



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS:**

**“FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PARTO  
PREMATURO EN MULTIGESTAS DEL HOSPITAL REGIONAL  
DE HUACHO, 2014 - 2015”**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. Obst. Brenda Nathaly, Romero Chirito.**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**HUACHO- PERÚ**

**2017**

## **DEDICATORIA**

Dirijo este trabajo a mis padres: Máximo y Mirian, por haberme inculcado que la educación es el pilar fundamental en la vida de todo ser humano. Además dedico este trabajo a mi esposo por su apoyo incondicional, a mi hijo Dayron por ser una fuente de amor, perseverancia y superación constante.

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y felicidad.

Gracias a mis padres Máximo y Mirian por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación. A mis hermanos por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más los he necesitado.

Gracias a mi esposo Martin por apoyarme en cada decisión, por motivarme a seguir adelante en cada proyecto que se me presentaba.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora pero gracias a todos por sus aportes, por su amor, su inmensa bondad y apoyo, mi gran afecto hacia ustedes mi hermosa familia.

## RESUMEN

Objetivo general: Identificar los factores riesgo maternos asociados a parto prematuro en multigestas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2014 - 2015. Metodología: La presente tesis de investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Estuvo conformada por una población de 290 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Huacho durante el mes de enero a diciembre del 2014 - 2015. Y una muestra de 178 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino, que cumplieron los criterios de inclusión, y que fueron obtenidas mediante la Historias Clínicas, durante el período de Enero a Diciembre del año 2014 - 2015 en el servicio de Emergencia de Gineco- Obstetricia del Hospital Regional de Huacho. Resultados: En los factores de riesgo removibles encontramos según las infecciones urinarias o bacteriuria asintomática si tienen en un 35,4%; según infecciones ovulares si tienen en un 5,62%; observamos además según los factores de riesgo no removibles según el ítems si se encuentra con desnutrición materna se observó mediante la información obtenida de la historia clínica y su anemia reflejada en exámenes de laboratorio si tienen en un 20.79%; según el ítems si hay rotura prematura de membranas en un 17.98%.

**Palabras claves:** Factores de riesgo, parto pretérmino

## **ABSTRACT**

**Objective:** To identify maternal risk factors associated with preterm delivery in multigested patients treated at the Huacho Regional Hospital, 2014-2015.

**Methodology:** The present research thesis is observational, descriptive, cross-sectional, retrospective. It consisted of a population of 290 pregnant women diagnosed with preterm labor in the Gyneco obstetrics service of the Huacho Regional Hospital during the month of January to December 2014-2015. And a sample of 178 pregnant women diagnosed with preterm labor who met The inclusion criteria, and which were obtained through the Clinical Histories, during the period from January to December of the year 2014 - 2015 in the emergency service of Gineco-obstetrics of the Regional Hospital of Huacho.

**Results:** In the removable risk factors, we found, according to urinary tract infections or asymptomatic bacteriuria, 35.4%; According to ovular infections if they have 5.62%; We also observed according to the non-removable risk factors according to the items if they found maternal malnutrition was observed through the information obtained from the medical history and their anemia reflected in laboratory tests if they have 20.79%; According to the items if there is premature rupture of membranes in 17.98%.

**Keywords:** Risk factors, preterm birth.

## Índice

Carátula .....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento .....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Índice .....	vii
Introducción.....	x

### CAPÍTULO I

Planteamiento del problema.....	1
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	1
1.2. Delimitación del problema.....	3
1.2.1. Delimitación espacial: .....	3
1.2.2. Delimitación temporal: .....	3
1.2.3. Delimitación social: .....	3
1.3. Formulación del problema .....	3
1.3.1. Problema principal .....	3
1.3.2. Problemas secundarios. ....	3
1.4. Objetivo de la investigación .....	4
1.4.1. Objetivo principal .....	4
1.4.2. Objetivos secundarios .....	4
1.5. Hipótesis de la investigación.....	4
1.5.1. Hipótesis principal:.....	4
1.6. Justificación e importancia de la investigación. ....	5

### CAPÍTULO II

2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales. ....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	15
2.2. Bases teóricas .....	22

2.2.1. Parto Prematuro .....	22
2.2.2. Frecuencia:.....	22
2.2.3. Etiología:.....	23
2.2.4. Factores de riesgo del parto prematuro:.....	24
2.2.5. Complicaciones del trabajo de parto.....	31
2.2.6. Diagnóstico.....	32
2.2.7. Manejo clínico según la guía de salud sexual y reproductiva (2007) .....	34
2.3. Definición de términos básicos .....	40

### CAPÍTULO III

3.1. Tipo de investigación .....	43
3.2. Diseño de la investigación. ....	44
3.3. Población y muestra .....	44
3.3.1. Población:.....	44
3.3.2. Muestra:.....	44
3.4. Variables.....	45
3.4.1 Variable x.....	45
3.4.2. Operacionalización de variables .....	45
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	46
3.5.1. Técnicas .....	46
3.6. Procedimientos .....	47

### CAPÍTULO IV

4. Resultados.....	48
4.1. Datos Generales .....	48
Tabla N° 1 .....	48
Tabla N° 2.....	50
Tabla N° 3.....	51
Tabla N° 4.....	52
Tabla N° 5.....	53
Tabla N° 6.....	54

Tabla N° 7.....	55
4.2. Factores Removibles .....	56
Tabla N° 8.....	56
Tabla N° 9.....	57
Tabla N° 10.....	58
Tabla N° 11.....	59
Tabla N° 12.....	60
Tabla N° 13.....	61
Tabla N° 14.....	62
4.3. Factores no removibles.....	63
Tabla N° 15.....	63
Tabla N° 16.....	64
Tabla N° 17.....	65
Tabla N° 18.....	66
Tabla N° 19.....	67
Tabla N° 20.....	68
Tabla N° 21.....	69
Tabla N° 22.....	70
Tabla N° 23.....	71
Tabla N° 24.....	72
4.2. Discusión de los resultados .....	73
Conclusiones.....	78
Recomendaciones .....	80
Referencias bibliográficas .....	81
Anexo N° 1 Matriz de consistencia.....	85
Anexo N° 2 Ficha de recolección de datos.....	86

## INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia y ginecología con una incidencia aproximada de 10 – 11% variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que estén presentes; es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos menores de 36 semanas de gestación sin que esto haya cambiado en las últimas décadas.<sup>1</sup>

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbimortalidad infantil y materna.<sup>2</sup>

La tesis para un mejor entendimiento, está estructurada en los siguientes capítulos, en el capítulo I, trata sobre el planteamiento del problema que comprende la descripción de la realidad problemática en los factores de riesgo de parto prematuro, delimitaciones de la investigación, formulación del problema, así como también de sus objetivos general y secundarios en los cuales se observa los dos factores principales: factor de riesgo removible y no removibles y la justificación de la investigación, la hipótesis no se toma en cuenta ya que es un trabajo descriptivo.

El capítulo II, corresponde al marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. El capítulo III, se desarrolla netamente en la metodología de la investigación, lo que se incluye

---

<sup>1</sup> **Jaramillo Prado, Jhon.** Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2009 – Junio 2010. Rev. Colombia obstétrica ginecológica col.57 n°2 Bogota June 2010. Pág. 34. 74

<sup>2</sup> **Meza Martínez, Jessica.** Factores maternos relacionados con el parto pretermino y su repercusión en el neonato: Hospital Nacional Hipolito Unanue: 2002 – 2006 rev. Peru. Obstericia y enfermería, 2007. Vol. 3 n°2 pag 115- 125.

es el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de la investigación, así como también las variables, dimensiones e indicadores, técnicas e instrumentos de la recolección de datos y los procedimientos de estos. En el capítulo IV, se presentan todos los resultados que se obtuvieron gracias a todos los criterios diseñados, desde el recojo de datos de la muestra de estudio con los instrumentos de la investigación, previamente validados, hasta los procesamientos estadísticos de los datos, la construcción de tablas de frecuencia y gráficos, además se desarrolla la discusión de los resultados, el cual permitirá arribar la formulación de conclusiones y recomendaciones; finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden a la investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.**

Según la situación global descrita por la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Bolivia), se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Montesano aseguró que de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, esta cifra va en aumento.<sup>3</sup>

Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de 5 años, provocaron en 2013 cerca de un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas, incluso sin necesidad de recurrir a servicios de cuidados intensivos.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup>**Organización Mundial de la Salud.** Fecha de consulta 15 de abril del 2015 En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

<sup>4</sup>**Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud.** Fecha de consulta 15 de abril del 2015 En línea: [http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1817:notaprematuro](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1817:notaprematuro)

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención.

En el Perú, el parto pretérmino se produce en el 10-14% del total de gestaciones y se considera la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal.<sup>5</sup>

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Dónde y cuándo se produce el parto prematuro. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro. Los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros son los siguientes: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, USA, Bangladesh, Filipinas, República Dominicana, y Brasil.

Países con las tasas más elevadas de nacimientos prematuros: Malawi (18.1%), Comoras (16.7%), Congo (16.7%), Zimbawe (16.6%), Guinea Ecuatorial (16.5%), Mozambique (16.4%), Gabón (16.3%), Paquistán 15.8%), Indonesia (15.5%), y Mauritania (15.4%).

Por lo cual también se observó en el Hospital Regional de Huacho que la tasa de nacimientos prematuros ha ido en aumento en el 2013 hubo 79 partos

---

<sup>5</sup> **Huaroto K, Paucca M, Polo M, Meza J.** Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Rev Méd Panacea. 2013; 3(2): 27-31.

prematuros. En el 2014 se encontró 135 partos prematuros y en el 2015 año de la investigación se encontró 155 partos prematuros.<sup>6</sup> Así mismo se vio la gran importancia de realizar el estudio para reconocer los factores de riesgo asociados en parto prematuro.

## **1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.**

**1.2.1. Delimitación Espacial:** La investigación se realizara en el Hospital Regional de Huacho en el área de hospitalización de Gineco Obstetricia.

**1.2.2. Delimitación temporal:** Multigestas con diagnóstico de parto prematuro atendidas de enero a diciembre del año 2014 -2015.

**1.2.3. Delimitación social:** El estudio se va a realizar con las historias clínicas de las multigestas con parto prematuro atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

## **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.3.1. Problema principal.**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en multigestas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2014 - 2015?

### **1.3.2. Problemas secundarios.**

1. ¿Cuáles son los factores riesgo maternos removibles asociados a parto prematuro en multigestas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2014 - 2015?

---

<sup>6</sup> Hospital Regional de Huacho. S.B.S. central de Estadística

2. ¿Cuáles son los factores riesgo maternos no removibles asociados a parto prematuro en multigestas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2014 - 2015?

#### **1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.**

##### **1.4.1. Objetivo principal.**

- Identificar los factores riesgo maternos asociados a parto prematuro en multigestas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2014 - 2015.

##### **1.4.2. Objetivos secundarios**

1. Identificar los factores riesgo maternos removibles asociados a parto prematuro en multigestas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2014 - 2015.
2. Identificar los factores riesgo maternos no removibles asociados a parto prematuro en multigestas atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2014 - 2015.

#### **1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.**

##### **1.5.1. Hipótesis Principal:**

- ✓ (Por ser un estudio descriptivo este trabajo no presenta hipótesis).

## 1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

Debido a la frecuencia de casos de parto prematuro en gestantes que acuden a recibir atención en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Huacho, esta investigación se basó en el estudio respecto a la relación de esta situación clínica de los factores de riesgo maternos asociados al de parto prematuro. Se debe tener en cuenta que a menor tiempo de embarazo mayor riesgo al feto de alguna complicación materno perinatal.

**Aspecto Teórico:** El aporte de la presente investigación pretende construir un criterio más amplio de fundamentos, factores asociados y estrategias que ayuden a mejorar el manejo oportuno y adecuado de esta patología de estos factores maternos.

**Aspecto Práctico:** De acuerdo a los objetivos de la presente investigación, sus resultados permitirán encontrar soluciones específicas para realizar la prevención y luego el manejo correspondiente de esta situación clínica que se presenta en las gestantes; la recolección de la información servirá como base para el desarrollo de esquemas, guías clínicas que orienten a los estudiantes y profesionales de la salud realizar una intervención oportuna y un manejo adecuado de este tipos de situación clínica.

**Aspecto Metodológico:** El presente estudio que se somete a consideración, constituye un valioso aporte teórico referencial en función al análisis de los efectos que se manifiestan en los factores de riesgo a de parto prematuro el que pretende construir un criterio más amplio de fundamentos. Los cuales nos ayudara a disminuir los factores de parto pretérmino.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

Se estima que cada año ocurren en el mundo seis millones de muertes perinatales y el parto prematuro es su principal causa.<sup>7</sup>

Los nacimientos prematuros son responsables del 75% a 80% de la mortalidad perinatal, principalmente antes de las 32 semanas, de más de la cuarta parte de la morbilidad a largo plazo y de la mayoría de las complicaciones neurológicas y respiratorias que presentan los neonatos.<sup>5</sup>

Con respecto a la incidencia de bajo peso al nacer, existen grandes variaciones entre regiones. En Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31 % de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los bebés nacen con bajo peso, lo que representa la incidencia más baja. En la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 % de los lactantes de África subsahariana, y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> **Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R.** Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*; 2008;371:75-84.

<sup>8</sup> **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** Situación de la salud de las Américas -Indicadores básicos 2002. Representación en México, D.F.: OMS/OPS; 2003.

A nivel mundial 1 de cada 6 niños nace con peso insuficiente, de ahí la preocupación que para obstetras, pediatras y neonatólogos representa la posibilidad del nacimiento de un niño con estas características de causa multifactorial, pues se debe tanto a causas maternas como fetales y ambientales.<sup>9</sup>

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14% – 16%; conjuntamente con las tasas de morbimortalidad infantil y materna. En la región Loreto e ha encontrado una prevalencia de 7.2% para 1954 y de 7.9% para el 2008.<sup>10</sup>

## **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **2.1.1. Antecedentes Internacionales.**

- 1. Barrera Sánchez, L. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá, Diversos estudios han comprobado que el embarazo precoz en jóvenes adolescentes se asocia significativamente con el parto pretérmino. 2016.<sup>11</sup>**

El presente estudio se propone describir factores posiblemente asociados al parto pretérmino (PP) en una muestra de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital San Rafael de Tunja, en 2010. Se trata de un estudio de corte transversal, observación al analítico. Se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes de Tunja que

---

<sup>9</sup> **Fonseca EB.** Progesterone and the Risk of Preterm Birth among Women with a Short Cervix. NEJM. 2007;375 (5):462-9.

<sup>10</sup> **GUTIERREZ CRISTOBAL V.** Factores Maternos Asociados A Parto Pretérmino Y Hallazgos En El Neonato En El Hospital Regional De Loreto; 2007.

<sup>11</sup>**Barrera Sánchez, L.** Factores asociados al parto pretermino en adolescentes de Tunja, Boyacá, Diversos estudios han comprobado que el embarazo precoz en jóvenes adolescentes se asocia significativamente con el parto pretérmino. 2016. Pág. 2- 35.

asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron parto pretérmino. Se registraron datos básicos y de interés de la historia clínica, previa aprobación por parte del Comité de Ética de esa institución. Se ensambló una base de datos en el programa SPSS, se adelantó un análisis univariado y se exploró la fuerza de asociación con miras a relacionar los posibles factores que con más frecuencia se encontraron asociados al parto pretermino en jóvenes adolescentes. Los resultados arrojan una prevalencia de PP 6,1%; media de edad 17,3 años (SD= 1,76; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al PP, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%), 35.3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles y 26.7% de 7 a 9 controles. En conclusión, el Parto pretérmino es hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia, bajo nivel de escolaridad.

## **2. Tol, Cristóbal. Infección del tracto urinario en la amenaza del parto prematuro. 2014.<sup>12</sup>**

**Objetivo:** Determinar la incidencia de la infección urinaria en la amenaza de parto prematuro en el Hospital Regional de Escuintla de Enero a Diciembre del 2011. **Metodología:** se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal se toma como universo todas las pacientes entre 21 a 36 semanas de gestación que ingresaron en esta etapa, sin importar la edad, el nivel educacional ni socioeconómico (n= 937) se realizaron 110 cultivos, de los cuales se obtuvieron 78 cultivos positivos. **Resultados:** El 76,51% eran amas de casa y de estas el 32,11% tenían edad entre 20 a 25 años, solo el 15,09% trabajaba. El 44% eran solteras y el 38% unidas. El 46%

---

<sup>12</sup> Tol, Cristobal. Infección del tracto urinario en la amenaza del parto prematuro. 2014. Pag. 11 - 24

nulíparas. El 69,6% tuvo mal control prenatal y de los urocultivos realizados el 70,9% fue positivo en su mayoría a Echerichia coli, con sensibilidad a las cefalosporinas de segunda generación. **Conclusiones:** la infección del tracto urinario fue más frecuente en las amas de casa entre las 21 a 25 semanas de gestación. Predominaron las pacientes solteras y nulíparas, la mayoría tuvo mal control prenatal, el 70,9% de los urocultivos, fue positivo, siendo encontrado como germen más frecuente la Echerichia coli, con sensibilidad a las cefalosporinas de segunda generación.

3. **Zonia Fernández Pérez, Lázaro López Fernández, Lázaro López. Baños Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer Policlínico Felipe Ismael Rodríguez. San Antonio de los Baños, Artemisa, Cuba. 2014.**<sup>13</sup>

**Objetivo:** determinar la incidencia y los principales factores de riesgo asociados al bajo peso en el municipio San Antonio de los Baños. **Métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en los recién nacidos con bajo peso al nacer del municipio de San Antonio de los Baños, provincia Artemisa, Cuba, en el período de enero a diciembre del 2013. El universo estuvo constituido por 564 recién nacidos vivos y la muestra por 29, con bajo peso al nacer. Se identificaron factores prenatales que pudieron constituir posibles causas del bajo peso. **Resultados:** la incidencia del bajo peso al nacer fue de 5,9. El 58,62 % de ellos nacieron antes de la semana 37 de gestación. La edad materna más representada fue de 20 a 34 años (62,06 %). La sepsis vaginal estuvo presente en el 51,80 % de las madres con recién nacidos bajo peso. **Conclusiones:** la prematuridad fue la causa más frecuente de recién nacidos con bajo

---

<sup>13</sup> **Zonia Fernández Pérez, Lázaro López Fernández, Lázaro López.** Baños Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer Policlínico Felipe Ismael Rodríguez. San Antonio de os Baños, Artemisa, Cuba.. 2014.

peso al nacer, las edades extremas de la vida reproductiva no constituyeron causa del bajo peso al nacer, la sepsis vaginal y la hipertensión arterial fueron factores de riesgo relevantes en las madres con niños bajo peso.

4. **Melendez, Angela. Incidencia de amenaza de parto pretérmino causado por infección de vías urinarias en el Hospital Materno Infantil Dra: Matilde Hidalgo De Procel, en septiembre del 2012 a febrero del 2013. 2013.**<sup>14</sup>

La de incidencia amenaza de parto pretérmino (27 y 36semanas) esta generada por una serie de factores que desencadenan esta acción, siendo la infección de vías urinarias una de las principales causas por tanto. En nuestro medio se han realizado varios estudios en relación al problema, abordando principalmente la frecuencia de estas infecciones, el tipo de tratamiento y el manejo subsecuente. Tomando en cuenta la frecuencia de infección del tracto urinario durante el embarazo y el hecho de que las complicaciones maternas y fetales que producen, pueden ser prevenidas a través del diagnóstico y manejo oportuno y adecuado de esta patología. Las infecciones del tracto urinario, que incluyen la bacteriuria asintomática, la cistitis, la pielonefritis aguda y la uretritis, constituyen las infecciones más comunes en la población femenina, incrementan su incidencia cuando estas mantienen vida sexual activa, seguido de la mala higiene íntima. Las infecciones del tracto urinario están presentes en el embarazo porque es en esta etapa fisiológica baja el mecanismo de defensa, siendo un motivo de consulta frecuente, ocupando el segundo lugar entre las infecciones atendidas en atención primaria. La mayoría de las bacterias que causan infección del tracto urinario

---

<sup>14</sup> **Meléndez, Angela.** Incidencia de amenaza de parto pretérmino causado por infección de vías urinarias en el Hospital Materno Infantil Dra: Matilde Hidalgo De Procel, en septiembre del 2012 a febrero del 2013. 2013

se derivan de la flora normal intestinal. Siendo la bacteria más frecuente la Escherichia Coli (85-90%) seguido del Proteus Mirabilis, Klebsiella. Es por eso que debemos evitar desde casa la proliferación de bacterias consumiendo bastante líquido específicamente agua durante el diario vivir, consumir frutas o alimentos ricos en vitamina C eliminar la utilización indiscriminada de duchas vaginales y que el aseo íntimo sea un hábito frecuente.

**5. Viviana Beatriz Genes Barrios. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Paraguay. 2012.<sup>15</sup>**

**Objetivo:** identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tanto espontáneo como inducido. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio de casos y controles en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la FCM-U.N.A. Se incluyeron 346 pacientes que tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre 2011. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino midiendo OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** la presencia de cuello uterino acortado durante el segundo trimestre (OR 9,93 IC95% 2,17-62,98), la preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,75-10,21), el embarazo múltiple (OR 15,14 IC95% 2,06-312,19) y el antecedente de parto prematuro previo (OR 3,43 IC95% 1,02-12,76) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presencia de parto pretérmino. No se encontró una asociación significativa con la paridad previa, el tabaquismo y la rotura prematura de membranas. **Conclusión:** los factores de riesgo que se asociaron significativamente al parto pretérmino fueron la longitud cervical acortada durante el segundo trimestre, el antecedente de parto pretérmino previo, el embarazo múltiple y la preeclampsia.

---

<sup>15</sup> **Viviana Beatriz Genes Barrios.** Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Paraguay. 2012. pág. 6 - 18

**6. Luis Gustavo García Baños Factores de riesgos asociados al bajo peso al nacer. Policlínico Docente "José Manuel Seguí Jiménez". La Habana, Cuba. 2012.<sup>16</sup>**

**Objetivo:** profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo del bajo peso al nacer para ofrecer una mejor atención a las gestantes con estas posibilidades. **Métodos:** investigación retrospectiva en una muestra de 114 recién nacidos con bajo peso, en el Policlínico Docente "José Manuel Seguí", municipio de Güira de Melena, Artemisa, de una población de 1 906 nacimientos. El estudio se realizó entre enero de 2004 y diciembre de 2008. **Resultados:** en el quinquenio 2004-2008, se obtuvo el 5,9 % de bajo peso, el año 2004 fue el que más contribuyó con 8,6 %. El parto pretérmino fue el componente del bajo peso de mayor incidencia en el período estudiado con el 58,7 %. El bajo peso al nacer estuvo mediado por la prematuridad y en pacientes con factores de riesgo durante la gestación, como hipertensión arterial, hábito de fumar e infecciones vaginales. **Conclusiones:** los resultados encontrados contribuyen a mejorar la atención de las gestantes que pudieran tener un recién nacido de bajo peso, en el Policlínico Docente "José Manuel Seguí Jiménez" de Güira de Melena

**7. José Israel López, Miguel Lugones Botell, Susana María Mantecón Echevarría, Camilo González Pérez, Déborah Pérez Valdés - Dapena Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer Policlínico Docente "Isidro de Armas". Playa. La Habana, Cuba. 2012.<sup>17</sup>**

---

<sup>16</sup> Luis Gustavo García Baños. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Policlínico Docente "José Manuel Seguí Jiménez". La Habana, Cuba. 2012. Pag 6 -26

<sup>17</sup> José Israel López, Miguel Lugones Botell, Susana María Mantecón Echevarría, Camilo González Pérez, Déborah Pérez Valdés - Dapena Algunos factores de riesgo relacionados con

**Objetivos:** identificar factores de riesgo relacionados con el bajo peso del Recién nacido. **Métodos:** estudio de casos/controles en el policlínico "Isidro de Armas" municipio Playa, entre el 1ro. de enero de 2003 y 31 de diciembre de 2008. Se analizaron algunas variables: edad materna, antecedentes obstétricos: período intergenésico, Recién nacido bajo peso en embarazos anteriores, mortinato anterior, hipertensión arterial, embarazo múltiple, enfermedades asociadas o propias de la gestación. **Resultados:** las mujeres con edades entre 30-34 años aportaron el mayor número de Recién nacido con bajo peso (34,1 %); en el grupo control prevaleció el grupo de edades de 20-24 años. En el grupo estudio predominó la hipertensión arterial crónica (9,8 %), las que tuvieron bajo peso con anterioridad (9,8 %) y el período intergenésico corto (7,3 %); en las patologías asociadas fueron la infección cérvicovaginal, la anemia y el asma. En el grupo control predominaron la infección vaginal y la anemia. En el grupo estudio se encontró el retardo del crecimiento fetal (12,1 %) y rotura prematura de membranas, en el grupo control la mayoría (95,1 %) no presentó afecciones propias de la gestación. La mayoría de los nacimientos ocurrieron entre las 32-36 semanas (48,8 %) y el peso del Recién nacido osciló entre 2 000-2 499 g (85,4 %). **Conclusiones:** las principales causas de retardo del crecimiento intrauterino fueron: la hipertensión arterial crónica, el antecedente de bajo peso anterior, el período intergenésico corto, la infección cérvicovaginal y la anemia.

**8. Alfredo Ovalle, Elena Kakarieka, Marcela Díaz, Trinidad García Huidobro M.1, María Jesús Acuña, Carla Morong, Selim Abara, Ariel Fuentes. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre**

## **22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. 2012.<sup>18</sup>**

**Objetivo:** Conocer la mortalidad perinatal del parto prematuro y los factores de riesgo asociados, usando los datos perinatales clínicos, los resultados de laboratorio y los hallazgos patológicos del feto, neonato y placenta. **Métodos:** Estudio retrospectivo, cohorte de 407 nacimientos prematuros, únicos, entre 22.0 y 34.0 semanas de gestación. Se estudiaron las muertes fetales y neonatales hasta los 7 días de vida. Fallecieron 122 niños (64 muertes fetales y 58 neonatales), 78 tuvieron autopsia. **Resultados:** La mortalidad perinatal fue de 30% (122/407). El 71% (87/122) de las muertes ocurrieron antes de las 30 semanas y el 81% (99/122) en nacidos con peso menor de 1500 gramos. Las principales causas de muerte perinatal según el factor asociado con el parto prematuro fueron: infección bacteriana ascendente (IBA) 41% (50/122), anomalía congénita 20% (24/122) e hipertensión arterial 12% (15/122). Los factores de riesgo de muerte perinatal, identificados mediante análisis de regresión logística, fueron: edad gestacional al parto ( $p < 0,001$ ), anomalía congénita ( $p < 0,001$ ), IBA ( $p = 0,02$ ) e hipertensión arterial ( $p = 0,03$ ). Las principales causas de muerte perinatal fueron: hipoxia (aguda o crónica) 28%, infección congénita 23% (preferentemente neumonía 18%), desprendimiento prematuro de placenta con hipoxia y shock hipovolémico 18%, anomalía congénita 18% y síndrome hipertensivo con hipoxia aguda o crónica 7%. **Conclusiones:** Entre las 22 y 34 semanas de gestación, el parto prematuro por IBA fue la causa más frecuente de muerte perinatal, la edad gestacional al parto fue el principal factor de riesgo de mortalidad y la hipoxia fue la causa más frecuente de muerte.

---

<sup>18</sup> Alfredo Ovalle, Elena Kakarieka, Marcela Díaz, Trinidad García Huidobro M.1, María Jesús Acuña, Carla Morong, Selim Abara, Ariel Fuentes. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. 2012.

## 2.1.2. Antecedentes Nacionales

### 1. **Cuzcano, Anabel. Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015. Perú. 2016.**<sup>19</sup>

Objetivo: Determinar las características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con recolección de datos prospectiva en una población de 112 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Sergio Bernales que cumplan nuestros criterios de inclusión y exclusión, para medir las variables se usó una ficha de recolección de datos. Se usó el programa SPSS v11.1. Las variables numéricas se analizaron a través de promedios y desviación estándar. Las variables categóricas usando frecuencias y porcentajes. Resultados: La edad promedio de las gestantes fue  $17.9 \pm 1.3$ , el 80.36% fueron prematuros a término, la mediana de la edad gestacional fue de 36 semanas. El 85.71% de las gestantes tuvieron estudios secundarios, el 96% no tuvo parto pretérmino previo, el 94.64% no consume tabaco, el 90.18% no presento anemia, el 20.54 presento infección urinaria en algún trimestre de gestación, 12.5% de las gestantes presento ruptura prematura de membranas sin embargo el 99.11% no tuvo desprendimiento prematuro de placenta.

### 2. **Bethzabe Claudia García Calvo. “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en**

---

<sup>19</sup> **Cuzcano, Anabel.** Características de las madres adolescentes con parto pretermino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015. Perú. 2016. Pag. 3- 25.

**pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del año 2015”. Lima 2015.<sup>20</sup>**

**Objetivo:** Determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del 2015. **Metodología:** Estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, cuyo tamaño muestral estuvo conformado en dos grupos: El grupo casos, conformado por 30 puérperas de parto pretérmino y el grupo control, conformado por 30 puérperas de parto a término; este último grupo se obtuvo mediante la técnica de pareamiento en relación 1:1 con el grupo casos. El grado de asociación se determinó mediante la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se consideró significativo con un valor  $p < 0.05$  y se calculó el OR para determinar si el factor representa un riesgo. **Resultados:** La edad de 20 a 35 años se asoció ( $p = 0.006$ ) con el parto pretérmino ( $OR = 0.2$ ) como un factor protector, mientras que el grupo etáreo de 19 años a menos se comporta como un factor de riesgo ( $p = 0.048$ ;  $OR = 3.86$ ). En lo que respecta al número de abortos, no se observó asociación entre el número de abortos y el parto pretérmino ( $p > 0.05$ ), sin embargo el no tener abortos se asoció al parto pretérmino ( $p = 0.038$ ) como factor protector ( $OR = 0.20$ ). **Conclusión:** La edad materna menor o igual a 19 años se presentó como un factor de riesgo para parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”, mientras que la edad materna de 20 a 35 años y no tener antecedente de abortos se presentaron como factores protectores para parto pretérmino.

---

<sup>20</sup> **Bethzabe Claudia García Calvo.** “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del año 2015”. Lima 2015.

**3. Chira y Sosa. (2015). Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belen de Lambayeque.**

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el año enero-diciembre 2010. **Material y método:** El presente estudio es analítico, de casos y controles pareados de tipo retrospectivo, descriptivo comparativo, transversal en el que se analizaron las historias clínicas de nacimiento pretérmino (casos: n=80) atendidos de enero-diciembre 2010, los controles se seleccionaron al azar de las historias clínicas de pacientes con nacimientos a término (n=160). Se analizó la asociación de nacimiento pretérmino con factores preconcepcional y gestacionales. Como resultados tenemos que los escasos controles prenatales presentaron OR: 9.13 (3.51-23.7) p:0.0000, la anemia (concentración de hemoglobina <11 gr/dl), OR: 1.79 (1.02-3.15) p:0.0407; y el antecedente de parto pretérmino OR: 2.12 (1.03-4.40) p:0.0385, fueron factores preconcepcional de riesgo para parto pretérmino, así como la infección del tracto urinario OR: 2.68 (1.54-4.67) p:0.0004; la rotura prematura de membranas OR: 7.22 (3.26-15.95) p:0.0000; el embarazo múltiple OR: 11.28 (2.40-52.85) p:0.0002; y el oligohidramnios OR; 17.66 (2.16-143.8) p:0.0003; son factores de riesgo gestacional elevado para parto pretérmino.

**4. Sam y Zatta (2015). Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014.**

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes. **Materiales y método:** Diseño no experimental, estudio retrospectivo comparativo, de casos y controles en 71 pacientes con parto pretérmino (casos) y 140 pacientes con parto a término (controles). Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, determinando: Medidas de frecuencia, en tablas de doble

entrada y gráficos, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado para establecer asociación entre los antecedentes obstétricos y patologías con el parto pretérmino, con el Odds Ratio. Un nivel de  $p < 0.05$  fue considerado significativo. **Resultados:** Los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual (OR=6.7), no control prenatal (OR=11), embarazo múltiple actual (OR=2.1), antecedente de cesárea (2.9) y condición de multípara (OR=12.4) ( $p < 0.05$ ). Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (32.3%), Preeclampsia (28.0%) e Infección del tracto urinario (18.3), mientras que las más frecuentes en el parto a término fueron Preclampsia (32.3%), Infección del tracto urinario (15.7%) y Ruptura prematura de membrana (10.7%). La anemia se asocia significativamente ( $p < 0.05$ ) con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78.6% (OR=14.34). Las pacientes adolescentes correspondieron con mayor frecuencia al grupo etáreo de 17 a 19 años, siendo 83% para parto pretérmino y 72% para parto a término. **Conclusión:** Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino de las gestantes en el hospital y periodo de estudio fueron tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de multípara y anemia moderada, ITU, Preclampsia, RPM.

**5. Juan José Guillén Guevara. Factores Maternos Asociados al parto Pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. Lima. 2015.<sup>21</sup>**

**Objetivos:** Conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el

---

<sup>21</sup> **Juan José Guillén Guevara.** Factores Maternos Asociados al parto Pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. 2015. Pág. 8 - 60

periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino. **Resultados:** La media de la edad de los casos fue de 28,7+/-7,2 años y de los controles de 26,5+/-5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años. Hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3,9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos observamos una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%). observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). **Conclusiones:** Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, Corioamnionitis. (P<0,05) El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. (P<0,05).

**6. Cruz Trinidad Mari Cinthia, Factores de riesgo maternos preconcepcional y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. Lima. 2015.<sup>22</sup>**

**Objetivo:** Estudiar los factores de riesgo maternos del parto pretérmino en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima durante el año 2014. **Métodos:** Estudio caso-control en 20 casos con parto pretérmino y 20 controles con parto a término. Se revisaron las

---

<sup>22</sup> Cruz Trinidad Mari Cinthia, Factores de riesgo maternos preconcepcional y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. Lima. 2015. Pag.8 – 45.

historias clínicas y se elaboró una hoja de datos en SPSS.21 para el análisis descriptivo con nivel de significancia  $p < 0.05$ . Se consideró como factor de riesgo si OR e IC95% eran  $> 1$ . Se realizó el análisis de regresión logística binaria para evaluar la potencia individual de los factores y eliminar los factores confusores. **Resultados:** Los factores de riesgo maternos pregestacionales significativos para nuestra serie fueron: nivel socio-económico bajo (OR=5.57 e IC95%=1.420-21.860), antecedentes de parto pretérmino (OR=35.29 e IC95%=3.868-321.932) y antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional. Los factores de riesgo maternos gestacionales significativos para nuestra serie fueron: control prenatal inadecuado (OR=9.00 e IC95%=1.638-49.446) e infección urinaria (OR=4.64 e IC95%=1.023-21.004) **Conclusiones:** Los factores de riesgo materno del parto pretérmino en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima fueron: antecedente de parto pretérmino, el antecedente materno de infección urinaria pregestacional y un control prenatal inadecuado.

**7. Solís Granados, Roxana Pilar, Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014. Lima 2014.<sup>23</sup>**

**Objetivo:** Identificar los principales estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el período de Enero – Marzo en el año 2014. **Material y método:** Estudio analítico de casos y controles de diseño no experimental, realizado en 41 casos y 82 controles. Se aplicó un instrumento validado por criterio

---

<sup>23</sup> Solís Granados, Roxana Pilar, Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014. Lima 2014. Pág. 5 - 52

de jueces, y su fiabilidad alcanzó un coeficiente de 0,906 en la escala del alfa de Cronbach. **Resultados:** Amenaza de abandono por parte de la pareja [OR=12,642]; violencia física por parte de la pareja [OR=9,621]; intento de autolesión [OR=9,667]; decepción por el embarazo [OR=8,662]; ausencia de amor hacia su pareja cuando se embarazó [OR=7,243]; ausencia de amor en este momento del embarazo [OR=6,315]; falta de apoyo parental [OR=8,403]; falta de sentimiento de bienvenida de la familia [OR=7,095]; falta de apoyo económico de la pareja [OR=6,857]; falta de apoyo económico de su familia [OR=8,390]; frustración educativa [OR=7,212]. **Conclusiones:** La amenaza de parto prematuro se presenta en los siguientes casos: Cuando la gestante intenta autolesionarse, cuando su pareja amenaza con abandonarla y es golpeada a causa del mismo, cuando se embarazó no estando enamorada, cuando no recibe apoyo emocional de familiares directos; cuando no recibe apoyo económico de familiares y de su pareja durante la gestación; y cuando es consciente que sus metas académicas pueden frustrarse por el embarazo.

**8. Gómez Sánchez, Keny Antuane; Factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en las gestantes del Hospital De Barranca – Cajatambo, periodo 2012. Perú. 2012.**

Objetivo Principal: Determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en las gestantes del Hospital de Barranca – Cajatambo, periodo 2012. Se realizara un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se consideró al número total de mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital de Barranca – Cajatambo que presentaron amenaza de parto pretérmino durante el periodo de julio a diciembre del 2012, la población estimada representa un total de 123 pacientes. El factor económico más predisponente para una amenaza de parto pretérmino en las gestantes es la ocupación como podemos observar casi la

totalidad de ellas, hablamos del 96,2% son amas de casa; sabiendo por literatura que el trabajo doméstico puede ser extenuante y estresante especialmente si la mujer tiene otros niños que cuidar en casa y poca ayuda familiar; motivo que desencadenó y llevo a una amenaza de parto pretérmino.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Parto Prematuro**

**Según Schwartz (2005):** Se denomina parto prematuro o parto de pretérmino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas (para algunos 20 semanas) y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última de menstruación.<sup>24</sup>

Parto inmaduro es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas.

En neonatología algunos denominan pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pretérmino severo al que es menor a 32 y pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas.

### **2.2.2. Frecuencia:**

Oscila entre el 5 a 9 %, esta amplia variación tiene muy probablemente dos causas:

---

<sup>24</sup> **Schwartz, Ricardo Leopoldo.** Obstetricia. 6ta edición. Buenos aires: El Ateneo, 2005.p 253-257

- a) Errores en la estimación de la edad gestacional cuando esta se calcula solo por la fecha de la última menstruación.
- b) Cifras provenientes de poblaciones con distintas características (socioeconómicas, modelos de prevención, etc.)

### **2.2.3. Etiología:**

Se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo.

Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro.

El estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal con una reducción del flujo uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipofisario – suprarrenal. Parecería que el principal mediador inductor de prematurez por estrés es el factor liberador de la corticotrofina. Este factor proviene principalmente del hipotálamo aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina. Estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas. Estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de la hormona corticotrofica de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro. También este mecanismo libera cortisol materno y fetal y dehidroepiandrosterona. Estos son convertidos en la placenta en estrógenos que a su vez aumentan las proteínas del miometrio y activan los receptores para la

oxitocina. Las infecciones ascendentes del tracto genitourinario se asocian significativamente con el parto prematuro. Estas infecciones junto con las amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que

estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares.

En el 60% de los partos prematuros se encuentran hallazgos histológicos de hemorragias de la decidua uterina. Cuando estos desprendimientos son mayores clínicamente se aprecian por pequeñas metrorragias durante el primer y segundo trimestre del embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, destrucción de la decidua y de membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometrio y estimula las contracciones uterinas.

En el embarazo múltiple y en el hidramnios se produce una sobre distensión del útero que puede exceder su capacidad de compensación y ser causa de parto prematuro. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas, activaría los receptores de la oxitocina y a síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical.

Cuanto menor es el intervalo intergenésico mayor es la incidencia de niños de bajo peso, con exámenes neurológicos anormales al año de vida y de mortalidad perinatal.

#### **2.2.4. Factores de riesgo del parto prematuro:**

Están fuertemente ligados a tres grandes problemas de fondo, ambientales, socioeconómicos y educacionales. El ideal es poder controlarlos en la etapa preconcepcional, pero en nuestra región de América Latina una gran proporción de mujeres se embarazan sin cuidados previos. A continuación se ordenaron las variables conocidas según las posibilidades de remoción o de control que hoy se tiene sobre ellas, una vez que la mujer es captada por un embarazo. Si bien esta división puede ser controversial cuando se analiza algún factor en

particular, resulta de ayuda para orientar las acciones en el control prenatal.

**Factores potencialmente removibles durante el embarazo:**

- ✓ Bacteriuria asintomática.
- ✓ Infección urinaria.
- ✓ Infección ovular – fetal.
- ✓ Vaginosis (*Gardnerella vaginalis* y *mycoplasma hominis*) e infecciones por *chlamydia trachomatis* y estreptococo grupo B.
- ✓ Insuficiente ganancia de peso materno.
- ✓ Trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie.
- ✓ Estrés psicosocial.
- ✓ Incompetencia istmicocervical y acortamiento de cuello uterino.
- ✓ Hidramnios.
- ✓ Inducción del parto o cesárea anticipada.

**Factores no removibles pero controlables durante el embarazo:**

- ✓ Pobreza y desventajas sociales.
- ✓ Bajo peso previo materno.
- ✓ Desnutrición materna.
- ✓ Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.
- ✓ Rotura prematura de membranas.
- ✓ Embarazo múltiple.
- ✓ Malformaciones y miomas uterocervicales.
- ✓ Partos de pretérmino previos al embarazo actual.
- ✓ Intervalo corto desde el último embarazo.
- ✓ Metrorragias del primero y segundo trimestre.
- ✓ Cirugía genitourinaria y abdominal concomitante con el embarazo.

**Según Pacheco (2007): Factores etiológicos del parto pretérmino:**

**Maternos:**

- ✓ Nivel sociocultural bajo.
- ✓ Pobreza.
- ✓ Malnutrición.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Drogadicción.
- ✓ Inestabilidad emocional materna.
- ✓ Anormalidades congénitas del útero.
- ✓ Incompetencia del orificio interno.
- ✓ Tumores uterinos.
- ✓ Gestante adolescente.
- ✓ Gestante añosa.
- ✓ Anemia: hemoglobina 9g/100 ml.
- ✓ Enfermedades intercurrentes: agudas o crónicas:
  - Tuberculosis.
  - Infección del aparato urinario.
  - Diabetes mellitus.
  - TORCH.
  - Hemorragia del tercer trimestre del embarazo.
  - Preclampsia, eclampsia.
  - Cardiopatía.
  - Neuropatías agudas.

**Fetales:**

- ✓ Tendencia al parto prematuro, inmaduro, aborto, malformaciones congénitas fetales.
- ✓ Embarazo múltiple.
- ✓ Alteraciones cromosómicas.
- ✓ Errores metabólicos.
- ✓ Eritoblastosis fetal.

- ✓ Infecciones fetales.<sup>25</sup>

De los anexos fetales:

- ✓ Anormalidades estructurales de la placenta.
- ✓ Implantaciones anormales de la placenta.
- ✓ Polihidramnios.
- ✓ Oligohidramnios.
- ✓ Distocia del cordón umbilical.
- ✓ Rotura prematura de membrana.
- ✓ Corioamnionitis.

Iatrogénicas:

- ✓ Inducciones electivas prematuras.
- ✓ Evaluaciones obstétricas inadecuadas.
- ✓ Cesáreas indiscriminadas.

**Repercusiones del peso bajo al nacer:** el neonato con peso bajo al nacer puede tener los siguientes problemas:

- ✓ Dificultad para adaptarse a la vida extrauterina.
- ✓ Depresión al nacer.
- ✓ Síndrome de dificultad respiratoria.
- ✓ Hipoxia.
- ✓ Trastornos del metabolismo glúcido: hipo e hiperglicemia.
- ✓ Mayor propensión de hemorragia cerebral.
- ✓ Asfixia neonatal.
- ✓ Inestabilidad térmica.
- ✓ Policitemia.
- ✓ Hiperbilirrubinemia.
- ✓ Enterocolitis necronizante.

---

<sup>25</sup> **José Pacheco Romero.** Ginecología Obstetricia Y Reproducción 2da edición. Lima Repsac, 2007, p 1107-1115.

- ✓ Función renal disminuida.

### **Según Benson (2012):**

#### **Los trastornos relacionados con trabajo de parto prematuro<sup>26</sup>**

##### **Factores de riesgo primarios:**

- ✓ Embarazo múltiple (relacionado con 17% de partos prematuros).
- ✓ Corioamnionitis.
- ✓ Partos prematuros previos.
- ✓ Anomalías uterinas o cervicales.
- ✓ Placenta previa.
- ✓ Desprendimiento placentario.
- ✓ Retraso en el crecimiento intrauterino.
- ✓ Rotura prematura de membranas.
- ✓ Hidramnios.
- ✓ Anomalías genéticas.
- ✓ Malformaciones congénitas.
- ✓ Infecciones genitales (vaginosis bacteriana, gonorrea, clamidia).

##### **Factores de riesgo secundario:**

- ✓ Embarazo en adolescente (menos edad materna).
- ✓ Embarazo previo.
- ✓ Múltiples abortos inducidos.
- ✓ Laceración cervical o uterina.
- ✓ Inicio de embarazo en los cuatro meses siguientes a un parto.

##### **Embarazo actual o previo:**

- ✓ Hipertensión crónica.

---

<sup>26</sup> **BENSON PERNOLL.** Manual De Obstetricia Y Ginecología. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana 2012; 10: 259-473.

- ✓ Hipertensión grave inducida por el embarazo.

**Embarazo actual:**

- ✓ Desnutrición.
- ✓ Anemia grave.
- ✓ Aumento de peso inadecuado durante el embarazo (en particular junto con masa corporal baja antes del embarazo).
- ✓ Hipertensión pulmonar o sistémica.
- ✓ Enfermedad renal.
- ✓ Enfermedad cardíaca.
- ✓ Abuso de sustancias.
  - Consumo de cigarrillos (puede contribuir a 11% de partos prematuros).
  - Abuso de alcohol.
  - Abuso de drogas
- ✓ Irritación peritoneal.
  - Torsión de anexo o quistes con fugas.
  - Úlcera péptica perforada.
  - Apendicitis.
  - Procedimientos intraabdominales.
- ✓ Trauma o quemaduras.
- ✓ Infecciones (pielonefritis, infecciones sistémicas agudas, infecciones feto tóxicas).
- ✓ Violencia o maltrato grave.
- ✓ Que la embarazada haya sido prematura.

**Según William (2011):**

**Las causas del parto pretérmino:** Una amplia gama de causas y de factores demográficos ha quedado comprendida en el parto pretérmino.<sup>27</sup>

- **Amenaza de aborto:** la hemorragia transvaginal en etapas tempranas del embarazo se relaciona con aumento de los resultados adversos. Informaron datos acerca de hemorragia vaginal de seis a trece semanas en casi 14000 mujeres. La hemorragia tanto leve como copiosa se relacionó con pérdida subsiguiente del embarazo antes de las 24 semanas, trabajo de parto pretérmino y desprendimiento prematuro de placenta.
- **Factores del estilo de vida:** el tabaquismo de cigarrillos, el aumento inadecuado de peso de la madre durante el embarazo, y el consumo de drogas ilícitas tienen participaciones importantes tanto en la incidencia de recién nacidos con peso bajo al nacer como en el resultado de los mismos.
- **Factores Genéticos:** la naturaleza recurrente, familiar y racial del parto pretérmino ha conducido a sugerir que la genética tal vez tenga una participación casual.
- **Corioamnionitis:** la infección de las membranas y el líquido amniótico por diversos microorganismos han surgido como una posible explicación de algunos casos de rotura de membranas, trabajo de parto pretérmino, o ambos. Se aíslan bacterias mediante amniocentesis transabdominal a partir de hasta 20% de las mujeres en trabajo de parto pretérmino sin infección clínica manifiesta y con membranas fetales intactas.

---

<sup>27</sup> Cunningham Gary F., Leveno Kenneth J., Bloom Steven L., Hauth John C, Rouse Dwight J. Spong Catherine. Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011. Pag. 852

## **2.2.5. Complicaciones del trabajo de parto.**

### **Según Benson (2012):**

**Las complicaciones del trabajo de parto prematuro:** El parto prematuro es uno de los problemas más urgentes en la medicina. El índice de mortalidad del neonato con peso bajo al nacer es casi 40 veces mayor que el de los lactantes con tamaño adecuado que nacen al término de la gestación. Así mismo la relación de la parálisis cerebral con el parto prematuro puede ser hasta 10 veces mayor y las deficiencias mentales, cinco veces más frecuente que en el neonato de término. Las deficiencias visuales y auditivas, los trastornos emocionales y las dificultades para el ajuste social de los prematuros exceden por mucho los de los lactantes maduros.

La continuación del desarrollo fetal, cuando no hay contraindicaciones, es imperativa. Por ejemplo, la madurez pulmonar de un feto de 24 a 25 semanas de gestación es tan incompleta que el lactante tiene una alta probabilidad de morir por síndrome de insuficiencia respiratoria o complicaciones de la prematuridad. Sin embargo, un feto normal que llega a las 33 semanas en el útero es más probable que sobreviva.

### **Según Schwartz (2005):**

#### **Los Marcadores biológicos predictores del parto prematuro:**

Se han investigado algunos mecanismos patogénicos como marcadores biológicos para la predicción del parto prematuro. Un ejemplo es la medida de la concentración del suero materno del factor liberador de la corticotrofina. Normalmente aumenta durante la segunda mitad del embarazo y hace su pico en el parto.

## 2.2.6. Diagnóstico.

### **Según Pacheco (2007): Diagnóstico clínico:**

El diagnóstico clínico se basa en la historia clínica, las contracciones uterinas y los cambios en el cuello uterino.

En cuanto a la historia clínica, es necesario, a través de un interrogatorio minucioso y aplicando el enfoque de riesgo, obtener los siguientes datos:

- ✓ Antecedentes de partos prematuros, inmaduros, abortos espontáneos.
- ✓ Antecedentes de natimueertos o mortinatos.
- ✓ Edad, gravidez y paridad de la paciente
- ✓ El peso de la gestante.
- ✓ Tiempo de embarazo.
- ✓ Altura uterina.
- ✓ Acontecimientos durante el control prenatal.
- ✓ Irritabilidad uterina.
- ✓ Monitorización de los movimientos fetales.
- ✓ Control estricto de los latidos cardiacos fetales.

Sobre las contracciones uterinas, precisar si son dolorosas, detectables por palpación abdominal o por quimografo y con duración de 30 segundos o más. Los cambios progresivos en el cuello uterino deben ser evaluados con frecuencia y comparar las variaciones entre un examen y otro. Los datos serán valorados por el mismo examinador. Los signos a tener en consideración son el borramiento, la dilatación y la posición del cuello uterino. La dilatación cervical no debe ser mayor de 2 a 3cm y para otros autores de 4 cm. Se considera trabajo de parto franco cuando la dilatación cervical supera los 4 cm. Vigilar la altura de presentación, para determinar el efecto que pueda ejercer sobre el cuello, así como el estado de membranas ovulares.

### **Diagnóstico mediante pruebas auxiliares:**

Estas pruebas nos ayudan a precisar en el feto su tamaño, madurez y peso, la madurez pulmonar, renal y su bienestar.

Para ello se cuenta con métodos bioquímicos, citológicos y particularmente, la ultrasonografía.

Estudio del líquido amniótico:

- ✓ Bioquímico: Creatinina, bilirrubina, fosfolípidos, alfafetoproteína, acetilcolinesterasa.
- ✓ Hormonal: estriol, estetrol, lactogeno placentario, prolactina.
- ✓ Citológico: células poligonales anaranjadas y sin núcleo.

Ultrasonografía:

- ✓ Concordancia de la biometría fetal con la edad gestacional.
- ✓ Signos ecográficos para diferenciar un RCIU.
- ✓ Estudios de morfología interna y externa fetal.
- ✓ Perfil biofísico: movimientos, tono muscular, respiración, volumen del líquido amniótico y frecuencia cardíaca fetal.
- ✓ Evaluación de la placenta.
- ✓ Estudio del cordón umbilical.

**Según Schwartz (2005) del diagnóstico precoz de la amenaza de parto prematuro:** principalmente se basa en tres elementos:

- ✓ La edad del embarazo.
- ✓ Las características de las contracciones uterinas.
- ✓ El estado del cuello uterino.

Cuando estos signos y síntomas no son evidentes, el diagnóstico se refuerza ante la presencia de algún factor que eleva el riesgo de prematuridad (partos previos de pretérmino, infección urinaria, rotura prematura de membranas, etc.)

La edad del embarazo oscila entre las 22 y 36 semanas de amenorrea y debe correlacionarse con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen dicha edad gestacional. Cuando hay dudas sobre la fecha de la última menstruación o esta se desconoce, el tamaño y la madurez fetal son los signos de mayor importancia. La medida de la altura uterina, del diámetro biparietal u otros por ultrasonografía, los parámetros de líquido amniótico en el caso de realizarse una amniocentesis, son los elementos más importantes que ayudan al diagnóstico del embarazo de pretérmino.

Las contracciones uterinas se caracterizan por ser dolorosas o causar molestias a la embarazada y ser detectables por la palpación abdominal o por topografía externa. Su frecuencia deberá exceder los valores normales para la edad del embarazo.

### **2.2.7. Manejo clínico según la guía de salud sexual y reproductiva (2007).**

#### **➤ DOLOR ABDOMINAL.**

Dolor abdominal con o sin irritación peritoneal.<sup>28</sup>

MANEJO:

1. Si la mujer se encuentra afebril:

Descartar:

- ✓ Aborto en curso.
  - ✓ Embarazo ectópico.
  - ✓ Desprendimiento prematuro de placenta.
  - ✓ Rotura uterina.
- 
- ✓ Quiste de ovario a pedículo torcido.

---

<sup>28</sup> **Vallejos Sologuren Carlos.** Guía de prácticas clínica para la atención de emergencias obstetricias según nivel de capacidad resolutive. 1era edición.2007. Lima: Artepress; Pág. 75 - 79

- ✓ Litiasis renal.
- ✓ Leiomioma degenerado.

2. Si hay fiebre buscar dolor en abdomen y región lumbar:

- ✓ Puño percusión lumbar (+), ver manejo de pielonefritis.
- ✓ En dolor abdominal difuso, considerar aborto séptico.
- ✓ En dolor de hemiabdomen derecho considerar: apendicitis aguda, colecistitis aguda, y solicitar interconsulta a cirugía.

3. Hospitalizar:

- ✓ Iniciar manejo según posibilidad diagnóstica.
- ✓ De no estar en capacidad para realizar el manejo, referir inmediatamente.
- ✓ En sospecha de apendicitis, el tratamiento debe realizarse en un hospital con capacidad quirúrgica las 24 horas del día.
- ✓ De confirmarse el diagnóstico, se debe proceder a una laparotomía exploratoria, con la incisión que le ofrezca el mayor campo operatorio y con la cual se sienta más seguro el cirujano.
- ✓ En el pre y post operatorio se debe usar tocolíticos.
- ✓ En sospecha de colecistitis brindar manejo médico e interconsulta a cirugía.

➤ **AMENAZA DE PARTO PREMATURO.**

Contracciones cada 3 a 5 minutos antes de las 37 semanas de gestación, con o sin cambios en el cuello uterino.

MANEJO:

1. Confirmar tiempo de gestación: calcular edad gestacional por fecha de última regla (menstruación), altura uterina y/o por ecografía obstétrica (si la tuviera).

2. Evaluar el abdomen: dinámica uterina, maniobras de Leopold para determinar presentación, descartar embarazo gemelar.
3. Estimar peso fetal y tratar de valorar madurez pulmonar: medir altura uterina y ver si corresponde con edad gestacional, de ser posible ecografía, de estar capacitado y contar con equipo apropiado considerar amniocentesis para ver madurez pulmonar.
4. Evaluar vagina y periné: si hay presencia de sangrado, seguir el manejo de hemorragia obstétrica. Si hay presencia de líquido amniótico, seguir el manejo de rotura prematura de membranas.
5. Evaluar dilatación cervical: si hay dilatación cervical prepararse para la atención del parto; en caso de no contar con capacidad resolutive referir inmediatamente.

En caso de gestación menor de 35 semanas aplicar corticoides.

Ante sospecha de placenta previa no realizar tacto vaginal.

6. Hospitalización: instalar a la gestante en un ambiente tranquilo, sin estímulos. Sedarla, hidratar con 1 litro de agua por vía oral en 30 minutos o colocar una vía endovenosa para administrar 500 mililitros de cloruro de sodio al 9% o en 60 minutos.
7. Investigar la causa del parto prematuro: buscar foco infeccioso, antecedentes de parto prematuro, pérdida de líquido.
8. Verificar si no existen contraindicaciones para iniciar tocolisis:  
Contraindicaciones:
  - ✓ Rotura prematura de membranas.
  - ✓ Corioamnionitis.
  - ✓ Retraso severo del crecimiento fetal.
  - ✓ Óbito fetal.
  - ✓ Hemorragia vaginal.
  - ✓ Anomalía congénita no compatible con la vida.
  - ✓ Fase activa de trabajo de parto.
9. Iniciar tocolisis si persisten contracciones luego de hidratación: Betamiméticos – clorhidrato de isoxuprina. Administrar 100 miligramos (10 ampollas) en 500 mililitros de NaCl 0.9%. iniciar a

una velocidad de infusión de 10 gotas por minuto y aumentar 5 gotas cada 15 minutos (hasta un máximo de 50 gotas por minuto), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado.

#### **1.2.1.1. Prevención.**

##### **Según Pacheco (2007)**

###### **Antes del embarazo:**

- ✓ Elevar el estado socio económico cultural de la población.
- ✓ Prevenir el embarazo en la adolescente a través de programas educativas que lleguen a la comunidad.
- ✓ Educación sexual bien elaborada y por personal capacitado.
- ✓ Eliminar, en lo posible, los factores de riesgo de la prematuridad.
- ✓ Corregir la desnutrición y la anemia con un programa social y la educación por parte de los profesionales.
- ✓ La política de salud del gobierno central debe ser trazada en base a nuestra realidad nacional.

###### **Durante el embarazo:**

- ✓ Control prenatal precoz, periódico, completo y humano.
- ✓ Aplicación del enfoque de riesgo de prematuridad.
- ✓ Corregir la desnutrición y la anemia, durante la gestación.
- ✓ Detectar y tratar todo tipo de infecciones durante la gestación.
- ✓ No consumir drogas.
- ✓ No fumar.
- ✓ Evitar las complicaciones obstétricas, como hemorragias, hipertensión arterial inducida por el embarazo.
- ✓ Espaciar los nacimientos por más de dos años.
- ✓ Planificación familiar para adolescentes, multíparas y añosas.
- ✓ Evitar las iatrogenias.

**Según Schwartz (2005):** En la mayoría de los casos el desencadenamiento del parto prematuro es multicausal. Por ello son de la mayor importancia, en la etapa preconcepcional y del embarazo, las actividades dirigidas a la promoción de la salud sexual, reproductiva y perinatal y de prevención de enfermedades aplicadas con un enfoque integral. Los cuidados preconceptionales y el control prenatal.

Además de los cuidados brindados se requiere de una captación precoz de la embarazada para que la revisión en los listados de factores de riesgo, temprano en el embarazo, permita en el caso de existir alguno, el control o remoción de aquellos posibles. Esto es posible en aquellos lugares donde se cuenta con personal capacitado, la organización de la atención perinatal esta regionalizada por niveles de cuidados y en los centros de salud se aplica la programación local en base al conocimiento de la población asignada. Cuando la organización de la atención perinatal es deficiente, es mayor el porcentaje de mujeres con un control prenatal insuficiente, es mayor la asociación de patologías en el embarazo avanzado y generalmente resulta tardío el ingreso de los partos prematuros a los centros de salud. Esto pone en desventaja a las posibilidades de prevención antenatal, complicándose el pronóstico del niño.

**Progesterona:** es antiguo de conocimiento de su administración empírica en la amenaza de aborto basada en resultados uterorrelajantes in vitro en ciertas especies animales y en el mantenimiento del cuerpo lúteo para la preservación del embarazo en sus primeras semanas (Reynolds, 1949). También para evitar el parto prematuro recurrente en mujeres con factores de riesgo, el uso clínico de la progesterona se apoyó principalmente en la hipótesis, sostenida por algunos del desencadenamiento del parto por la depleción previa de progesterona que no es aceptada por otros. Esta vieja hipótesis se basa en que la relación dominante de la progesterona sobre los estrógenos durante la gestación, que permitiría la relajación y estiramiento del cuerpo y del cuello del útero, se revertiría hacia el término

del embarazo con la caída de los niveles plasmáticos de la progesterona con el mantenimiento de los estrógenos.

**Betamiméticos preventivos por vía oral:** los ensayos clínicos controlados realizados hasta el momento muestran que no tienen el efecto beneficioso buscado. A pesar de su demostrada ineficacia, aun es importante el número de médicos obstetras que los siguen prescribiendo en las consultas a las embarazadas que tienen una contractilidad uterina aumentada, por lo que se recalca que su uso por vía oral, como preventivos de parto prematuro, no se justifica.

**Cerclaje cervical:** se aplica durante el embarazo cuando se diagnostica una incompetencia istmicocervical. En cuatro ensayos controlados el resultado sugiere que la aplicación es limitada siendo eficaz para reducir la incidencia de parto prematuro en las madres con antecedentes de 3 o más partos inmaduros o prematuros previos. En otro ensayo clínico controlado, para el ingreso al estudio, se tuvo en cuenta el acortamiento del canal cervical (15mm o menor) evaluado por la ecografía transvaginal. Se encontró que en el grupo con cerclaje la incidencia de partos prematuros por debajo de 33 semanas fue algo menor que en el grupo control, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa y la morbilidad materna perinatal fue similar en ambos grupos.

Fuera del embarazo se practican técnicas reparadoras de dehiscencias istmicocervicales por secuelas traumáticas de abortos y partos previos. Su eficacia aún no ha sido bien evaluada.

**Bacteriuria asintomática:** su detección y tratamiento tiene un impacto importante en la salud de la madre y el niño. Es conocida la eficacia de los antibióticos para controlarla y disminuir consecuentemente el riesgo de pielonefritis aguda en un 75% de los casos.

**Vaginosis bacteriana:** esta colonización de la vagina con bacterias anaeróbicas debe ser tratada. Se asocia en algunos estudios observacionales con una mayor incidencia de parto prematuro.

**Antibióticos:** en gestaciones con riesgo, en la amenaza de parto o durante el parto prematuro, con las membranas integra y sin una patología infecciosa evidente, no se ha demostrado su eficacia, por lo que su uso preventivo no está justificado.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

1. **Aborto:** Se considera aborto a la expulsión o extracción de un feto o embrión que pesa menos de 500 gramos (edad gestacional aproximada de 20 a 22 semanas completas, ó de 140 a 154 días completos), o cualquier otro producto de la gestación de cualquier peso o designación específica (ejemplo: Mola Hidatiforme) independientemente de la edad gestacional, tenga o no evidencia de vida y sea o no el aborto espontáneo o inducido. Los abortos son defunciones fetales.<sup>29</sup>
2. **Asistencia durante el parto:** Es el tipo de asistencia que tuvo el parto. La información permite conocer el número de nacimientos atendidos por profesional de la salud u otra persona.<sup>22</sup>
3. **Duración del Embarazo:** Es el número de meses y semanas de gestación que tuvo la madre en el momento del parto.<sup>22</sup>
4. **Estado Conyugal o Marital:** Es la situación de la madre en relación al matrimonio, según las leyes o costumbres del país.<sup>22</sup>
5. **Factor de riesgo materno preconcepcional:** Características o cualidades presentes en la madre antes del embarazo que otorgan una

---

<sup>29</sup> **Compendio de Estadística de Hechos Vitales. Perú.** 2011. Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística.

mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de un parto pretérmino.<sup>11</sup>

- 6. Factor de riesgo materno concepcional:** Características o cualidades presentes en la madre durante el embarazo que otorgan una mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de un parto pretérmino.<sup>11</sup>
- 7. Factor de riesgo:** Característica o cualidad que tiene una enfermedad, la cual guarda relación causal o le otorga un grado mayor de posibilidad para su desarrollo.<sup>11</sup>
- 8. Período Perinatal:** El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del parto.<sup>22</sup>
- 9. Peso al Nacer:** Es el peso determinado inmediatamente después del parto y se expresa en gramos. La información permite conocer la incidencia de recién nacidos con peso normal o de muy bajo peso, la clasificación es por intervalos desde 500 gramos a más. El bajo peso al nacer es cuando el nacido vivo pesa menos de 2500 gramos; peso normal si el peso está comprendido entre 2500 a 3 999 gramos y sobre peso o peso macrosómico si pesa de 4 000 gramos a más.<sup>22</sup>
- 10. Parto pretérmino:** Nacimiento de un producto con edad gestacional comprendido entre las 22 y <37 semanas de gestación por inicio de la labor de parto con dinámica uterina, cambios morfológicos y dilatación del cuello uterino que no cede al manejo médico con hidratación y uso de tocolíticos. Es responsable del nacimiento de productos antes de haber logrado la madurez y crecimientos óptimos para su vida extrauterina. Se relaciona con una elevada morbi-mortalidad perinatal.<sup>11</sup>

**11. Parto pretérmino espontáneo:** es el que ocurre sin causa conocida o identificada.<sup>11</sup>

**12. Parto pretérmino inducido:** es el que ocurre por situaciones obstétricas que puede comprometer el pronóstico materno o fetal.<sup>22</sup>

**13. Sexo:** Es una característica básica necesaria para describir a un niño recién nacido. Los datos se clasifican en “hombres” y “mujeres”.<sup>22</sup>

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Según Hernández, Fernández y Baptista: La presente tesis de investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Es **observacional**, porque se realizó el estudio mediante los datos de la Historia Clínica de las gestantes con diagnóstico de parto pretérmino.

Es **descriptivo**, porque en este nivel se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas.

Es **transversal**, porque se evalúan las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo. En la muestra extraída de la población se encuentra tanto los predictores con los desenlaces.

Es **retrospectivo**, porque en esta parte de lo investigado indaga sobre los hechos ocurridos antes del estudio, puesto que se revisaron las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de parto pretérmino.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

## **3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

El presente trabajo de investigación es no experimental transversal.

## **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

### **3.3.1. Población:**

Estuvo conformada por 290 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Huacho durante el mes de enero a diciembre del 2014 - 2015.

### **3.3.2. Muestra:**

La muestra estuvo conformada por 178 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino, que cumplieron los criterios de inclusión, y que fueron obtenidas mediante la Historias Clínicas, durante el período de Enero a Diciembre del año 2014 - 2015 en el servicio de Emergencia de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Huacho.

#### **3.3.2.1 Muestreo:**

No probabilístico intencionado.

### **A. CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

#### **a. INCLUSIÓN:**

- Multíparas con diagnóstico de parto prematuro.
- Segundigestas nulíparas con diagnóstico de parto prematuro.

#### **b. EXCLUSIÓN:**

- Historias no encontradas en el archivo del hospital regional de Huacho.
- Puérperas con diagnóstico de parto a término.
- Puérperas con diagnóstico de óbito fetal.

- Puérperas primigestas con diagnóstico de parto prematuro.

### 3.4. VARIABLES.

#### 3.4.1 Variable x

Factores de riesgo maternos a parto prematuro

#### 3.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>( Variable x )</b> Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en multigestas.</p>	<p><b>Variable x1</b> Factores removibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacteriuria asintomática.</li> <li>• Infección urinaria.</li> <li>• Infección ovular – fetal.</li> <li>• Vaginosis (Gardnerella vaginalis y mycoplasma hominis) e infecciones por chlamydia trachomatis y estreptococo grupo B.</li> <li>• Insuficiente ganancia de peso materno.</li> <li>• Trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie.</li> <li>• Estrés psicosocial.</li> <li>• Incompetencia istmicocervical y acortamiento de cuello uterino.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidramnios.</li> <li>• Inducción del parto o cesárea anticipada.</li> </ul>
	<p><b>Variable x2</b> Factores no removibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza y desventajas sociales.</li> <li>• Bajo peso previo materno.</li> <li>• Desnutrición materna.</li> <li>• Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.</li> <li>• Rotura prematura de membranas.</li> <li>• Embarazo múltiple.</li> <li>• Malformaciones y miomas uterocervicales.</li> <li>• Partos de pretérmino previos al embarazo actual.</li> <li>• Intervalo corto desde el último embarazo.</li> <li>• Metrorragias del primero y segundo trimestre.</li> <li>• Cirugía genitourinaria y abdominal concomitante con el embarazo.</li> </ul>

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

#### 3.5.1. TÉCNICAS.

- Previa coordinación con las autoridades del Hospital Regional de Huacho a fin de poder realizar la investigación. Nos

ubicamos en el archivo del Hospital Regional de Huacho en el cual realizamos el retiro de información con la ficha recolectora de datos.

- La información se recolecto directamente de las historias clínicas.
- Para la recolección de datos se elaboró un instrumento: cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual constara de las siguientes partes.

➤ Factores de riesgo asociados a parto prematuro.

### **3.6. PROCEDIMIENTOS**

- Para el análisis de los datos se usa el programa SPSS 21.0 Para confeccionar tablas de contingencia, ordenar la información y expresarla en gráficas.

Para analizar los datos tendremos que realizar lo siguiente.

- Ordenamiento de los datos.
- Tabulación de los datos.
- Presentación de cuadros y gráficos de acuerdo al nivel de medición.

La interpretación de los datos se procedió a hacer una vez que éstos son codificados, transferidos a una matriz y guardados en un archivo.

Se efectuó sobre la matriz de datos, utilizando un programa de computadora. Así, se realizó, en primer término, la interpretación de la estadística descriptiva de los datos para posteriormente efectuar relaciones entre algunas variables.

Para el análisis se empleó distribución de frecuencias, cuadros y gráficos; específicamente los histogramas y las gráficas barras.

## **CAPÍTULO IV RESULTADOS**

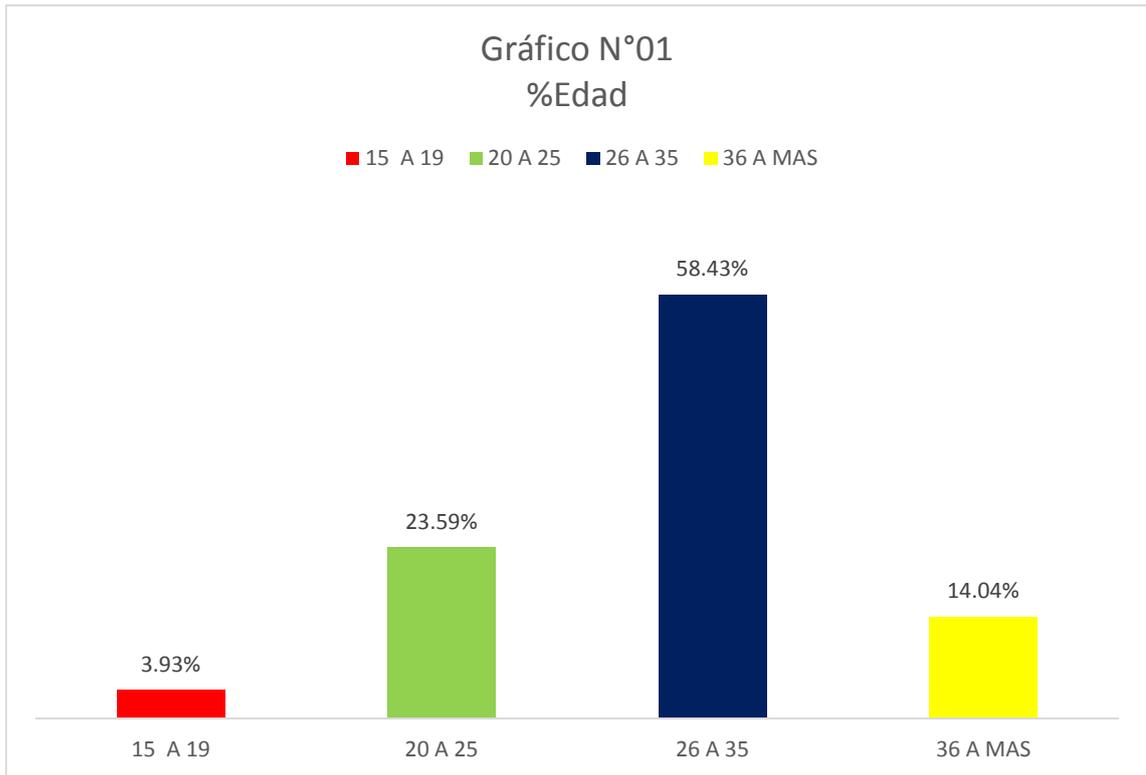
### **4. RESULTADOS.**

Los resultados se expondrán a continuación mediante tablas con datos estadísticos descriptivos en lo que se refiere a la prevalencia, características demográficas y obstétricas del grupo de estudio y para la asociación de los factores de datos estadísticos inferenciales.

#### **4.1. Datos Generales**

**TABLA N° 1**

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
15 A 19	7	3.93%
20 A 25	42	23.59%
26 A 35	104	58.43%
36 A MAS	25	14.04%
TOTAL	178	100%

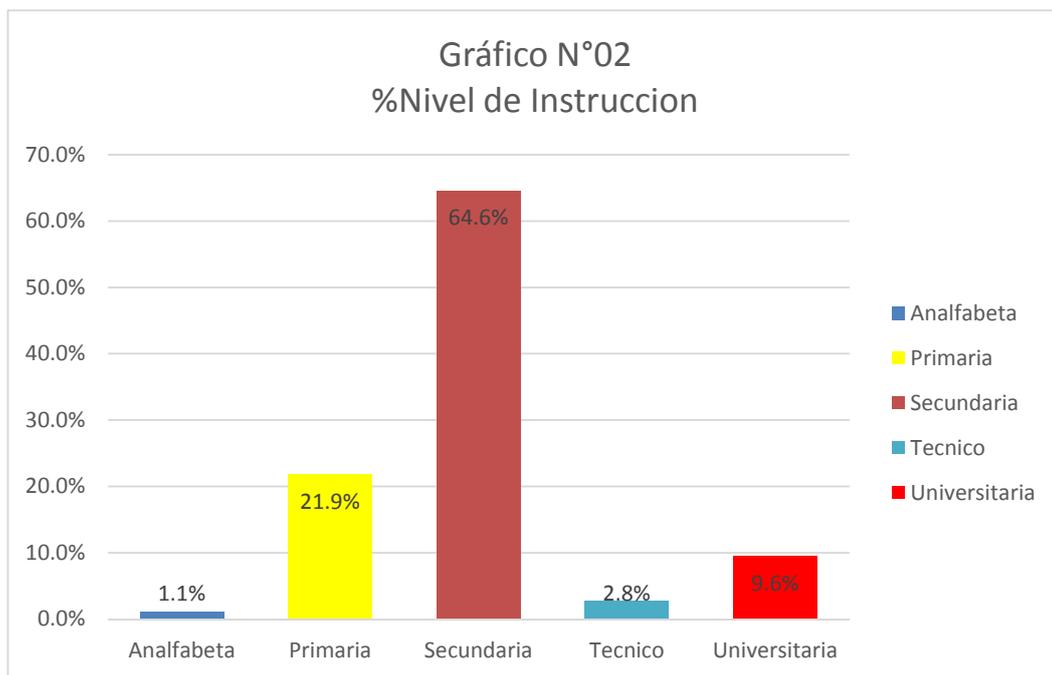


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según la edad de 15 a 19 con un porcentaje de 3.93%; de 20 a 25 años con un porcentaje de 23,59%, de 26 a 35 años representando el mayor porcentaje 58,43%, de 36 a más con un porcentaje de 14,04%.

**TABLA N° 2**

Nivel de Instrucción		
	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	1.1%
Primaria	39	21.9%
Secundaria	115	64.6%
Técnico	5	2.8%
Universitaria	17	9.6%
Total	178	100.0%

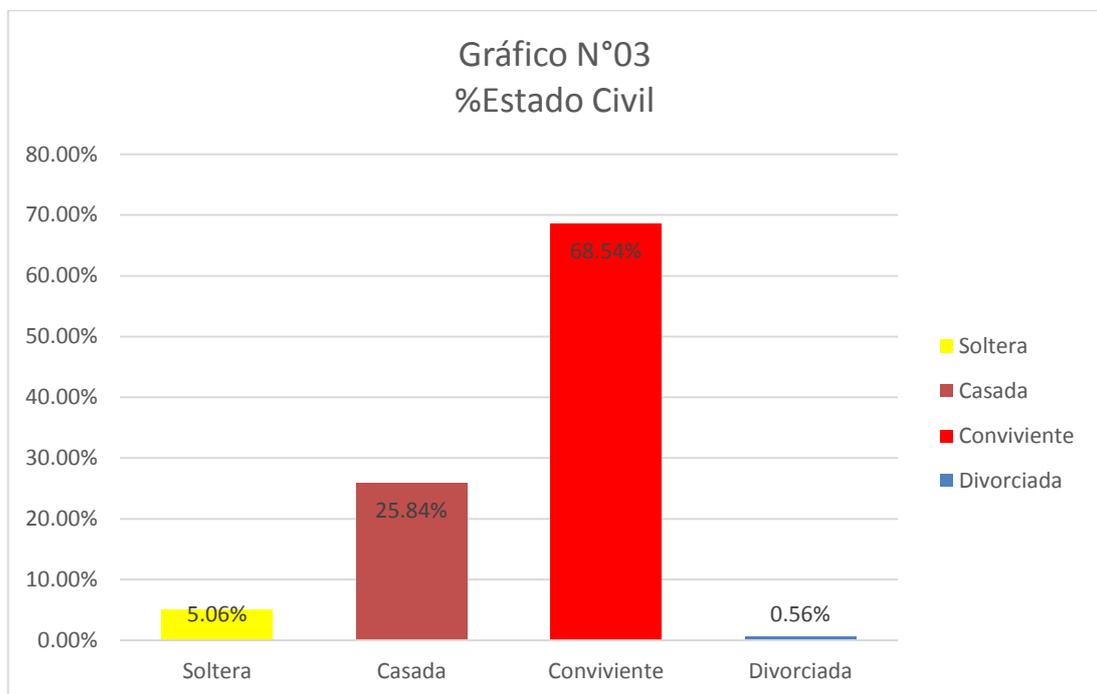


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según nivel de instrucción son analfabeta con un porcentaje 1,1%; habiendo estudiado el nivel primario son 21,9%; en el nivel secundario representado el mayor porcentaje un 64,6%; habiendo estudiado técnico sin un 2,8%; siendo nivel superior o universitario son un 9,6%.

**TABLA N° 3**

Estado Civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	9	5.06%
Casada	46	25.84%
Conviviente	122	68.54%
Divorciada	1	0.56%
Total	178	100%

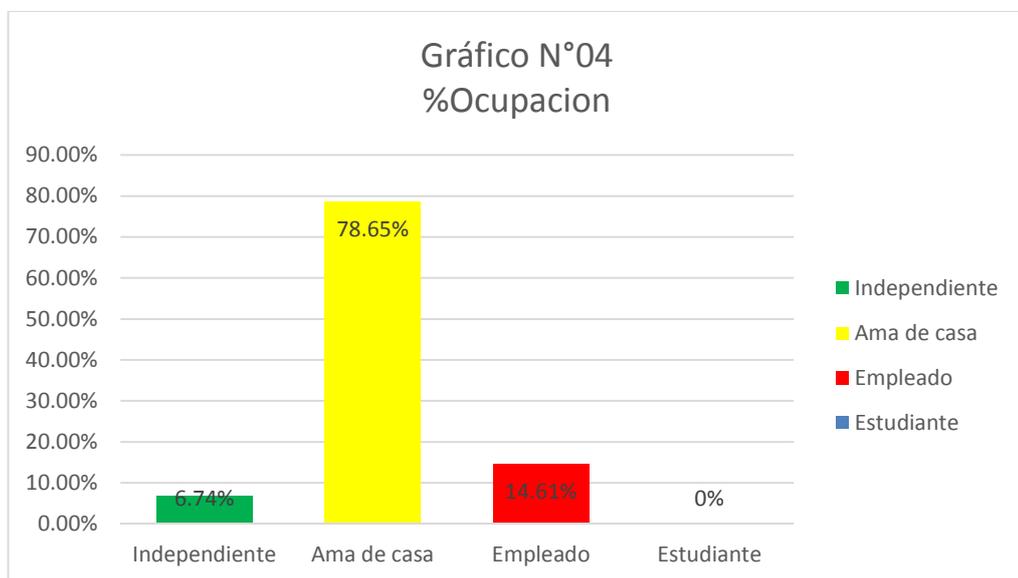


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según estado civil son solteras con un porcentaje 5,06%; las casadas son 25,84%; siendo convivientes representado el mayor porcentaje un 68,54% y divorciadas en un 0.56%.

**TABLA N° 4**

Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	12	6.74%
Ama de casa	140	78.65%
Empleado	26	14.61%
Estudiante	0	0%
Total	178	100.00%

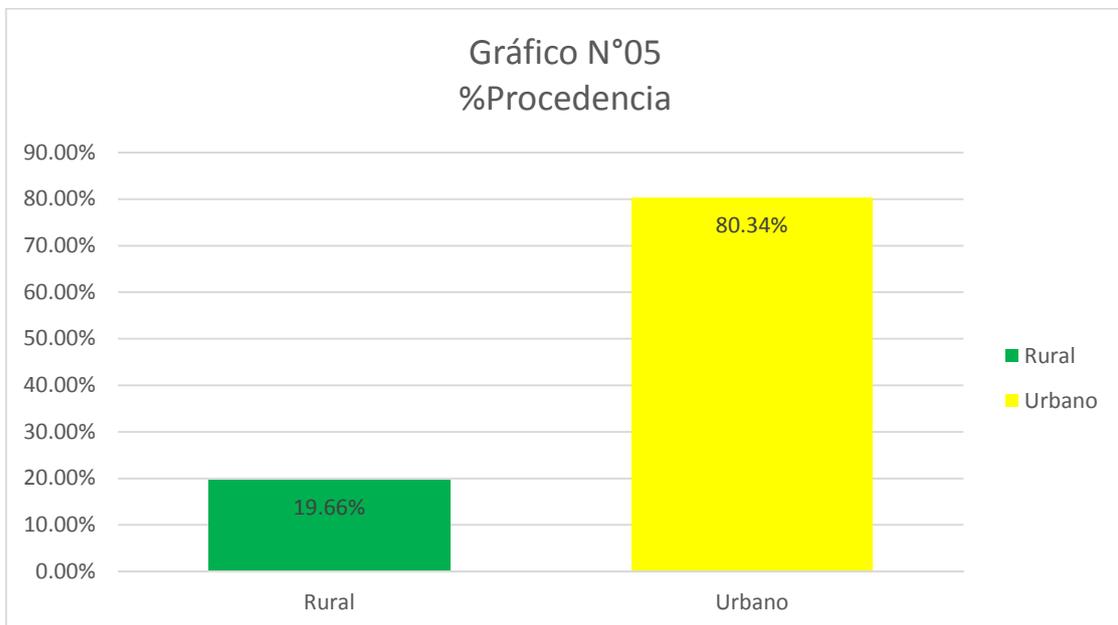


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según ocupación son independientes un porcentaje 6,74%; siendo amas de casa representado el mayor porcentaje un 78,65%; seguidos de las que son empleadas en un 14,61%; no habiéndose encontrado ninguna estudiante.

**TABLA Nº 5**

Procedencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Rural	35	19.66%
Urbano	143	80.34%
Total	178	100.00%

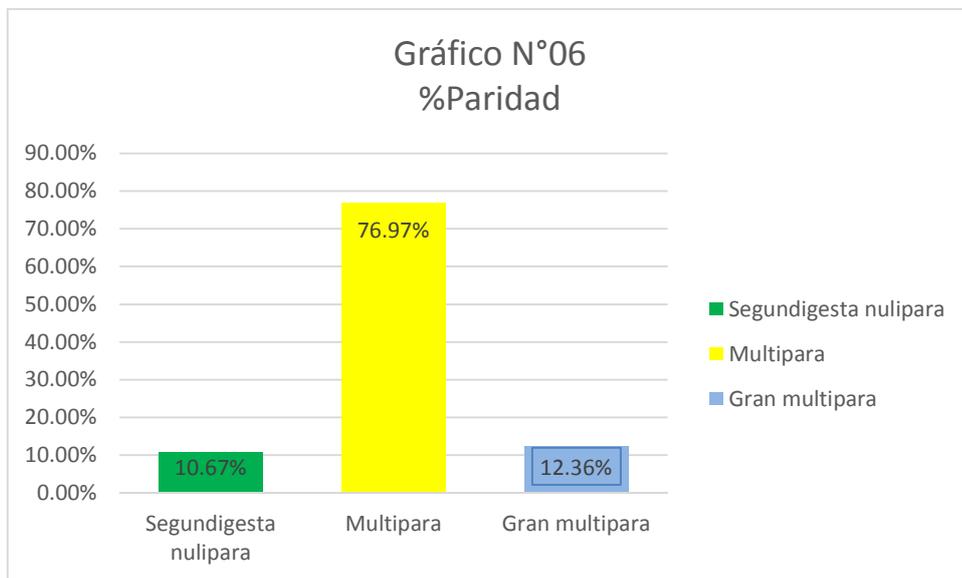


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según procedencia son de zona rural con un porcentaje 19,66%; siendo el área urbana representado el mayor porcentaje un 80,34%.

**TABLA N° 6**

Paridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Segundigesta Nulípara	19	10.67%
Múltipara	137	76.97%
Gran múltipara	22	12.36%
Total	178	100.00%

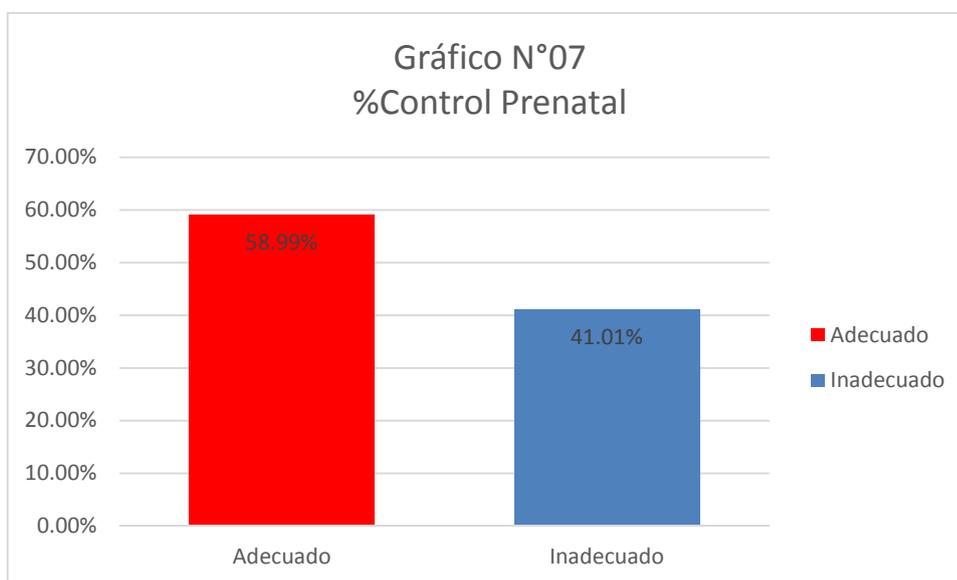


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según paridad son segundigestas nulíparas un 10,67%, representado el mayor porcentaje las múltiparas con un 76,97%; siendo gran múltiparas con un 12,36%.

**TABLA N° 7**

Control Prenatal		
	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	105	58.99%
Inadecuado	73	41.01%
Total	178	100.00%



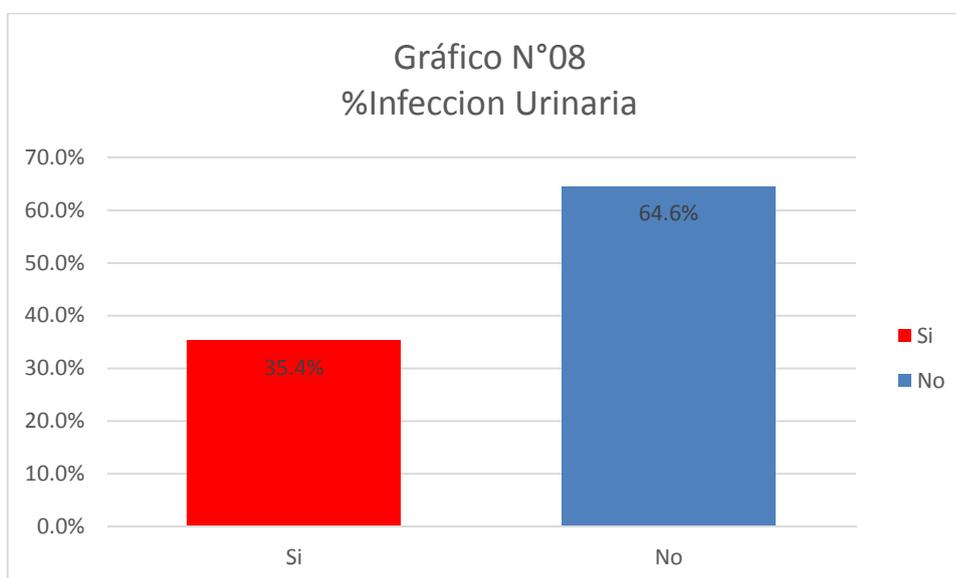
**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según control prenatal es adecuado cuando es controlado en un porcentaje de 58.99%; e inadecuado o no controlado en un 41,01%.

## 4.2. Factores Removibles

TABLA N° 8

Infección Urinaria		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	63	35.4%
No	115	64.6%
Total	178	100.00%

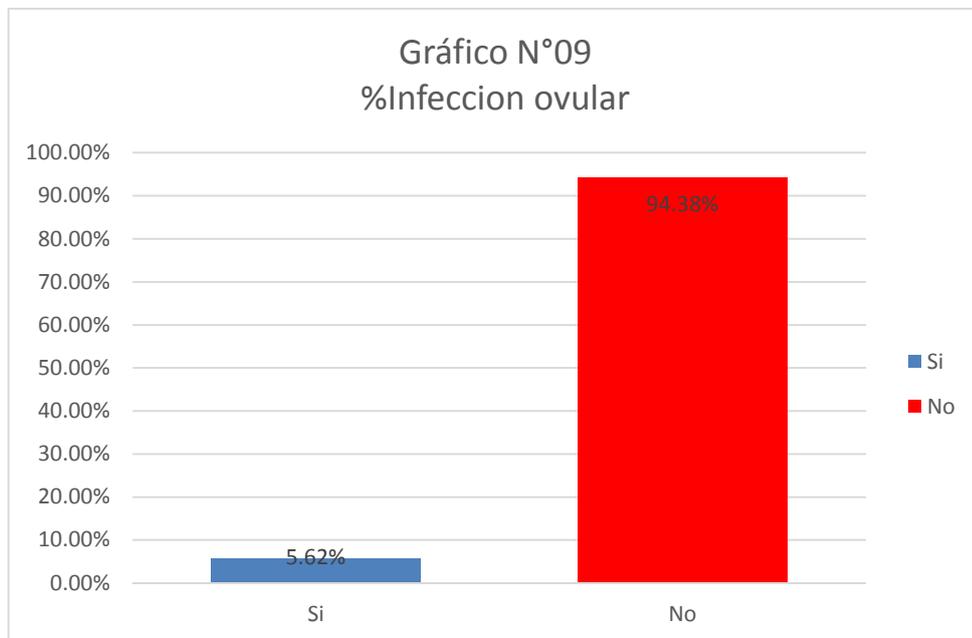


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según infecciones urinarias o bacteriuria asintomática si tienen en un 35,4% y no tienen en un 64,5%, teniendo en cuenta que es una de las principales causas de parto pretérmino.

**TABLA N° 9**

Infección Ovular - fetal		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	5.62%
No	168	94.38%
Total	178	100.00%

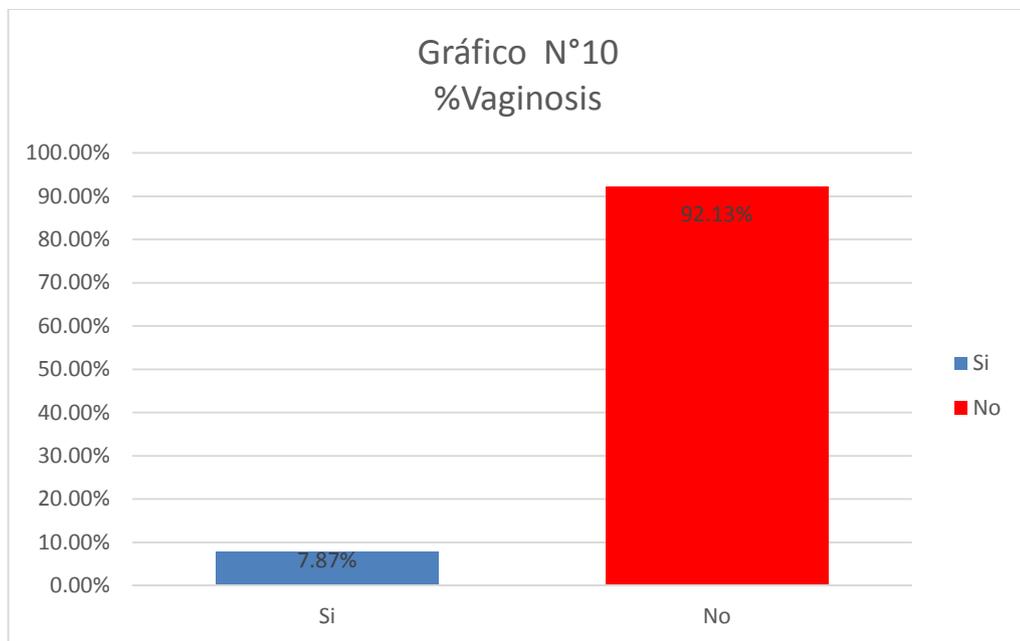


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según infecciones ovulares si tienen en un 5,62% y no tienen en un 94,38%, teniendo en cuenta que es una de las principales causas de parto pretérmino.

**TABLA N° 10**

Vaginosis		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	7.87%
No	164	92.13%
Total	178	100.00%

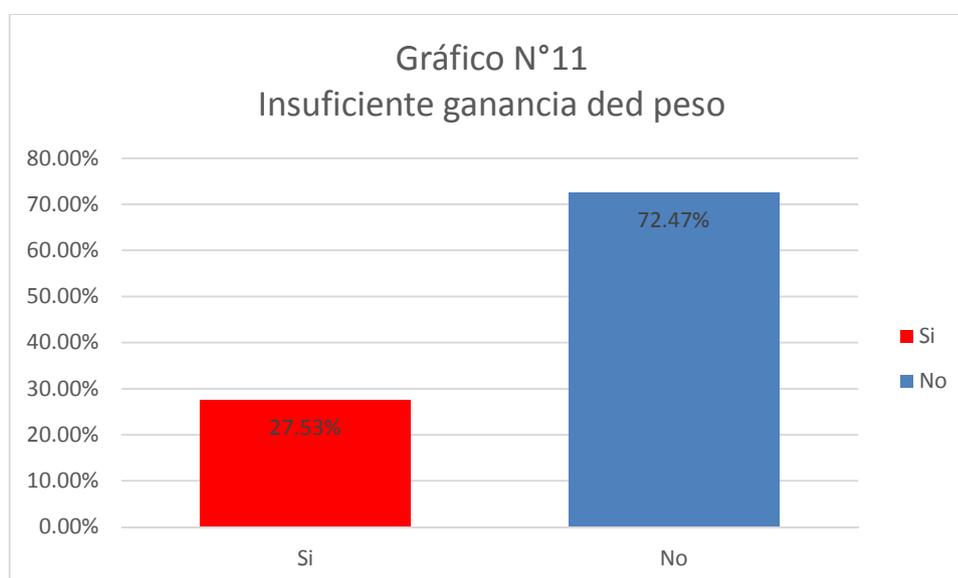


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según vaginosis si tienen en un 7,87% y no tienen en un 92,13%, teniendo en cuenta que es una de las principales causas de parto pretérmino.

**TABLA N° 11**

Insuficiente ganancia de peso		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	27.53%
No	129	72.47%
Total	178	100.00%

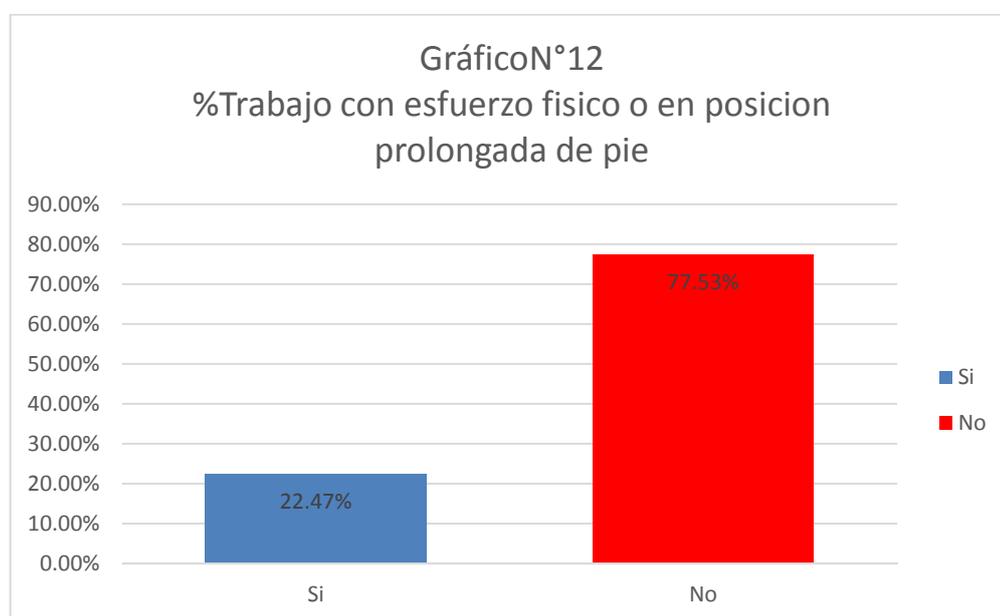


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según la insuficiencia de ganancia de peso si tienen en un 27,53% y no tienen en un 72,47%.

**TABLA N° 12**

Trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	22.47%
No	138	77.53%
Total	178	100.00%

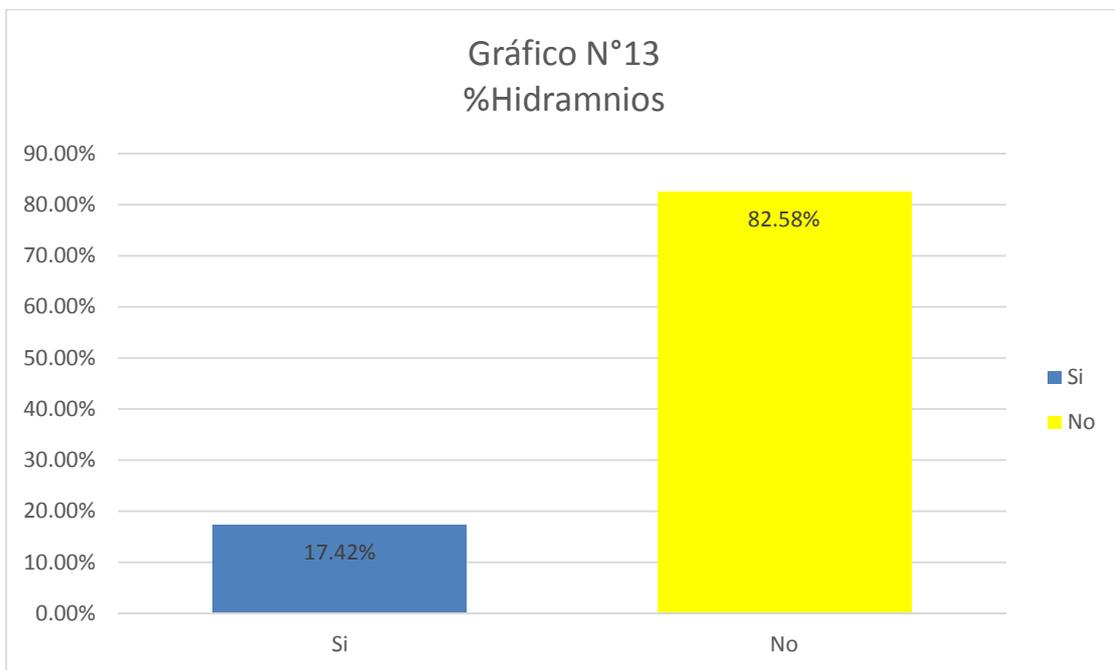


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie si tienen en un 27,47% y no tienen en un 77,53%.

**TABLA N° 13**

Hidramnios		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	31	17.42%
No	147	82.58%
Total	178	100.00%

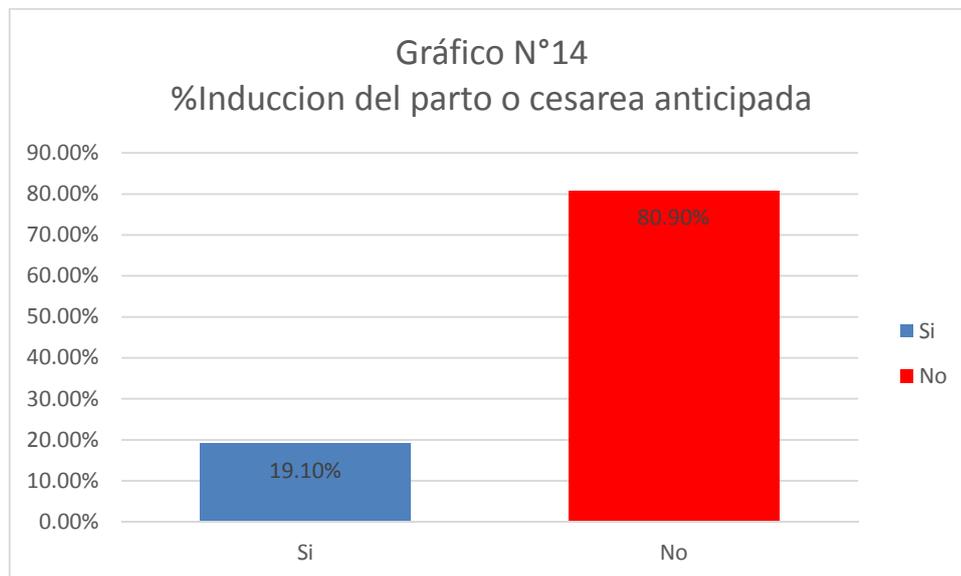


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el ítems si se encontró hidramnios si tienen en un 17,42% y no tienen en un 82,58%.

**TABLA N° 14**

Inducción del parto o cesárea anticipada		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	19.10%
No	144	80.90%
Total	178	100.00%



**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el ítem si hubo inducción del parto o cesárea anticipada si tienen en un 19.10% y no tienen en un 80,90%.

### 4.3. Factores no removibles.

TABLA N° 15

Pobreza y desventajas sociales		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	5.62%
No	168	94.38%
Total	178	100.00%

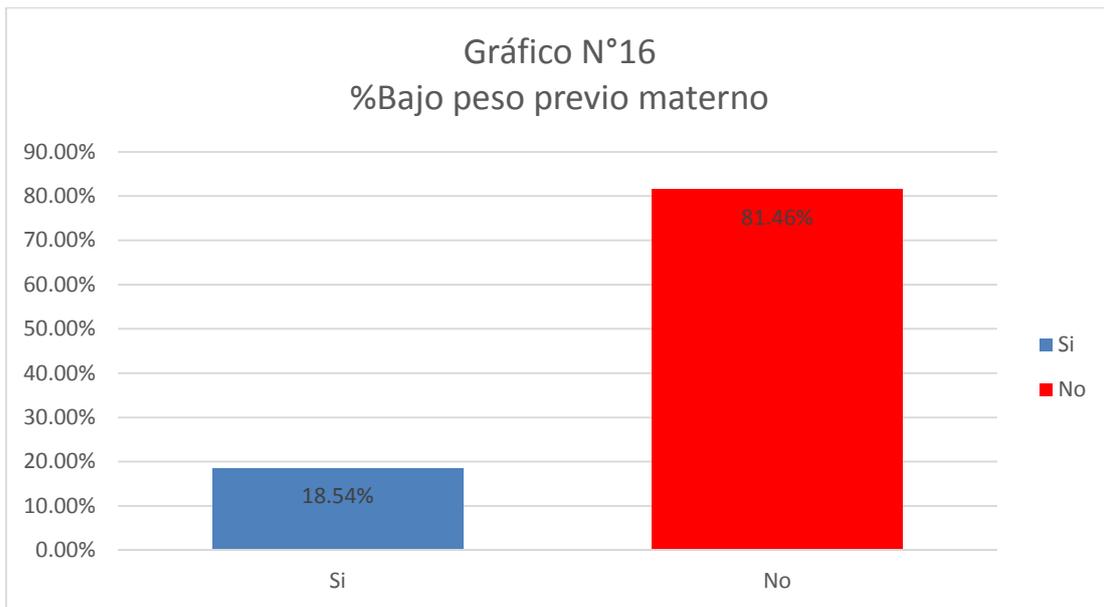


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el ítems si se encuentra pobreza y desventaja sociales se observó bajo qué criterios obtuvieron el seguro integral de salud si tienen en un 5,62% y no tienen en un 94,38%.

**TABLA N° 16**

Bajo peso previo materno		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	18.54%
No	145	81.46%
Total	178	100.00%

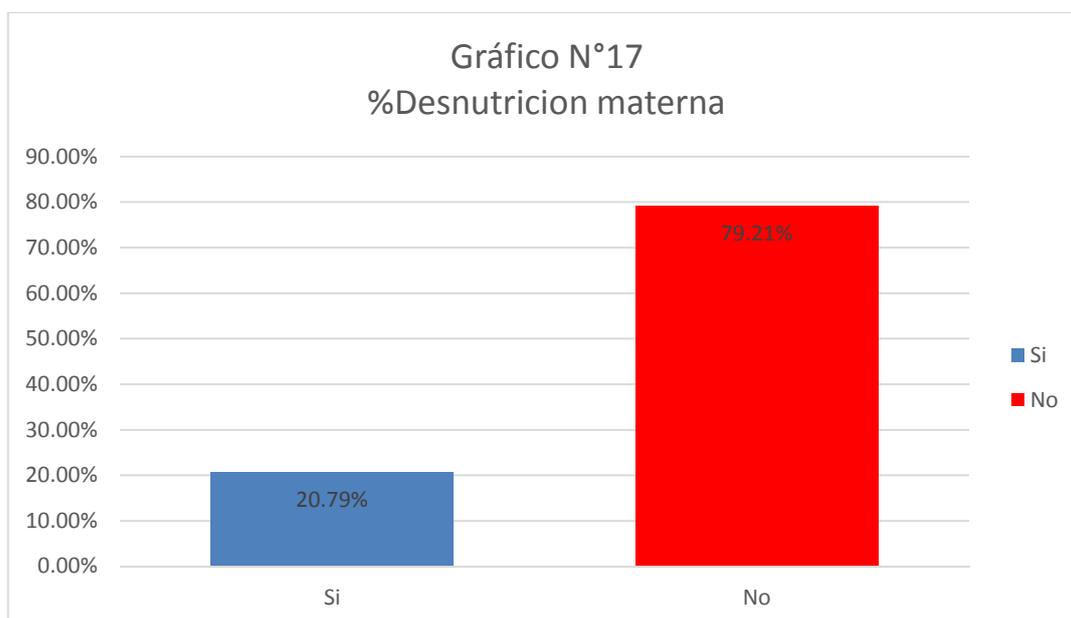


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el ítems si se encuentra con bajo peso previo materno se observó bajo el índice de masa muscular antes de iniciar el embarazo si tienen en un 18,54% y no tienen en un 81,46%

**TABLA N° 17**

Desnutrición materna		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	20.79%
No	141	79.21%
Total	178	100.00%

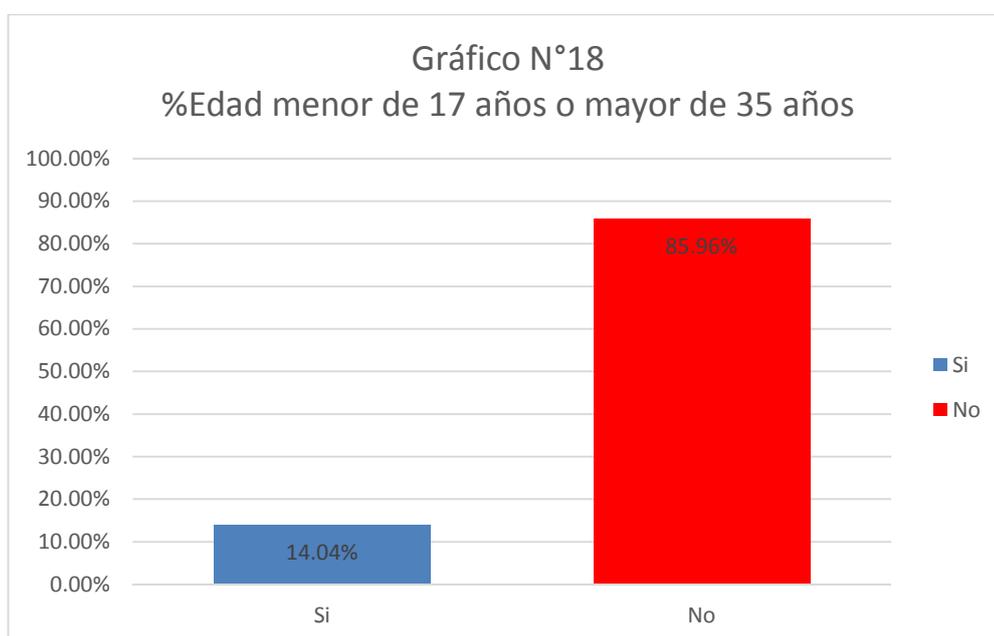


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el ítems si se encuentra con desnutrición materna se observó mediante la información obtenida de la Historia clínica y su anemia reflejada en exámenes de laboratorio si tienen en un 20.79% y no tienen en un 79,21%.

**TABLA N° 18**

Edad menor de 17 años o mayor de 35 años		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	14.04%
No	153	85.96%
Total	178	100.00%

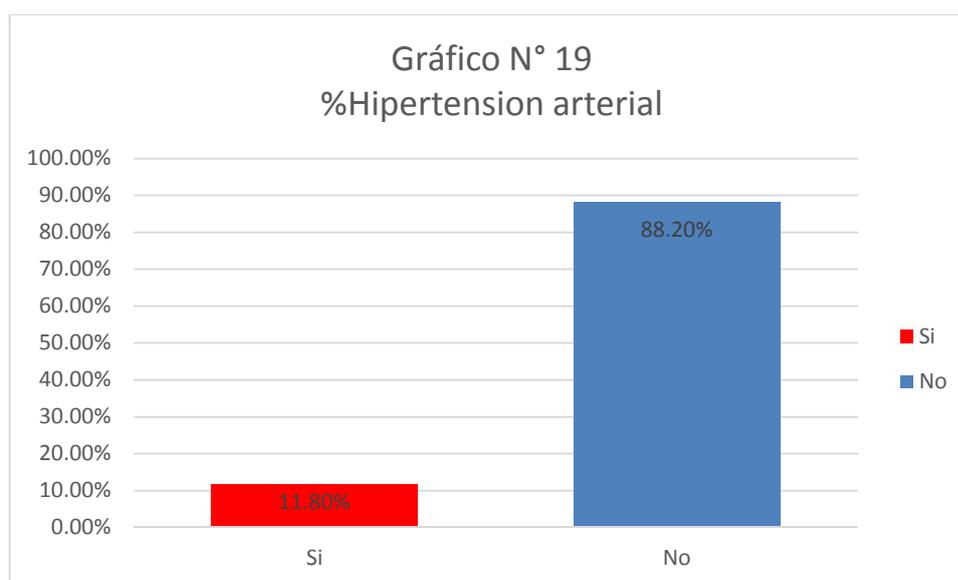


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el ítems si se encuentra con edades extremas se observó que si se encuentran adolescentes y añosas pero solo en un 14.04% y no tienen en un 85,21%.

**TABLA N° 19**

Hipertensión Arterial		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	11.80%
No	157	88.20%
Total	178	100.00%

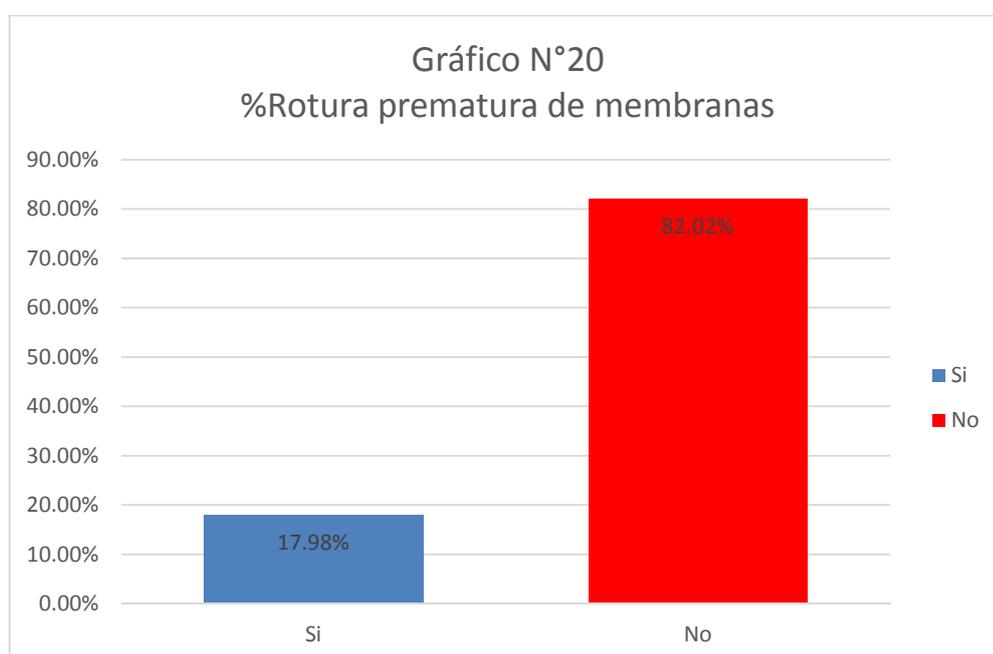


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el ítems si hay hipertensión arterial en un 11.80% y no tienen en un 88,20%.

**TABLA N° 20**

Rotura prematura de membranas		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	17.98%
No	146	82.02%
Total	178	100.00%

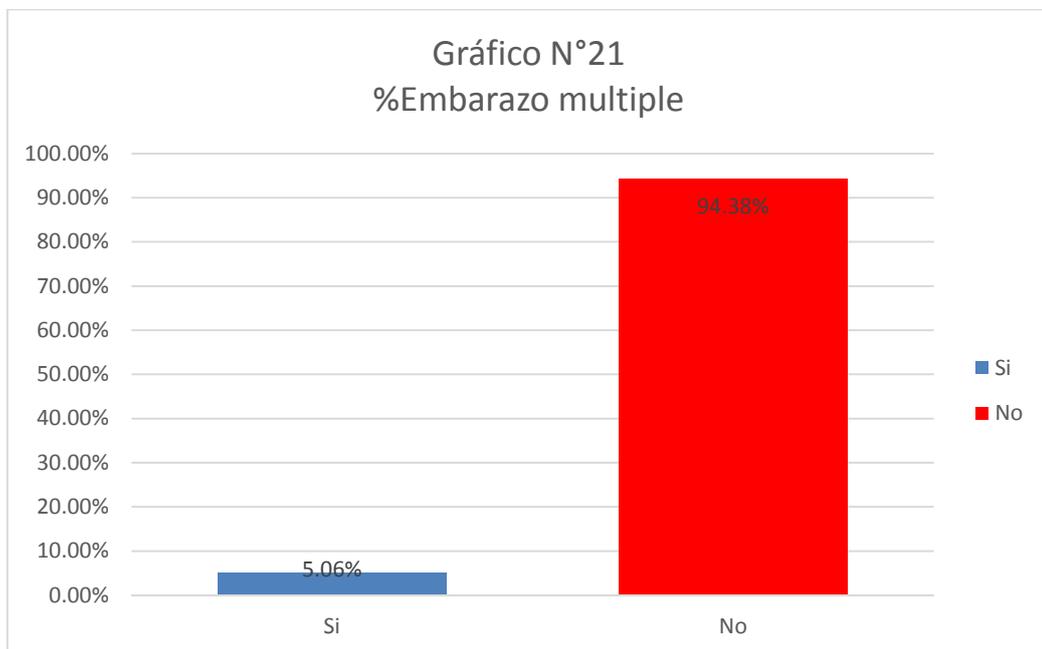


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, según el ítems si hay rotura prematura de membranas en un 17.98% y no tienen en un 82,02%.

**TABLA N° 21**

Embarazo múltiple		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	5.06%
No	169	94.38%
Total	178	99.44%

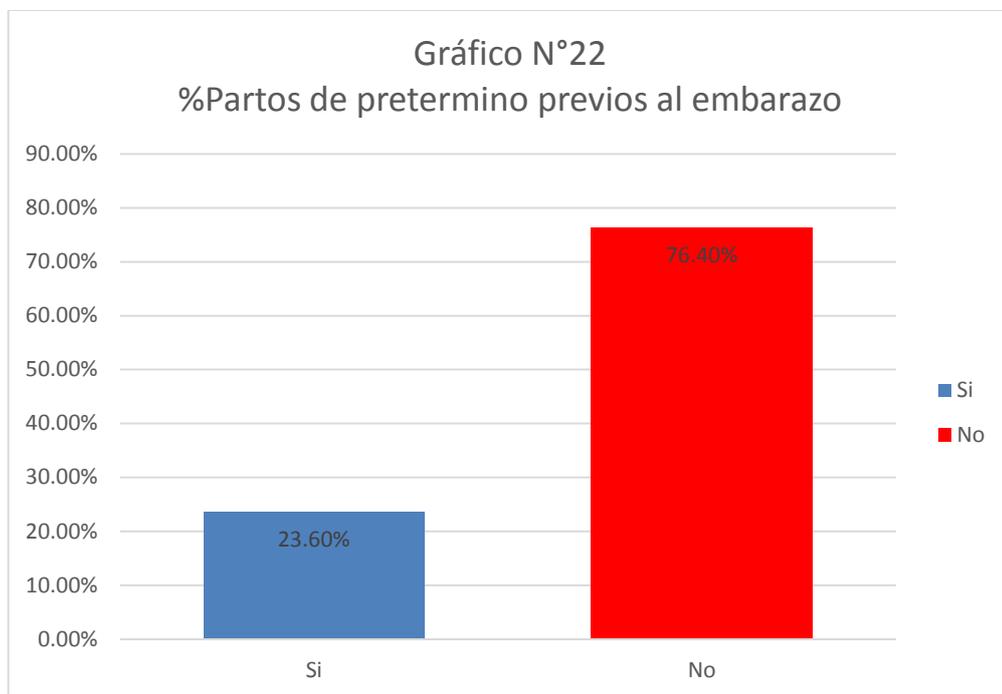


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, los embarazos múltiples también son un factor importante por lo cual se encuentra en un 5,06%.

**TABLA N° 22**

Partos de pretérmino previos al embarazo actual		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	23.60%
No	136	76.40%
Total	178	100.00%

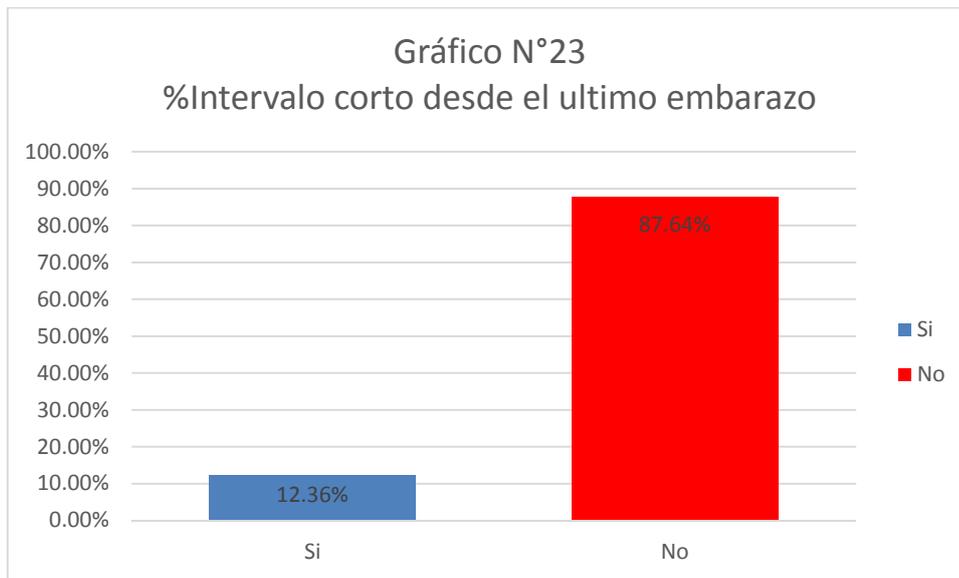


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, el ítem partos pretérmino previo al embarazo se observa que se encuentra en un 23,60%.

**TABLA N° 23**

Intervalo corto desde el ultimo embarazo		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	12.36%
No	156	87.64%
Total	178	100.00%

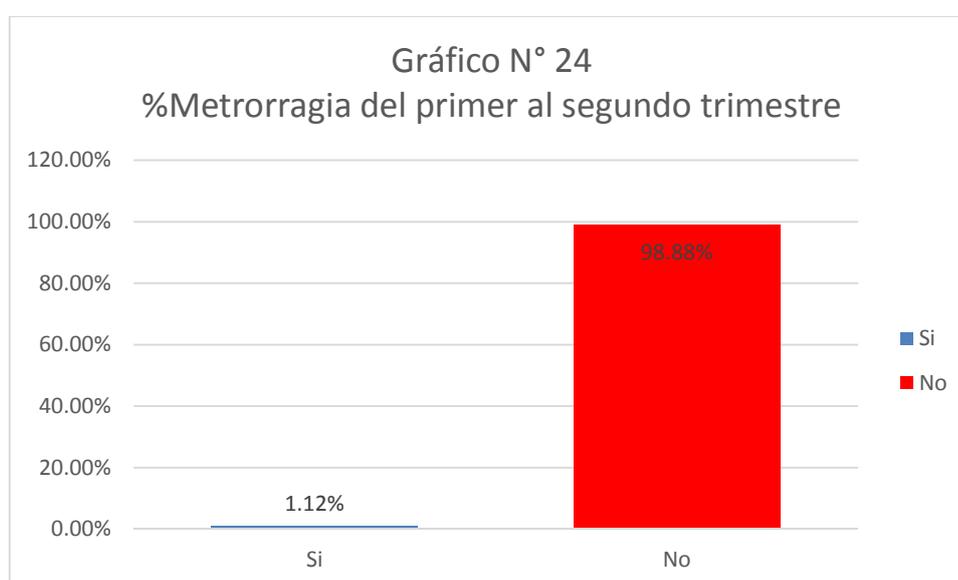


**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, el ítems del intervalo corto desde el ultimo embarazo se observa que se encuentra en un 12,36%.

**TABLA N° 24**

Metrorragias del primero y segundo trimestre		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	1.12%
No	176	98.88%
Total	178	100.00%



**Fuente:** Historia Clínicas de las multigestas con diagnóstico de factores de riesgo de parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Gineco Obstetricia de enero a diciembre del 2014 - 2015.

**Análisis:** Se observa a las pacientes atendidas con el diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Regional de Huacho, el ítem metrorragia del primer al segundo trimestre se observa que se encuentra en un 1,12%.

## 4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. En la investigación realizada se observa que las edades predominantes son de 26 a 35 años a diferencia del trabajo de investigación de Barrera en el cual se encuentra la edad media de 17,3 años (SD= 1,76; rango 14-20); sin embargo también podemos observar en la investigación de Sam y Zatta que con mayor frecuencia se encontró al igual al grupo etáreo de 17 a 19 años, incluso en la tesis realizada por Cuzcano la edad promedio de las gestantes fue  $17.9 \pm 1.3$ , el 80.36%, pero con la investigación García se observó una semejanza de 20 a 35 años fue la mayoría de su población; al igual que el trabajo de Guillen la media de la edad de los casos fue de  $28,7 \pm 7,2$  años y de los controles de  $26,5 \pm 5,6$  años: también se puede obtener una gran similitud con la investigación de Lopez y Botell que las mujeres con edades entre 30-34 años aportaron el mayor número de Recién nacido.
2. Se observó en la presente tesis un 64,6% de pacientes que obtuvieron estudios secundarios; al igual que en la investigación de Cuzcano el 85.71% de las gestantes tuvieron estudios secundarios.
3. Siendo uno de los datos importantes se tomó en cuenta el estado civil de las pacientes siendo en un 68.54% las convivientes, no observándose en otras investigaciones el mismo ítems.
4. Según la ocupación se observó que la gran mayoría son ama de casa en un 78.65%; al igual que en la tesis de Gomez Sanchez Keny hablamos del 96,2% son amas de casa, a semejanza que Tol, Cristobal El 76,51% se dedican a su casa.
5. Se da a conocer a la vez la procedencia en la investigación en un 19,66% es de zona rural y un 89,34% del área urbana, no se mencionaron

estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo importante.

6. Un 76.97% son multíparas al igual que en la investigación de Sam y Zatta la condición de múltipara se observa en un mayor porcentaje.
7. Se observa que el 58,99% tuvieron un control adecuado a diferencia de la investigación de Cruz Trinidad el mayor porcentaje fue control prenatal inadecuado (OR=9.00 e IC95%=1.638-49.446), como también a diferencia de la tesis de Sam y Zatta no obtuvieron control prenatal (OR=11), en la investigación de Barrera sin embargo se observó que tienen controles deficientes en un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles.
8. En un 35.4% se observa uno de los principal factor removible la infección urinaria, también al igual se observa en la investigación de Guillen que las infecciones de tracto urinario se ve el 28%, a semejanza de la investigación de Cruz Trinidad la infección urinaria se observa con mayor porcentaje. Como también en la tesis de Cuzcano el 20.54% presento infección urinaria en algún trimestre de gestación, como también Barrera se observó que el 30,5% de las pacientes tenían infección de vías urinarias, en la tesis de Sam y Zatta se encontró un 18,3% igual de significativo como factor de riesgo.
9. Se da a conocer a la vez las infección ovular fetal en la cual se observa un 5,62% sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo importante.
10. Se observa que el 7,87% ha tenido vaginosis, se observa en la investigación de Guillen que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis con un 32%, al igual que en la tesis de Barrera la vaginosis tiene un porcentaje de 26.7%.

11. Se da a conocer también la insuficiente ganancia de peso en la cual se observa un 27,53% sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo removible importante.
12. Se observa el ítems sobre el trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie en la cual hay un 22,47%; sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo removible importante,
13. Un 17,42% se encuentra hidramnios, sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo removible importante.
14. Se observa la inducción al parto en caso necesario descartando algún problema o una cesárea anticipada en ambos casos se tiene el 19.1%, sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo removible importante.
15. Se toma en cuenta la pobreza y desventajas sociales como un factor no removible en el cual encontramos un 5,62% a diferencia que en el trabajo de Cruz Trinidad el nivel socio-económico bajo se encontró en mayor porcentaje.
16. Un 18,54% de pacientes se encuentran con bajo peso previo materno siendo una cifra considerable y prontamente a disminuir por las atenciones que se realizan de manera integral, sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo removible importante.
17. En desnutrición materna se encontró un 20,79%, para ello se observó la anamnesis bien detallada de la historia clínicas más sobre el análisis dado.

18. Se observa el 14.04% de pacientes se encuentran dentro las edades extremas para de las cuales ingresan a alto riesgo todas, sin embargos los detalles se muestran en la Tabla n°1.
19. Se encontró un 11.80% de las pacientes tuvieron problemas de Hipertensión arterial durante el embarazo, a diferencia de la investigación de Barrera Sánchez donde se encontró pacientes con preeclampsia en un 20%, sin embargo al trabajo de Lopez y Botell en su investigación se encontró el 9,8%, como también en la investigación de Alfredo Ovalle donde se obtuvo un 12% de pacientes con hipertensión arterial y por lo cual se dio en el parto prematuro.
20. Un 17,98% representa las pacientes que llegaron por rotura prematura de membranas, al igual que en la tesis presentada por Cuzcano 12.5% de las gestantes presento ruptura prematura de membranas, como también a semejanza del trabajo de Chira y Sosa la rotura prematura de membranas fue un factor de riesgo con mayor importancia, como también en la investigación de Sam y Zatta la ruptura prematura de membrana tiene un porcentaje alto 32,3%.
21. Se observa un 5,06% de embarazo múltiple como factor de riesgo no removible que también es causa principal de parto pretermino, en el trabajo de Chira y Sosa el embarazo múltiple es una de las causas más predominante con 11,28%, al igual que en la investigación de Sam y Zatta el embarazo múltiple actual representa un buen porcentaje con un 33,28%.
22. Se da a conocer un 23,06% para parto pretermino previo al embarazo actual, lo cual serviría como un antecedente importante, a la vez se encontró también en la investigación de Cruz Trinidad antecedentes de parto pretérmino con un porcentaje de 35,29%, a diferencia que en la tesis

de Cuzcano el 96% no tuvo parto pretermino previo, sin embargo en la investigación de Chira y Sosa el antecedente de parto pretermino fue considerable a su vez en un 2,36%.

23. El intervalo cortó desde el último embarazo o el periodo intergenésico también tiene mucha influencia en los factores de riesgo en un 12,36%; sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo no removible es importante.

24. Un 1,12% se observó que en el primer y segundo trimestre las pacientes sufrieron de metrorragias sin embargo no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo no removible es importante.

FACTORES REMOVIBLES	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Infección Urinaria	63	35.40%	115	64.60%
Insuficiente ganancia de peso	49	27.53%	129	72.47%
Trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie	40	22.47%	138	77.053%
Inducción del parto o cesárea anticipada	34	19.10%	144	80.90%
Hidramnios	31	17.42%	147	82.58%
Vaginosis	14	7.87%	164	92.13%
Infección ovular - fetal	10	5.62%	168	94.38%
FACTORES NO REMOVIBLES	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Partos de pretermino previos al embarazo actual	42	23.60%	136	76.40%
Desnutrición materna	37	20.79%	141	79.21%
Bajo peso previo materno	33	18.54%	145	81.46%
Rotura prematura de membranas	32	17.98%	146	82.02%
Edad menor de 17 años o mayor de 35 años	25	14.04%	153	85.96%
Intervalo corto desde el ultimo embarazo	22	12.36%	156	87.64%
Hipertensión arterial	21	11.80%	157	88.20%
Pobreza y desventajas sociales	10	5.62%	168	94.38%
Embarazo múltiple	9	5.06%	169	94.38%
Metrorragias del primero y segundo trimestre	2	1.12%	176	98.88%

## CONCLUSIONES

- Dentro de los factores de riesgo removibles se encontró a la infección de vías urinarias con un 35.40% siendo marcado y reconocido por no ser tratada oportunamente, la insuficiente ganancia de peso se presenta en un 27.53% siendo de gran importancia para la incidencia de parto prematuro.
- En los factores de riesgo no removibles son los que vienen ya de por sí con la paciente, el parto pretérmino previo al embarazo actual tuvo un 23.60% siendo un factor predominante que se repitan los partos prematuros, el 18.54% se encontró con bajo peso previo materno, pero se reconoce que se encuentra con el peso materno inadecuado, lo cual va ligeramente relacionado a la desnutrición materna en la cual se observó en un 20.79% de gestantes.

## RECOMENDACIONES

- Seguir identificando oportunamente los factores de riesgo removibles para brindar un tratamiento adecuado desde la primera atención prenatal como; la anemia en el embarazo, la infección de vías urinarias, así disminuir el riesgo de parto pretérmino, verificar luego con exámenes posteriores si concurre las mismas infecciones, si no dar alta en su momento. Además brindar en cada control prenatal la consejería nutricional adecuada durante el embarazo, con visitas domiciliarias integrales y sesiones demostrativas para reforzar la alimentación materna.
- En los factores de riesgo no removibles, se debe realizar un seguimiento persistente ya que el antecedente de parto pretérmino es un principal riesgo obstétrico así como la desnutrición materna, por ello se debe realizar un trabajo multisectorial con apoyo de autoridades para la identificación de pacientes de extrema pobreza y poder incluirlos en un programa social de la comunidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Jaramillo Prado, Jhon.** Factores asociados con parto pretermino en el tercer nivel de atención en salud en Manzinales. Julio 2009 – Junio 2010. Rev. Colombia obstétrica ginecológica col.57 n°2 Bogotá June 2010. Pág. 34. 74
2. **Meza Martínez, Jessica.** Factores maternos relacionados con el parto pretermino y su repercusión en el neonato: Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 – 2006 rev. Perú. Obstetricia y enfermería, 2007. Vol. 3 n°2 Pág. 115- 125.
3. **Organización Mundial de la Salud.** Fecha de consulta 15 de abril del 2015  
En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
4. **Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud.** Fecha de consulta 15 de abril del 2015 En línea:  
[http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1817:notaprematuro](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1817:notaprematuro)
5. **Huaroto K, Paucca M, Polo M, Meza J.** Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Revméd panacea. 2013; 3(2): 27-31.
6. **Hospital Regional de Huacho. S.B.S. central de Estadística**
7. **Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R.** Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet; 2008;371:75-84.

8. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** Situación de la salud de las Américas -Indicadores básicos 2002. Representación en México, D.F.: OMS/OPS; 2003.
9. **Fonseca EB.** Progesterone and the Risk of Preterm Birth among Women with a Short Cervix. NEJM. 2007;375 (5):462-9.
10. **GUTIERREZ CRISTOBAL V.** Factores Maternos Asociados A Parto Pretérmino Y Hallazgos En El Neonato En El Hospital Regional De Loreto; 2007.
11. **Barrera Sánchez, L.** Factores asociados al parto pretermino en adolescentes de Tunja, Boyacá, Diversos estudios han comprobado que el embarazo precoz en jóvenes adolescentes se asocia significativamente con el parto pretermino. 2016. Pág. 2- 35.
12. **Tol, Cristóbal.** Infección del tracto urinario en la amenaza del parto prematuro. 2014. Pág. 11 - 24
13. **Zonia Fernández Pérez, Lázaro López Fernández, Lázaro López. Baños.** Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer Policlínico Felipe Ismael Rodríguez. San Antonio de os Baños, Artemisa, Cuba. 2014.
14. **Meléndez, Angela.** Incidencia de amenaza de parto pretermino causado por infección de vías urinarias en el Hospital Materno Infantil Dra: Matilde Hidalgo De Procel, en septiembre del 2012 a febrero del 2013. 2013
15. **Viviana Beatriz Genes Barrios.** Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Paraguay. 2012. pág. 6 - 18

16. **Luis Gustavo García Baños.** Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Policlínico Docente "José Manuel Seguí Jiménez". La Habana, Cuba. 2012. Pág. 6 -26.
17. **José Israel López, Miguel Lugones Botell, Susana María Mantecón Echevarría, Camilo González Pérez, Déborah Pérez Valdés - Dapena** Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer Policlínico Docente "Isidro de Armas". Playa. La Habana, Cuba. 2012. Pag. 8 – 35.
18. **Alfredo Ovalle, Elena Kakarieka, Marcela Díaz, Trinidad García Huidobro M.1, María Jesús Acuña, Carla Morong, Selim Abara, Ariel Fuentes.** Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. 2012.
19. **Cuzcano, Anabel.** Características de las madres adolescentes con parto pretermino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015. Perú. 2016. Pág. 3- 25.
20. **Bethzabe Claudia García Calvo.** “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del año 2015”. Lima 2015.
21. **Juan José Guillén Guevara.** Factores Maternos Asociados al parto Pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. 2015. Pág. 8 - 60
22. **Cruz Trinidad Mari Cinthia,** Factores de riesgo maternos preconcepcional y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. Lima. 2015. Pag.8 – 45.

23. **Solís Granados, Roxana Pilar**, Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014. Lima 2014. Pág. 5 – 52.
24. **Schwartz, Ricardo Leopoldo**. Obstetricia. 6ta edición. Buenos aires: El Ateneo, 2005.p 253-257
25. **José Pacheco Romero**. Ginecología Obstetricia Y Reproducción 2da edición. Lima Repsac, 2007, p 1107-1115.
26. **BENSON PERNOLL**. Manual De Obstetricia Y Ginecología. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana 2012; 10: 259-473.
27. **Cunningham Gary F., Leveno Kenneth J., Bloom Steven L.,Hauth John C, Rouse Dwight J. Spong Catherine**. Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011. Pag. 852
28. **Vallejos Sologuren Carlos**. Guía de prácticas clínica para la atención de emergencias obstetricias según nivel de capacidad resolutive. 1era edición.2007. Lima: Artepress; Pág. 75 -79.
29. **Compendio de Estadística de Hechos Vitales. Perú. 2011**. Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística.
30. **Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar**, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194





## ANEXO Nº 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### “FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN MULTIGESTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2014 - 2015”

Se le solicita brindar datos para la realización del proyecto que tiene como finalidad encontrar los factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en multigestas del Hospital Regional de Huacho los datos brindados serán utilizados de forma estrictamente confidencial.

**FECHA:**

**HC:**

- **Datos generales:**

1. Edad

- 15-19 ( )
- 20-25 ( )
- 26-35 ( )
- 36 a mas ( )

2. Nivel de instrucción

- Analfabeta ( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Técnico ( )
- Universitaria ( )

3. Estado Civil

- Soltera ( )
- Casado ( )
- Conviviente ( )
- Divorciada ( )

4. Ocupación

- Independiente ( )
- Ama de casa ( )
- Empleado ( )
- Estudiante ( )

5. Procedencia

- Rural ( )
- Urbano ( )

6. Paridad

- Nulípara ( )
- Multípara ( )
- gran multípara ( )

7. Control Prenatal

- a. Adecuado ( )
- b. Inadecuado ( )

● **Factores potencialmente removibles durante el embarazo:**

● Infección urinaria.

- a. Si ( )
- b. No ( )

- Infección ovular – fetal.
  - a. Si ( )
  - b. No ( )
  
- Vaginosis (*Gardnerella vaginalis* y *mycoplasma hominis*) e infecciones por *chlamydia trachomatis* y estreptococo grupo B.
  - a. Si ( )
  - b. No ( )
  
- Insuficiente ganancia de peso materno.
  - a. Si ( )
  - b. No ( )
  
- Trabajo con esfuerzo físico o en posición prolongada de pie.
  - a. Si ( )
  - b. No ( )
  
- Incompetencia istmicocervical y acortamiento de cuello uterino.
  - a. Si ( )
  - b. No ( )
  
- Hidramnios.
  - a. Si ( )
  - b. No ( )
  
- Inducción del parto o cesárea anticipada.
  - a. Si ( )
  - b. No ( )

- **Factores no removibles pero controlables durante el embarazo:**

- Pobreza y desventajas sociales.

- Si ( )

- No ( )

- Bajo peso previo materno.

- Si ( )

- No ( )

- Desnutrición materna.

- Si ( )

- No ( )

- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.

- Si ( )

- No ( )

- Rotura prematura de membranas.

- Si ( )

- No ( )

- Embarazo múltiple.

- Si ( )

- No ( )

- Malformaciones y miomas uterocervicales.

- Si ( )

- No ( )

- Partos de pretérmino previos al embarazo actual.
  - Si ( )
  - No ( )
  
- Intervalo corto desde el último embarazo.
  - Si ( )
  - No ( )
  
- Metrorragias del primero y segundo trimestre.
  - Si ( )
  - No ( )
  
- Cirugía genitourinaria y abdominal concomitante con el embarazo.
  - Si ( )
  - No ( )