamnios aislado. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología, v.75 n.5 Santiago 2010.
- 29) Many A, Hill LM. The association between polyhydramnios and preterm delivery. Obstet Gynecol 1995;86(3):389-91
- 30) GALLEGO, Jaime; CORTÉS, Daniel. Obstetricia integral siglo XXI. Tomo II. Capítulo 6. 2010. Pag 100-115
- 31) Beloosesky R, Ross MG. Polyhydramnios. En: UptoDate, 2012.
- 32) CUARTAS CALLE, Adriana María. Predicción de Trabajo de parto pretérmino espontáneo. Rev Colomb Obstet Ginecol [en línea]. 2002, vol.53, n.4 [citado el 12.3.2013], pp 341-354.
- 33) Cárdenas I, Martínez RV. Evaluación de un método de conducta en el oligohidramnios. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, v.32 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2006.
- 34) Oquendo M, Beltrán J, Soriano K. Rotura uterina espontánea en una paciente con polihidramnios como único factor de riesgo. Comunicación de un caso, revisión de la bibliografía y experiencia institucional. Ginecología y Obstetricia Mexicana 2008; 76(4):217-20.

# ANEXOS



**GUÍA DE RECOJO DE INFORMACIÓN**

Nº de ficha: ..... FECHA: .....

**I. FACTORES MATERNOS**

- |                   |     |                   |     |
|-------------------|-----|-------------------|-----|
| <b>a. Edad</b>    |     | <b>b. Paridad</b> |     |
| 1. 10 a 19 años   | ( ) | 1. Nulípara       | ( ) |
| 2. 20 a 35 años   | ( ) | 2. Primípara      | ( ) |
| 3. $\geq$ 36 años | ( ) | 3. Multípara      | ( ) |
|                   |     | 4. Gran multípara | ( ) |

**c. Antecedentes de partos pre término:**

- |       |     |       |     |
|-------|-----|-------|-----|
| 1. Si | ( ) | 2. No | ( ) |
|-------|-----|-------|-----|

**II. FACTORES GINECO – OBSTÉTRICOS:**

**d. Hipertensión inducida por el embarazo**

- |       |     |       |     |
|-------|-----|-------|-----|
| 1. Si | ( ) | 2. No | ( ) |
|-------|-----|-------|-----|

**e. Ruptura prematura de membranas**

- |       |     |       |     |
|-------|-----|-------|-----|
| 1. Si | ( ) | 2. No | ( ) |
|-------|-----|-------|-----|

**f. Oligohidramnios**

- |       |     |       |     |
|-------|-----|-------|-----|
| 1. Si | ( ) | 2. No | ( ) |
|-------|-----|-------|-----|

**g. Poli hidramnios**

- |       |     |       |     |
|-------|-----|-------|-----|
| 1. Si | ( ) | 2. No | ( ) |
|-------|-----|-------|-----|

**h. Placenta previa**

- |       |     |       |     |
|-------|-----|-------|-----|
| 1. Si | ( ) | 2. No | ( ) |
|-------|-----|-------|-----|

**i. Infecciones genito-urinarias**

- |       |     |       |     |
|-------|-----|-------|-----|
| 1. Si | ( ) | 2. No | ( ) |
|-------|-----|-------|-----|

**j. Embarazo múltiple**

- |       |     |       |     |
|-------|-----|-------|-----|
| 1. Si | ( ) | 2. No | ( ) |
|-------|-----|-------|-----|

k. Otro:.....

**III. VARIABLE REFERIDO A LA INVESTIGACIÓN**

1. Parto pre término ( ): Casos

2. Parto a término ( ): Control

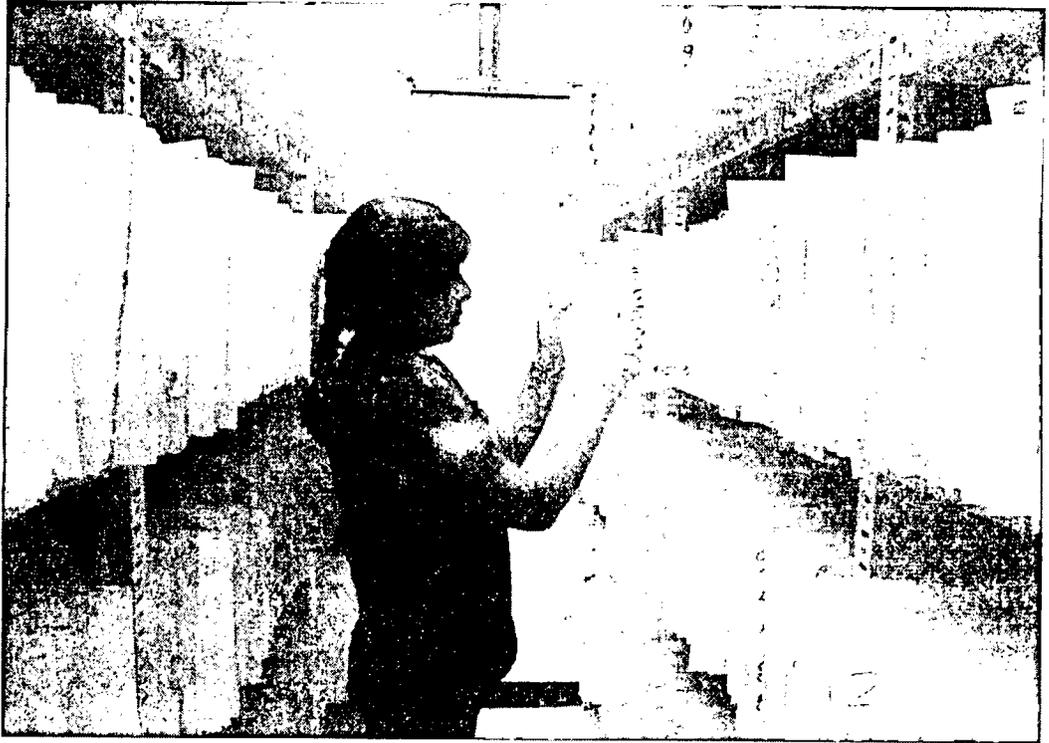


Imagen № 01: Revisión de historias clínicas



Imagen № 02: Revisión de historias clínicas.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
SAN CRISTÓBAL DE  
HUAMANGA**



**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL II ESSALUD HUAMANGA 2010-”**

**AREA DE INVESTIGACION : Materna**

**PRESENTADO POR**

**ROMANI CASA FRANCA, Meli**  
DNI N°: 44969934

**LIMA LOAYZA, Miriam Vanessa**  
DNI N°: 43898889

**TITULO PROFESIONAL: OBSTETRA**

**AÑO DE APROBACION DE LA SUSTENTACION: 2013**

# FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE TÉRMINO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II ESSALUD. HUAMANGA, 2010 – 2012.

## RESUMEN

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** El embarazo normal tiene una duración promedio de 280 días, cuando nace antes de completar este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación. En el mundo, ocurre cerca de 13 millones de partos pre término. Su frecuencia varía de 4.1 a 18.1% en algunas regiones muy pobres. En el Perú, la incidencia de parto pre término reportada varía entre el 3,6% - 11,8%. En el Hospital Regional de Ayacucho el 10.5% de recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología son prematuros<sup>1</sup>, debido a ello nos planteamos el presente trabajo de investigación, bajo la siguiente interrogante. ¿Cuáles fueron los factores de riesgo asociados al parto pre término en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud durante el período 2010 – 2012?

**OBJETIVO:** Determinar los factores de riesgo asociados al parto pre término en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud. Huamanga entre los años, 2010-2012,

**HIPÓTESIS:** 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 servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud de Ayacucho.

**MARCO TEÓRICO:** El parto pretérmino es aquel que se produce entre las 28 y antes de las 37 semanas de edad gestacional, La etiología es desconocida en el 50% de los casos. Son factores de riesgo las edades extremas, consumo de alcohol, cocaína, tabaco, déficits nutricionales, bajo nivel socioeconómico, infección vaginal, cervical o de líquido amniótico, polihidramnios, gestación múltiple, placenta previa, abruptio placentae y rotura prematura de membranas.<sup>2</sup>

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de partos pre términos durante los años 2010, 2011,2012 ha sido constante con un 4.4% en promedio; aspecto que llama la atención pues la tendencia debe ser la disminución de la prevalencia de estos casos.

**RECOMENDACIONES:** Sugerir a los profesionales de salud del Hospital II Essalud Huamanga realizar campañas preventivas y promoción de la salud en gestantes de todas las edades, debido a que la mayoría de las gestantes que asisten al establecimiento solamente asisten por una consulta médica y se retiran a sus domicilios rápidamente cuando deberían realizar su control prenatal periódicamente en el servicio de ginecoobstetricia. Así también mejorar la atención de las gestantes que pudieran tener factores de riesgo.

## BIBLIOGRAFIA REFERENCIAL:

1. Botero Uribe J, Júbiz Hazbún A, Henao O. Obstetricia y Ginecología. 7 ed. Bogotá:Universidad de Antioquia; 2004
2. Pérez J, Panduro G, Quezada C. Factores maternos asociados con nacimiento pre término espontáneo versus pre término nacido por cesárea. Ginecología y Obstetricia Mexicana.

**RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PRE TERM LABOUR TREATED IN THE  
SERVICE OF OBSTETRICS GYNECOLOGY HOSPITAL - II ESSALUD  
. HUAMANGA, 2010-2012.**

**ABSTRACT**

**PROBLEM :** Normal pregnancy lasts an average of 280 days, when born before completing this ripening say who was born prematurely and therefore can present problems in adapting to this new situation. In the world , occurs near 13 million preterm births . Its frequency varies from 4.1 to 18.1 % in some very poor regions . In Peru , the incidence of pre- term birth reported varies between 3.6 % - 11.8%. In Ayacucho Regional Hospital 10.5% of infants treated at the Neonatal prematuros<sup>1</sup> are due to this we propose the present research work , under the following question . What were the risk factors associated with preterm birth in the service of Gynecology and Obstetrics Hospital II Essalud during the period 2010 - 2012 ?

**OBJECTIVE:** To determine the risk factors associated with preterm birth in the service of Gynecology and Obstetrics Hospital II Essalud . Guamanga between the years 2010-2012 ,

**Hypothesis :** factors gynecological and obstetric risk as pregnancy-induced hypertension , premature rupture of membranes , oligohydramnios , poly hydramnios , placenta previa, genito- urinary infections , multiple pregnancy and factors maternal risk such as age, parity, history of preterm births are associated with preterm birth in the service of Gynecology and Obstetrics Hospital II Essalud of Ayacucho.

**THEORETICAL BACKGROUND :** Preterm birth is one that occurs between 28 and before 37 weeks gestational age , the etiology is unknown in 50% of cases. They are risk factors extremes of age , alcohol , cocaine, snuff , nutritional deficits, low socioeconomic status , vaginal, cervical, or amniotic fluid , polyhydramnios , multiple gestation , placenta previa, placental abruption and premature rupture of membranas.<sup>2</sup>

**OPINION** the prevalence of pre delivery terms during 2010 , 2011,2012 has been steady at 4.4 % on average , an aspect that draws attention because the tendency should be to reduce the prevalence of these cases.

**RECOMMENDATIONS :** Suggest to health professionals Hospital II Essalud Guamanga providing preventive and health promotion in pregnant women of all ages , because most pregnant women attending the establishment only to attend a medical consultation and retire to their homes quickly when they should perform regular prenatal care in obstetrics and gynecology service . Well as improving care for pregnant women who may have risk factors.

**BIBLIOGRAFIA REFERENCIAL:**

1. Botero Uribe J, Júbiz Hazbún A, Henao O. Obstetricia y Ginecología. 7 ed. Bogotá:Universidad de Antioquia; 2004
2. Pérez J, Panduro G, Quezada C. Factores maternos asociados con nacimiento pre término espontáneo versus pre término nacido por cesárea. Ginecología y Obstetricia Mexicana.