



**UNIVERSIDAD DE HUANUCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TESIS**

**“ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO  
DESENCADENANTES DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO,  
CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI  
HUANUCO DE JUNIO – NOVIEMBRE 2015”.**

**PARA OPTAR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA**

**AUTORA**

**Obst. Tula Isabel, ORTIZ ALVA**

**ASESOR**

*Dr. Jaime, VALDERRAMA GAYTÁN*

**HUANUCO – PERU  
2018**



JEFA DE LA UNIDAD DE POST GRADO- FACULTAD  
DE CIENCIAS DE LA SALUD



"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

En la ciudad de Huánuco siendo las 11:00 horas del día 25 del mes de Setiembre en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes:

**Presidente** : Dr. Jose Gutarra Vara  
**Secretaría** : Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro  
**Vocal** : Obs. Esp. Mariella Quiroz Tucto

Nombrados mediante Resolución Nº 1541-2016 y 1896-2017-D-FCS-UDH de fecha 06/10/2016 – 27/10/2017 para evaluar la Tesis intitulada: "**ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO, CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – HUÁNUCO DE JUNIO – NOVIEMBRE 2015**", presentado por doña **Tula Isabel ORTIZ ALVA**, para optar el Título de Segunda Especialidad en Obstetricia mención en Alto Riesgo Obstétrico.

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

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobada Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de bueno.

Siendo las 12:10 horas del día 25 del mes de Setiembre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

**PRESIDENTE**  
Dr. Jose Gutarra Vara

**SECRETARIA**  
Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro

**VOCAL**  
Obs. Esp. Mariella Quiroz Tucto

## **DEDICATORIA**

**Dedico este trabajo a Dios por darme  
Una maravillosa familia que me acompaña en  
todo momento, A mi Madre, Mi Esposo y mis  
Hijos**

## **AGRADECIMIENTO**

**Agradezco profundamente a la Universidad de Huánuco  
Mi casa de Estudios.**

**Así mismo mi especial reconocimiento a mis Docentes que impartieron  
los cursos.**

**A mi Asesor Dr. Jaime Valderrama Gaytán por su apoyo en la  
elaboración  
de mi Tesis.**

## INDICE

<b>Dedicatoria</b>	ii
<b>Agradecimiento</b>	iii
<b>Índice</b>	ix
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>Presentación</b>	ix
<b>Introducción</b>	x
<b>1.1 Planteamiento del problema</b>	11
<b>1.2. Formulación del Problema</b>	12
<b>1.2.1 Problema General</b>	13
<b>1.2.2 Problemas Específicos</b>	13
<b>1.3. Trascendencia Teórica, Técnica y Académica</b>	14
<b>1.4. Antecedentes de la Investigación</b>	15
<b>1.5. Objetivos</b>	24
<b>1.5.1 Objetivo General</b>	24
<b>1.5.2 Objetivos Específicos</b>	25
<b>II MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL</b>	
<b>2.1. Antecedentes Históricos</b>	26
<b>2.2. Aspectos Conceptuales o Doctrinarios</b>	27
<b>2.3. Bases Teóricas</b>	36
<b>2.4. Definición Operacional de palabras claves</b>	39
<b>III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
<b>3.1 Método, Nivel de Investigación</b>	41
<b>3.2 Operacionalización de Variables</b>	44
<b>3.3 Técnicas e Instrumentos</b>	45
<b>3.4 Cobertura del estudio</b>	45
<b>IV. RESULTADOS</b>	47
<b>V: DISCUSION DE RESULTADOS</b>	59
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	63
<b>RECOMENDACIONES</b>	64
<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b>	65
<b>Anexos</b>	69
<b>Matriz de consistencia</b>	70
<b>Instrumento de recolección de datos</b>	71

## INDICE DE TABLAS

<b>N°</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
01	Calculo estadístico aplicado al estudio. Estadígrafos de centralización y dispersión. Factores Asociados al Parto Pre término. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	47
02	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término: examen completo de orina. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Enero a Octubre 2015.	48
03	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término: examen de secreción vaginal (clínico/ inspección visual). Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015.	50
04	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término condición socio económica de la gestante. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015.	52
05	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término según edad gestacional. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015	54
06	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término, edad de la madre gestante. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015.	56
08	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término, según estado emocional de la gestante. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015.	58

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>N°</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁG.</b>
01	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término: examen completo de orina. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015.	49
02	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término: examen de secreción vaginal (clínico/ inspección visual). Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015	51
03	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término condición socio económica de la gestante. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015	53
04	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término, según edad gestacional. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015	55
05	Resultados medición de factores de riesgo de amenaza de parto pre término, edad de la madre gestante. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, enero a octubre 2015	57

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como determinar los factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pre término en gestantes atendidas en el C.S. Carlos Showing Ferrari 2015. Se realizó un estudio descriptivo explicativo, analítico, retrospectivo, transversal y cuantitativo, en una población integrada por todos los casos de amenaza de parto pre término atendidos en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco. La muestra lo constituyeron 27 gestantes atendidas por amenaza de parto pre término en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco entre los meses de enero a octubre del año 2015. Se recopiló información mediante una ficha de recolección de datos.

Los resultados de la investigación dieron cuenta de que se identificó como principal causa asociada a la amenaza de parto pre término el hallazgo de laboratorio “positivo” a infección urinaria en un 85.2% a través de un examen completo de orina frente a 14,8% con resultado negativo. Se reporta el hallazgo de un común denominador en la muestra estudiada; donde 96.3% habitan en condiciones de pobreza y 3.7 % en pobreza extrema por lo que encontramos coherencia con la valoración de esta dimensión en el riesgo de parto pre término. Se halló que la edad gestacional de mayor incidencia se registró ente las 29 a 33 semanas Finalmente con respecto a la edad de la madre; la investigación encontró que la mayor incidencia de amenaza de parto pre término se dio en mujeres de edad promedio (20 a 34 años) que constituyeron el 77.8% de la muestra, seguido de adolescentes entre 15 a 19 años y gestantes entre 35 a 45 años.

**Palabra clave:** Parto pre término, infección urinaria, vaginosis bacteriana, edad gestacional, edad materna, nivel socio económico.

## ABSTRACT

The present research is to determine the risk factors triggers preterm labor in pregnant women at the CS Carlos Ferrari 2015. Showing an explanatory, analytical, and retrospective quantitative descriptive study, in a composed of all cases of threatened preterm labor treated at the Centro de Salud Carlos Ferrari Showing population - Huánuco. The sample was constituted by 27 pregnant women served by threat of preterm birth in the health center Showing Carlos Ferrari - Huánuco between January and October 2015. Information was collected through a form of data collection.

The results of the research realized that was identified as the main cause associated with preterm labor threat finding "positive" laboratory urinary infection in 85.2% through a complete urine test versus 14.8% with negative results. The finding of a common denominator in the sample reported; where 96.3% live in poverty and 3.7% in extreme poverty so they are consistent with the assessment of this dimension in the risk of preterm delivery. It was found that the gestational age of highest incidence being registered 29 to 33 weeks Finally regarding the age of the mother; the research found that the higher incidence of preterm delivery threat occurred in women of average age (20-34 years) accounted for 77.8% of the sample, followed by adolescents aged 15 to 19 years and pregnant women between 35 to 45 years.

**Keyword:** preterm birth, urinary tract infection, bacterial vaginosis, gestational age, maternal age, socioeconomic level.

## PRESENTACIÓN

El presente estudio parte de la premisa de que la prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal, constituyendo actualmente uno de los problemas más severos de la asistencia perinatal.

Así mismo se planteó conocer los factores de riesgos asociados al trabajo de parto pre término en las gestantes que fueron atendidas en el C.S. Carlos Showing Ferrari durante el año 2015.

La investigación está ordenada como sigue:

- I. Introducción, conteniendo el planteamiento y la formulación del problema, trascendencia de tipo teórica, técnica y académica, así como los antecedentes y objetivos de la investigación.
- II. Correspondiente a las referencias teóricas de antecedentes históricos, aspectos conceptuales y doctrinarios, bases teóricas y definición operacional de palabras claves.
- III. Correspondiente al planteamiento metodológico de la investigación; considerando el método, nivel de investigación, operacionalización de las variables, técnicas e instrumentos y cobertura de estudio.
- IV. Las secciones IV, V y VI corresponden a los resultados, discusión y conclusiones – recomendaciones respectivamente.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el parto prematuro se presenta entre las 22 semanas hasta las 36 semanas gestacionales.

La importancia del parto pre término se basa en que es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal

Aun cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbimortalidad neonatal muestra una tendencia descendente, gracias al progreso científico que se ha logrado, en la atención hospitalaria de neonatos prematuros.

Según el Ministerio de Salud (2015), el 93.5% de los partos registrados culminaron a término, el 6.5% fueron pre término y el 0.1% se dieron durante el periodo pos término. En ese contexto, la evolución y sobrevivencia de los bebés prematuros está íntimamente ligada al uso de la tecnología, por lo que la morbilidad de bebés prematuros es menor en los países desarrollados.

Se hace evidente la necesidad de mejorar aspectos de prevención para reducir el nivel de riesgo de desencadenarse un parto pre término. De allí que el presente trabajo focalizara su interés en identificar y valorar dichos factores en la territorialidad de las pacientes gestantes, usuarias de servicios de atención de la salud en el Centro de Salud: Carlos Showing Ferrari, del distrito de Amarilis, departamento de Huánuco.

## 1.1 Planteamiento del Problema

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa que puede asociarse a la muerte de niños menores de cinco años. (1)

Se estima que anualmente nacen en el mundo aproximadamente 15 millones de bebés antes de concluir el periodo gestacional, esta estadística es de importancia mundial debido a que representa, más del 10% de cada 10 recién nacidos. Esta problemática de morbilidad está asociada a que aproximadamente cada año, un millón de niños prematuros mueran debido a complicaciones en el parto. (2)

Respecto a este problema; el informe “Nacido demasiado pronto” (OMS), dado a conocer en el año 2012, alerta sobre el incremento del número de nacimientos prematuros en los últimos 10 años señalando que la condición de nacer antes de la semana 37 de gestación, incrementa la vulnerabilidad de los nacidos.

Un aspecto a destacar del informe corresponde a que se identifica que en función del lugar donde hayan nacido los bebés en condición de prematuridad, existen notorias diferencias estadísticas respecto a la supervivencia. Más del 90% de niños prematuros nacidos en países de vías de desarrollo, con una edad gestacional menor a las 28 semanas de gestación (prematuros extremos), fallece durante los primeros días de vida; en tanto que, en los países desarrollados la mortalidad de los bebés de la misma edad gestacional desciende por debajo del 10%. Más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, sin embargo expresan un verdadero problema mundial.

Se estima que en los países en vías de desarrollo, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países desarrollados,

por lo que se concluye en que la condición económica de las familias influye en el nivel de riesgo de ocurrir un parto prematuro. (3)

Este contexto pone de manifiesto que el empleo deficiente de los avances tecnológicos, en servicios prestacionales de salud materno neonatal, en entornos de ingresos bajos y medios, debido a la insuficiente inversión económica; está provocando una mayor carga de discapacidad entre los bebés prematuros que sobreviven al periodo prenatal.

Por su parte, en el Perú, el MINSA (2016), a través del Boletín estadístico de nacimientos (2015); informó que durante el año, a nivel nacional, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació pos término (>42 semanas). Respecto al parto, la misma fuente señala que durante el 2015 el 98% de las mujeres gestantes dieron a luz un solo producto, (partos únicos)- El 2% de gestantes en esta misma condición, tuvieron partos múltiples. (4)

## **1.2 Formulación del problema y alternativas o planteamientos**

Frente a la problemática sanitaria del parto pre término, es imperiosa la necesidad de identificar – en el contexto territorial – los factores que están asociados a este hecho, a fin de tomar las medidas de prevención y manejo clínico de los casos que permitan a los bebés prematuros recuperarse satisfactoriamente minimizando la vulnerabilidad que comprometa su vida.

En la región de Huánuco, el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, ubicado en el distrito de Amarilis y perteneciente a la Red de Salud Huánuco; ha registrado casos de ingresos hospitalarios por amenaza de parto pre término concluidos muchos de ellos en un parto pre término, (5).

Ciertamente la población usuaria del E.S. corresponde a estratos pobres y pobres extremos en quienes, por esa particularidad, es también necesario precisar los aspectos de riesgo asociados al parto pre término, lo que nos lleva a formular la siguiente interrogante:

**Problema General:**

¿Cuáles son los factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pre término en gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari durante el año 2015?

**Problemas Específicos:**

- ¿Cuál es el hallazgo de laboratorio asociado al trabajo de parto pre término en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – durante el año 2015?
- ¿Cuál es la condición económica de las gestantes, con amenaza de parto pre término, atendidas en el Centro de Salud durante el año 2015?
- ¿Cuál es la edad gestacional de los casos atendidos por trabajo de parto pre término en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – durante el año 2015?
- ¿En qué grupo etareo de gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, durante el año 2015, se registró mayor casuística de amenaza de parto pre término?

### **1.3 Trascendencia teórica, técnica y académica (justificación y trascendencia)**

La investigación aborda la temática del parto pre término por constituirse en una creciente casuística local en las atenciones realizadas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari del distrito de Amarilis, departamento de Huánuco. Se plantea identificar los factores asociados a dicha problemática, considerando que la población usuaria de dicha institución, pertenece a la condición social de pobreza y pobreza extrema.  
(5)

Los hallazgos de la investigación permitirán identificar dicha condición y estimamos que ello puede contribuir a tomar medidas a ser incorporadas en los criterios del control pre natal para mejorar los cuidados pre conceptuales y reducir dichos riesgos, por otro lado se constituirá en un importante aporte para identificar aspectos referidos a hallazgos de laboratorio respecto a agentes infecciosos en las gestantes.

Explorar en los criterios asociados a la ocurrencia de trabajo de parto en gestaciones pre termino aporta académicamente pues de la mano con los avances en obstetricia y laboratorio se espera poder ampliar el sentido de búsqueda de la etiología y diagnostico pertinente de este problema que pone en riesgo la vitalidad del que está por nacer. La investigación busca poner en cuenta de avances últimos que desencadenan el cuadro objeto de estudio.

## 1.4 Antecedentes de la investigación

### Internacionales:

- En Chile, 2012. Ovalle Alfredo, Kakarieka Elena, Rencore Gustavo, Fuentes Ariel, Del Río María, Morong Carla y Benítez Pablo; realizaron el estudio titulado: “Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital Público de Santiago”. (6)

Empleando un estudio de tipo retrospectivo, tomando como objeto de estudio los partos prematuros que ocurrieron entre 22 y 34 semanas de gestación; con consiguientes recién nacidos únicos, vivos o muertos, a los que se les realizó el análisis histopatológico placentario.

Los hallazgos del estudio identificaron como antecesoros de la ocurrencia de los partos prematuros lo siguiente:

- a. Partos espontáneos, con rpm o con membranas intactas.
- b. Partos por prescripción médica debido a una patología materna, fetal/ovular.

Sobre esa base concluyeron en:

1. El 69 % correspondieron a nacimientos prematuros espontáneos nacidos durante las 22 a 34 semanas, en tanto que los nacimientos por indicación médica fueron 31%.
2. La frecuencia de parto espontáneo se caracterizó porque ocurrió a menor edad gestacional, media 29,5 vs 31,1 semanas  $p < 0,01$  y más frecuentemente bajo las 30 semanas 43,2% vs 28,3% que el parto indicado  $p < 0,01$ .
3. La incidencia de infección bacteriana ascendente (IBA) fue de 51% correspondiente a un  $p$  valor  $< 0,0001$  en los nacimientos

espontáneos. La hipertensión arterial fue de 74% (pre eclampsia) 62,2% correspondiente a un p valor  $< 0,0001$  en los partos indicados.

4. La prematurez fue mayor en los partos indicados 98,4% que en los espontáneos 85%, con un p valor  $< 0,001$ . Los casos de anomalías congénitas se dieron más frecuentemente en la gestantes añosas 15,2%, con un p valor  $< 0,03$ ). En el caso de la pre eclampsia fue mayor en mujeres entre 20 y 34 años 23,6% con un p valor  $< 0,05$ ).
5. La hipertensión crónica fue más frecuente en mujeres con más de 35 años 9,8% ( p  $< 0,01$ . Por su parte, la IBA, otras patologías maternas, infecciones transplacentarias y problemas placentarios, se registraron indistintamente durante el proceso gestacional. La IBA y la patología placentaria tuvieron mayor incidencia en los nacimientos espontáneos. La toxemia en el embarazo (pre eclampsia) ocurrió más frecuentemente en los partos indicados médicamente.
6. La Infección bacteriana ascendente. IBA se presentó más frecuentemente en el embarazo menor de 30 semanas 52,2% p  $< 0,0001$ ; mientras que la pre eclampsia y las patologías placentarias; se presentaron más frecuentemente en los embarazos mayores de 30 semanas: 24,4% p  $< 0,02$ .
7. La hipertensión arterial (mayoritariamente pre-eclampsia severa) fue muy usual en los nacimientos indicados de esta serie (74%) y entre las 30 y 34 semanas de gestación. Así mismo, el parto antes de tiempo se debió al riesgo materno fetal

y la obesidad, no medida en este grupo, puede asociarse al aumento de la hipertensión arterial encontrada.

8. Finalmente, la anomalía congénita, (habitualmente no cromosómica), de causa multifactorial, se presentó tuvo mayor incidencia en las gestantes tardías con parto prematuro espontáneo.

- En Argentina, 2013. Alonso y cols a través de la investigación sobre: “Prematurez y su asociación con la edad materna en el Hospital San Juan Bautista de Corrientes” (7); con el propósito de evaluar la incidencia de prematuridad; neonatal relacionándola con la edad materna; y considerando la ausencia del padre como factor de riesgo.

A través de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo; identificó los siguientes hallazgos:

1. De 632 nacidos vivos: 143 fueron hijos de mujeres <19 años. La diferencia: 402 nacidos vivos fueron de mujeres entre 20 y 34 años y 87 nacidos vivos fueron hijos de mujeres >35 años.
2. 113 nacidos vivos fueron prematuros: 32 de madres <19 años, 64 nacidos vivos de mujeres entre 20 y 34, y 17 nacidos vivos de mujeres > o = 35 años.
3. 22% de madres <19 años; tuvieron niños prematuros.
4. 7% de madres entre 20 y 34 años, tuvieron recién nacidos pre término.
5. 36.78% de madres >35, tuvo recién nacidos pre término.

6. El riesgo relativo fue de 5,14 para madres mayores de 35 años y 3,14 para madres menores de 19 años.

7. 411 tuvieron a los padres presentes y 16,55% fueron niños prematuros, 20,45% no lo presentaban. El riesgo relativo referido a la “presencia del padre” fue de 0.8.

**El estudio concluyó en:**

1. El mayor riesgo de tener un prematuro se registró en mujeres >35 años, y <19 años. Se registró menos prematuros; en madres entre 20 y 34 años.

2. No se identificó asociación entre la “ausencia del padre” con la prematuridad.

El estudio resaltó la necesidad de orientar la educación prenatal hacia el grupo de riesgo, o sea madres de más de 35 años, donde se vio la mayor frecuencia.

- En España, 2012. Abehsera, Daniel; en la investigación titulada: “Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretérmino. Impacto de la amniocentesis diagnóstica en la conducta obstétrica”; (8), realizó un análisis prospectivo de amniocentesis en 45 casos de gestantes de menos de 33 semanas (37 embarazos únicos y 8 embarazos gemelares), ingresadas con signos y síntomas clínicos de APP y/o RPM).

La investigación concluyó en:

1. El agente etiológico de infección intraamniótica más frecuente en casos de APP y RPM, pretérmino es la bacteria *Ureaplasma urealyticum*.
  2. Dentro de la población de riesgo seleccionada, se observó en más del 75%, la aparición indefectible de signos y síntomas de amenaza de parto pretérmino y/o rotura prematura de membranas pre término.
- En México, 2007 Romo Laris, Pedro, en el estudio de tesis titulado: "Factores de riesgo en pacientes con APP" (9), realizó un estudio transversal analítico; evaluó un total de 617 pacientes entre 14 a 40 años con embarazo de 21 a 37 semanas, usuarias del servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario.

Aplicó un cuestionario explorando en el antecedente de PP, la edad, estado civil, grado de escolaridad, relaciones sexuales durante el embarazo, infección urinaria y vaginitis cervical.

El estudio concluyó en:

1. Los factores de riesgo: Contractilidad uterina, sangrado transvaginal dilatación cervical, y RPM, fueron los más relacionados con el parto pre término.
- En Ecuador, 2013. Olaya Guzmán Rudy; en la tesis titulada: "Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstetrico "Enrique C. Sotomayor" en el periodo de septiembre del

2012 a febrero del 2013”; (10); para determinar los factores de riesgo que desencadenan el trabajo de parto pre término, en mujeres embarazadas adolescentes primigestas; empleando un estudio con diseño experimental y de tipo descriptivo, retrospectivo empleando una muestra de 120 pacientes adolescentes (de 14 a 19 años de edad).

El estudio concluyó en:

1. 73% de casos trabajo de parto pre término se registró en gestantes de 18 a 19 años de edad.
  2. En un 65% presentaron más de 6 controles prenatales.
  3. En un 73%, la procedencia de las adolescentes embarazadas fue del área urbana.
  4. El nivel de instrucción secundaria fue del 93% de las gestantes.
  5. Se identificó 61% de infección de vías urinarias (IVU) y 23% de anemia.
  6. 42% presentaron preeclampsia y 38% trastornos del líquido amniótico.
  7. 73% de las pacientes fueron cesareadas.
- En Honduras, 2012. García, Fany; Pardo Fabian y Zuniga Carlos; en la investigación titulada: “Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira – Honduras” (11); realizó un estudio para identificar factores asociados al parto prematuro.

A través de un estudio de cohorte prospectivo, con un universo de 8,148 mujeres gestantes reportadas por 87 centros de salud; seleccionó una muestra 367 mujeres embarazadas.

Los hallazgos del estudio fueron:

1. 8% de gestantes presentaron parto prematuro con una media de 34 semanas de gestación.
2. 80% de gestantes tuvo parto institucional (8% fueron partos prematuros)
3. 20% fueron partos extra hospitalarios (7%).
4. 30% de gestantes eran mayores de 35 años.
5. 88% de las gestantes eran amas de casa.
6. 89% eran casadas o en unión libre.
7. 66% del total de mujeres con parto prematuro registraron bajo nivel de escolaridad y con parto a término 57%.
8. 37% tenían una paridad de 4 y más hijos y en las mujeres con parto a término; fue de 19%.
9. 1% presentó antecedentes de enfermedades crónicas y 2% embarazo múltiple.
10. 30% de partos prematuros en acabo en muerte perinatal y 2%. Fueron a término.

El estudio concluyó en:

1. La bacteriuria, escasas controles prenatales y la multiparidad se asocian al parto prematuro.

### **Nacionales:**

- Carpio Fernando. 2013; en la tesis titulada: “Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque”; (12); empleando un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles. Empleó 2 grupos: Grupo Casos, integrado por 35 partos pre término y Grupo Control integrado por 35 partos a término.

Los hallazgos dieron cuenta de que:

1. El antecedente de parto pre término ( $p = 0,0479549$ ; OR 7,03), control prenatal  $< 6$  ( $p = 0,0418812$ ; OR 4,89), el DPP ( $p = 0,0252295$ ; OR 8,5), la vaginosis bacteriana ( $p = 0,0105826$ ; OR 4,07) y la ITU ( $p = 0,0301523$ ; OR 2,97) se asociaron al desarrollo de parto pre término.

El estudio concluyo en:

Los antecedentes de PP, insuficiente control de la gestación, DPP, vaginosis bacteriana e ITU; elevan el riesgo asociados al desarrollo de parto pre término.

- Parra Fernando, 2012; en la tesis titulada: “Factores de riesgo asociados a parto pre termino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2010 - 2012” (13); realizó una investigación para determinar el riesgo materno, fetal y socio demográfico, asociado al parto pre término, empleó un estudio retrospectivo de casos y controles, con una población de 416 casos de gestantes con parto de recién nacido vivo pretérmino; obtuvo una muestra de 200 y 400 casos controles.

Los hallazgos de la investigación permitieron concluir en:

1. Los factores asociados al parto pretérmino fueron la edad materna  $< 18$  años, el antecedente de PP, período intergenésico  $< 2$  años, ganancia de peso mayor de 8kg, pre eclampsia, RPM, embarazo multiple, estado civil soltera y esfuerzo físico por la actividad agrícola.
- García Betzabé. 2015, en la tesis titulada: “Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pre termino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “San Bartolomé” Lima; (14); empleando un estudio de tipo cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, no experimental y con una muestra de dos grupos:

Grupo casos conformado por 30 puérperas de parto pretérmino y el grupo control conformado por 30 puérperas de parto a término.

Los hallazgos del estudio fueron:

1. Se identificó como factor de riesgo de parto pre término que la gestante sea menor de 19 años con un  $p=0.048$ ;  $OR=3.86$ . Más no en el segmento de 20 a 35 años con un  $p=0.006$ ).
2. No se identificó relación entre antecedentes de aborto y parto pre término ( $p>0.05$ ).

El estudio concluyó en:

1. La gestación en mujeres menores de 19 años se asocia al parto pre término.
2. La edad con mayor factor protector correspondió al segmento entre 20 a 35 años.

### **Regionales:**

- Ordoñez, Sonia, 2015; en la tesis titulada: “Relación entre la infección urinaria en gestantes y la prematuridad de neonatos del servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco” (15); realizó un estudio analítico correlacional, evaluando 221 historias clínicas de neonatos del servicio de Neonatología, para lo cual empleó como instrumentos una ficha y una guía de observación en la recolección de los datos.

Para el análisis inferencial empleó la prueba de Chi Cuadrado con una significancia de  $p\leq 0,05$ ; a través del SPSS Versión 20.0 para Windows.

Los resultados del estudio identificaron:

1. La incidencia de ITU durante la gestación fue de 70,6%.
2. La incidencia de bacteriuria asintomática fue de 41,6%.
3. La incidencia de cistitis aguda fue de 14,1%.
4. La incidencia de pielonefritis aguda fue de 14,9%.
5. La incidencia de prematuridad fue de 53,9%
6. Existe relación significativa entre la ITU y la prematuridad neonatal: [X<sup>2</sup> = 7,104 y p = 0,008],
7. Existe relación entre la pielonefritis aguda y prematuridad en neonatos [X<sup>2</sup> = 10,568 y p = 0,001]. No se encontró relación entre bacteriuria asintomática y prematuridad neonatal [X<sup>2</sup> = 1,150 y p = 0,284]. No se encontró relación entre cistitis aguda y la prematuridad neonatal [X<sup>2</sup> = 0,732 y p = 0,392].

El estudio concluyó en:

1. La ITU en gestantes está relacionada a la prematuridad neonatal en los casos identificados.

## **1.5 Objetivos:**

### **Objetivo General:**

Determinar los factores de riesgos desencadenantes del parto pre término en gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, durante el año 2015.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar el hallazgo de laboratorio asociado al parto pre término de los casos atendidos en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco, durante el año 2015.
- Identificar la condición socio económica de las gestantes atendidas por amenaza de parto pre término en el Centro de Salud, durante el año 2015.
- Determinar la edad gestacional de los casos atendidos por trabajo de parto pre término en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco, durante el año 2015
- Identificar el grupo etareo de gestantes atendidas en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, durante el año 2015, que registró mayor casuística de amenaza de parto pre término.

## II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 2.1 Antecedentes Históricos

Desde el siglo pasado, la edad gestacional, ha sido un criterio para establecer una relación respecto a la condición de los bebés recién nacidos y la morbilidad (21).

Inicialmente se planteó considerar como bebés prematuros a los neonatos nacidos antes de cumplir 36 semanas de gestación; posteriormente el médico Budín, se refirió al peso considerando como prematuros a aquellos bebés nacidos que registran menos de 2,500 gramos al nacer y como un bebé a término quienes presentan al nacer un peso mayor. (21)

En 1920 Streeter y posteriormente en 1929 Scammon y Calkins, señalaron que los bebés homigénitos (hijo de madre que presenta toxemia con hipoxia crónica), el peso durante la gestación puede presentar un incremento, lo que ameritó contar con tablas de seguimiento y control del crecimiento fetal en los recién nacidos vivos. (22)

Gómez-Gómez M. (1990), (23), hace referencia a una clasificación de prematuridad como sigue:

- Grupo I: Bebés nacidos con menos de 1,500 gramos, situación que se asocia a alta tasa de mortalidad.
- Grupo II: Bebés con menos de 1,500 a 2,500 gramos.
- Grupo III: Bebés con más de 2,500 gramos.
- Grupo IV: Bebés a término; pero pequeño para su edad de gestación.

- Grupo V: Bebés a término con peso adecuado, los de peso mayor y los pos término.

Esta clasificación ciertamente, en su momento, no reparó aun, en los rangos fisiológicos de crecimiento en cada semana de gestación, por lo que no fue funcional para identificar a prematuros pequeños ni a los de mayor peso. (24)

La misma fuente identifica como predictor de trabajo de parto pre termino el mal desarrollo reproductivo anterior, en el caso de gestantes con el antecedente de parto anterior. Sin embargo en el vaso de las primigestas, el criterio señalado no era de utilidad. (24)

## 2.2 Aspectos Conceptuales o doctrinarios

### Clasificación del recién nacido (25)

**Parto inmaduro:** Aquel que se desencadena entre las 22 a 28 semanas de gestación.

**Parto de Pretérmino o Prematuro (PPT):** Es produce antes de cumplir las 37 semanas de gestación.

**Parto prematuro tardío:** Se produce entre las 32 y 36 semanas de gestación.

**Amenaza de Parto Prematuro (APP):** Inicia con contracciones uterinas entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación que evoluciona con membranas intactas, actividad uterina de 4 en 20 min./ 8 en 60 min., de 30 segundos de duración, borramiento cervical de 50% o menos y dilatación igual o menor a 2 cm.

**Trabajo parto prematuro (TPP):** Inicia con dinámica uterina de 4 en 20 min./8 en 60 min; 30 segundos de duración, borramiento del cérvix mayor al 50%, dilatación de 4 cm o más, borramiento de 80% y dilatación de 2 cm o más.

**Prematuridad extrema:** El nacimiento ocurre antes de las 28 semanas de gestación.

**Prematuridad severa:** El nacimiento ocurre entre las 28 y < 32 semanas. de gestación.

**Prematuridad moderada:** El nacimiento ocurre entre las 32 y antes de las 34 semanas.

**Prematuridad leve:** El nacimiento ocurre entre 34 y 36 semanas de gestación.

**Pequeño para la edad gestacional (PEG):** Es el recién nacido que pesa menos de percentil 10 para la edad gestacional.

**Grande para la edad gestacional (GEG):** Es el recién nacido que pesa al nacer mayor al percentil 90 para la edad gestacional.

**Apropiado para la edad gestacional (AEG):** Es el recién nacido que pesa entre los percentiles 10 y 90.

**Peso bajo al nacer:** Es el recién nacido que pesa entre 1500 a 2500 gr.

**Peso muy bajo al nacer:** Es el recién nacido que pesa entre 1000 a 1500 gramos.

**Peso extremadamente bajo:** Es el recién nacido que pesa entre 500 a 1000 gramos.

**Rotura prematura de membranas (RPM):** Implica la pérdida de las membranas ovulares antes del parto. El líquido amniótico (LA), sale abriendo una puerta de comunicación entre la cavidad amniótica, el canal endo cervical y la vagina. Normalmente esto debe darse fisiológicamente después de las 37 semanas. Cuando ocurre antes se clasifica como RPM pre término (RPMP).

**Amenaza de parto pre término (APP), (25).** Se caracteriza por ser un proceso clínico sintomático que puede desencadenar un parto antes de las 37 semanas completas de gestación, comprometiendo el bienestar del producto de la gestación.

Estas dos entidades clínicas pueden desencadenar un parto pre término. La amenaza de parto pre término debe ser tratada con tocolíticos. En el caso de la RPMP, esta consecuentemente puede dar lugar a una APP, debiendo ser necesario concluir con la gestación.

Estas dos entidades son síndromes que pueden responder a diversas etiologías, por lo que el tratamiento debe ser sintomático.

La corioamnionitis subclínica es una infección que ocupa un puesto destacado como noxa conocida de la APP y la RPMP, sin embargo es debe ser oportuno.

En los países desarrollados el pronóstico de la vitalidad fetal ha registrado mejoras importantes, gracias al empleo de corticoides prenatales para favorecer la maduración de los pulmones del feto. Así

mismo se ha dado importantes avances en los cuidados intensivos neonatales hospitalarios.

Se estima que cuanto más pueda prolongarse la gestación, mejora consecuentemente la vitalidad fetal. Al llegar a las 23 semanas de gestación, la supervivencia feral alcanza tan solo un 24%, aumentando a 57% a las 24 semanas y a 74% en la semana 25 de gestación.

La prematuridad extrema está más vinculada al riesgo de mortalidad neonatal. Hoy en día se ha identificado como causas de morbilidad y mortalidad neonatal en recién nacidos pre término el síndrome de distrés respiratorio (SDR), la hemorragia intraventricular (HIV) y la enterocolitis necrotizante (NEC). Sin embargo, el nivel de riesgo decrece su incidencia en el neonato conforme evoluciona la gestación. Hacia las 30-32 semanas de gestación la incidencia de HIV y de NEC prácticamente desaparecen.

El riesgo de Síndrome de Distres Respiratorio, también disminuye conforme evoluciona la gestación y está relacionado a secuelas como displasia broncopulmonar (DBP), parálisis cerebral, déficit cognitivos - sensoriales y malabsorción intestinal.

El desencadenamiento del trabajo de parto pre término está asociado fisiológicamente a que el eje hipotálamohipófiso-suprarrenal se activa prematuramente en la madre bien o en el feto. Esto puede estar asociado a su vez a aspectos de estrés materno, físicos o psicológicos.

En el caso del feto, puede estar asociado a estrés generado por la presencia de vasculopatía útero-placentaria y esto a su vez puede estar asociado al aumento de la producción placentaria con liberación de

hormona liberadora de corticotropina (CRH); así como al aumento de la liberación de corticotropina en la hipófisis fetal.

Se ha identificado que esto podría estimular la producción placentaria de compuestos estrogénicos y consecuentemente activar el miometrio iniciando así el trabajo de parto.

Paralelo a ello, la producción de CRH a nivel placentario estimula la liberación de ACTH en la adenohipófisis, induce la liberación de cortisol a nivel de la glándula suprarrenal; inhibiendo la liberación hipotalámica de CRH y la liberación hipofisaria de ACTH y nuevamente de la CRH, estableciéndose un feed-back positivo.

Por su parte, a nivel del amnios, corion y decidua; la CRH placentaria estimula a su vez la producción de prostaglandinas; estableciéndose un nuevo feed-back positivo liberando CRH.

A nivel de la adenohipófisis fetal, la secreción de ACTH estimula la síntesis adrenal de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA), que a nivel del hígado fetal se convierte en 16-hidroxi-DHEA-S. La CRH placentaria aumenta también la producción de DHEA suprarrenal fetal de forma directa.

La placenta transforma estos compuestos en estrona, estradiol y estriol., estos activan el miometrio e incrementan la formación de gap-12 junctions, de receptores de oxitocina, para la actividad de las prostaglandinas responsables de la contracción muscular. Así mismo, la disminución de la progesterona funcional se acompaña por crecientes concentraciones miometriales de receptor de estrógeno alfa, generando la activación miometrial.

### **Respuesta inflamatoria exagerada / infección:**

Existe una relación entre la amenaza de parto pretermino y la presencia de patógenos sistémicos y en el tracto genitourinario.

La bacteriuria asintomática está asociada a la amenaza de parto pre término, por lo que tratar esa entidad reduce el riesgo de parto pre término.

Las alteraciones en la flora vaginal, están también relacionadas con la amenaza de parto pre término; en los casos en que las pacientes no presentan alteraciones de la flora vaginal el nivel de riesgo es 75% menor antes de las 35 semanas de gestación. Cuando no se identifica lactobacillus con presencia de vaginosis bacteriana, el riesgo de parto pre término se incrementa al doble. La presencia de cocos Gram positivos asociados a vaginitis aeróbica, el riesgo se incrementa tres veces.

Otra entidad que debe ser tomada en cuenta durante el proceso gestacional radica en la enfermedad periodontal ya que se asocia con elevadas tasas de parto pre término.

Los polimorfismos genéticos en los mediadores inflamatorios individuales; tiene que ver con la asociación de la entidad del parto pre término en mujeres afroamericanas en relación con las caucásicas y las hispanas en presencia de una infección en el tracto genital. (26)

**Hemorragia decidual:** El riesgo elevado de APP y RPMP se asocia con el sangrado vaginal de una hemorragia decidual.

Otros factores de riesgo de amenaza de parto pre término están relacionados a polihidramnios, y otras causas de distensión uterina. El

estiramiento del miometrio forma gap-juntions, de receptores de oxitocina, asociados a la actividad de prostaglandinas y enzimas responsables de la contracción muscular. La activación del miometrio produce distensión del compartimiento fetal.

**Insuficiencia cervical:** Se presenta como el borramiento patológico cervical no relacionado con contracciones; se asocia a la pérdida del embarazo.

Puede ocurrir con o sin coexistencia de la distensión del cuerpo uterino y está asociado a un estímulo inflamatorio y/o hemorrágico, durante la gestación.

Los polimorfismos genéticos estarían relacionados con la susceptibilidad a padecer insuficiencia cervical frente a un estímulo hemorrágico y/o inflamatorio.

Por su parte, los factores inmunológicos, clínicos o de riesgo social asociados con el desarrollo de patología precancerosa en el cérvix uterino, pueden aumentar las tasas de APP en mujeres con antecedentes de conización cervical. (25)

La APP y la RPMP presentan una elevada casuística asociada a agente infeccioso.

**Infección intraamniótica y parto pre término:** Corresponde a un proceso infeccioso a nivel de líquido amniótico, membranas, placenta, decidua e incluso extensión al cordón y al feto.

La corioamnionitis clínica es un síndrome clínico por presencia de gérmenes en la cavidad amniótica, produce fiebre, taquicardia materna-

fetal, sensibilidad uterina y flujo vaginal característicamente maloliente. Histológicamente, existe infiltración de leucocitos polimorfonucleares a la placenta y membranas. (26)

Respecto a la incidencia, se afirma que la corioamnionitis histológica, está presente en el 60% a 80% de las placentas de partos de menos de 28 semanas. En el 40% a 50% de las placentas de partos de 29 a 34 semanas, y en el 5% a 30% de las placentas de partos de con más de 34 semanas de gestación. (27)

### **Etiopatogenia de la infección intraamniótica: (27)**

La infección intraamniótica puede darse por las siguientes vías:

- Vía ascendente, inicia a nivel de la vagina y es la más frecuente.
- Vía hematógena, presente en madres con bacteriemia.
- Vía retrógrada: inicia en la cavidad peritoneal a través de las trompas de Falopio.
- Vía directa: se produce debido a la inoculación directa de gérmenes a través de pruebas invasivas practicadas a la gestante, como en casos de amniocentesis, biopsia corial, cordocentesis.

La infección intraamniótica por vía hematógena se desarrolla a partir de la presencia de gérmenes patógenos en el torrente sanguíneo materno que llegan a la circulación útero-placentaria y espacio intervelloso, alcanzando al feto a través de las vellosidades capilares; aparece mayor inflamación de las vellosidades y en el espacio intervelloso. Pudiendo el agente infeccioso atravesar la placenta por endocitosis o a través de las vellosidades. (27)

La infección hematógena de la placenta, presenta gérmenes patógenos virales, bacterias, espiroquetas, hongos, protozoos, toxoplasma gondii, treponema pallidum, virus de la rubeola, virus de la varicela, y citomegalovirus, listeria monocytógenes que pueden afectar la placenta. También puede estar asociado al absceso anexial producido durante la gestación.

De igual manera, la infección periodontal por fusobacterium nucleatum puede causar infección intraamniótica y corioamnionitis clínica.

El proceso mediante el cual una infección intraamniótica tiene su origen en la vía ascendente, se explica a través de 4 etapas: (27)

- Etapa I: Presencia de flora vaginal alterada y vaginosis bacteriana.
- Etapa II: Reacción inflamatoria local por disolución del tapón mucoso y acceso a la cavidad.
- Etapa III: Coriovasculitis, e infección intraamniótica por Infección de las membranas fetales.
- Etapa IV: Infección fetal. Deglución del líquido amniótico contaminado produciendo neumonía congénita o por contacto directo produciendo conjuntivitis, otitis y onfalitis. Que puede producir a su vez bacteriemia y sepsis fetal.

### **Flora vaginal alterada: Vaginosis bacteriana: (27)**

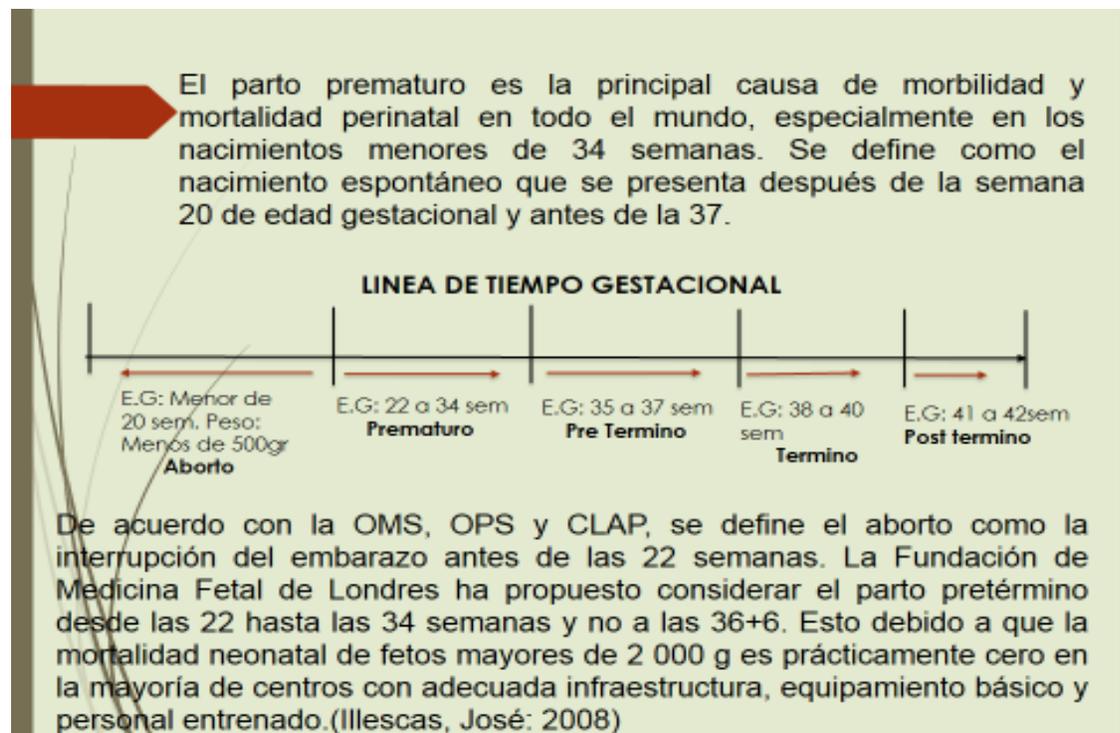
Se ha identificado que el Lactobacillus spp permite que el pH vaginal sea inferior a 4'5, que al disminuir la adherencia de las bacterias al epitelio vaginal, bloqueando la proliferación de microorganismos gérmenes anaerobios, gardnerella vaginalis, etc. (27)

El lactobacillus aumenta hasta en diez veces sus valores durante el proceso gestacional, ello favorece a que el tracto genital contenga una flora bacteriana benigna.

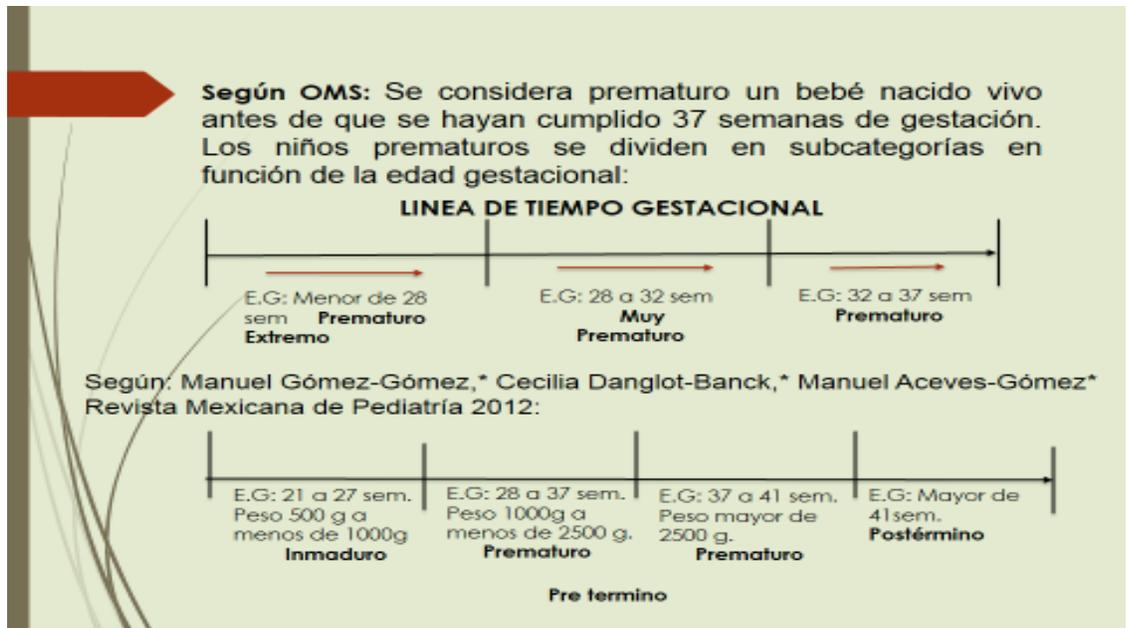
Los lactobacillus pueden perder sus capacidades homeostáticas como consecuencia del aumento de la alcalinidad en la vagina, como la hemorragia (pH sanguíneo = 7'4), relaciones sexuales (pH semen = 8), o ducha vaginales.

### 2.3 Bases teóricas

La amenaza de parto pre término responde a un criterio multifactorial en el que el estatus socioeconómico, aspectos ambientales, psicológicos de la gestante influyen en la prematuridad. (28)



Por su parte, Danglot-Banck C, Gómez-Gómez M (1997) habían referido:



**Aspectos asociados a la prematuridad:** Se asocia a la sobre distensión uterina. Dado su elevado riesgo, suelen terminar antes de las 37 semanas. (29)

Aspectos ambientales asociados a elevados niveles de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono; condiciones de trabajo que requieren esfuerzo físico; el consumo de sustancias tóxicas durante la gestación como tabaco, marihuana. La carencia de micronutrientes por una una dieta pobre en hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A.

De igual manera, el estrés, la raza negra. Las mujeres negras tienen un porcentaje de pre madurez de 16 a 18 % comparado con 7-9 % de las mujeres blancas. Otro aspecto importante radica en el bajo nivel socio económico. El Bajo peso materno y el antecedente de otra gestación finalizada prematuramente.

**El sangrado vaginal en más de un trimestre:** El sangrado vaginal durante el embarazo es un factor de riesgo para parto pre término cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. Se identificó una asociación entre el sangrado del segundo trimestre y parto pre termino. La relación entre

la hemorragia decidual y el parto pre término puede a su vez ser consecuencia del efecto útero tónico de la actividad de la trombina.

Otros factores son el sangrado vaginal causado por PP o por separación de la placenta marginal es asociado con el riesgo parto pre término casi como la gestación múltiple; la multigravidez, complicaciones gestacionales como la PP, el DPP, HIE, RPM, polihidramnios, incontinencia istmito cervical, miomatosis uterina, isoinmunización, gemelaridad y las infecciones. (30)

De igual manera, se ha identificado que las malformaciones congénitas uterinas como útero tabicado y el útero bicorne, leiomiomas están asociadas a parto pre término. Las patologías fetales como los defectos del tubo neural y la hiperalaninemia, son defectos congénitos relacionados al trabajo de parto pre término. (30)

### **Síndrome de Potter o sobre distensión uterina**

Es una entidad de etiología desconocida, caracterizada por extremos en el volumen del líquido amniótico: polihidramnios u oligohidramnios y se asocia al trabajo de parto pre término. Puede estar asociado a anomalías en la inserción placentaria asociadas con un septum uterino. (30)

Debido a la incidencia de gestaciones múltiples se ha incrementado el parto pre término después de la inducción de la ovulación. En las gestaciones gemelares, la longitud cervical, menor de 25 mm o de 10 % es otro factor de riesgo, además de las inconsistencias en la ganancia de peso.

**Cirugía materna abdominal.** Está asociada a un incremento en la actividad uterina durante el segundo y tercer trimestre pudiendo desencadenar el parto pre término.

## Manejo del parto pretérmino

Pacheco, J. (2008) (31), hace referencia a los siguientes criterios:

- ◆ Hospitalizar a la madre en una unidad de cuidados intensivos neonatales y cirugía neonatal.
- ◆ Reposo absoluto
- ◆ Determinar con la mayor exactitud posible la edad gestacional
- ◆ Evaluar la condición clínica de la madre
- ◆ Evaluar y monitorear el crecimiento, desarrollo y estado del feto.
- ◆ Hidratar a la madre
- ◆ Administrar tocolíticos y corticosteroides en gestaciones menores de 34 semanas
- ◆ Realizar amniocentesis e iniciar terapia antibiótica de ser necesario.

### 2.4 Definiciones Operacionales de palabras claves

1. **Parto Pre Término:** Es el nacimiento espontáneo que se presenta entre las semanas 20 y 36. (31)
2. **Rotura prematura de membranas (RPM):** Pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, permitiendo la salida de líquido amniótico, comunicando la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. Cuando esto se produce por debajo de las 37 semanas de gestación corresponde a una rotura prematura de membranas pre término (RPMP).
3. **Factor de riesgo:** Expresa aspectos que eleven la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS).

4. **Edad gestacional:** Expresa la edad de un embrión, feto o recién nacido desde el primer día de la última menstruación.
5. **Depresión:** Estado de profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, con pérdida de interés por todo y deterioro de las funciones psíquicas.(31)

### 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1 Método y Nivel de investigación:

**a) Método:**

La investigación hizo uso del método científico

**b) Nivel de investigación:**

La investigación se planteó a un nivel descriptivo explicativo, analítico.

**c) Tipo de Investigación:**

Según Díaz A. (2010) en: “Construcción de instrumentos de investigación y medición estadística” el estudio planteado por su forma corresponde a una investigación pura, básica o fundamental por cuanto su propósito es el de desarrollar teoría.

Según su categoría, se plantea un estudio cuantitativo por cuanto el interés del estudio se centrara en establecer valoraciones puntuales numéricas en función a los indicadores pre establecidos.

Según las mediciones, se plantea un estudio transversal (comprende una sola medición).

Según el tiempo de recolección de información se trata de un estudio retrospectivo por cuanto se analiza en el presente, pero con datos del pasado, su inicio es posterior a los hechos

estudiados correspondiente a los meses de enero a octubre del 2015.

### **3.2 Sistema de Hipótesis, Variables (Operativización de variables) y esquema de Diseño de la Investigación.**

#### **Hipótesis General:**

**Ha:** La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a infecciones intrauterinas y condición socio económica de las madres gestantes.

**Ho:** La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; no están asociadas a infecciones intrauterinas y condición socio económica de las madres gestantes.

#### **Hipótesis Específica:**

H1: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a infección urinaria de la madre gestante.

Ho: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; no están asociadas a infección urinaria de la madre gestante.

H2: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a infección por vaginosis bacteriana de la madre gestante.

Ho: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a infección por vaginosis bacteriana de la madre gestante.

H3: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a riesgos sociales de pobreza de la madre gestante.

H3: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; no están asociadas a riesgos sociales de pobreza de la madre gestante.

**Variables de Estudio:**

**Variable 1:** Parto pre término.

**Variable 2:** Factores asociados al parto pre término

## Operativización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
<b>Variable 1:</b> Amenaza de Parto Pre Término	Se define como el conjunto de síntomas y signos que pueden desencadenar en un nacimiento espontáneo antes de las 37 semanas de gestación.	Se definirá tomando como referente el diagnóstico de ingreso hospitalario al servicio de gineco obstetricia.	Evolución del curso de la gestación durante los 9 meses.	Edad Gestacional de la amenaza de parto pre término	<b>Intervalo:</b> 20 a 28 semana (1) 29 a 33 semanas (2) 34 a 36 semanas (3)
			Edad de gestante	Edad de la madre gestante	15 a 19 (1) 20 a 34 (2) 35 a 45 (3)
<b>Variable 2:</b> Factores asociados a la amenaza de parto pretermino	Se define como la existencia de factores de riesgo que pueden desencadenar el parto pre término.	Se recurrirá al registro de la historia clínica de cada gestante que ha sido atendida por amenaza de parto pretermino.	Infección Urinaria	Examen Completo de orina	<b>Nominal:</b> Positivo (1), Negativo (2)
			Infección por vaginosis bacteriana	Examen de secreción vaginal	<b>Nominal:</b> Positivo (1), Negativo (2)
			Aspecto socio economico	Condición socio economica	<b>Nominal:</b> Pobreza(1) pobreza Extrema (2)
			Bienestar emocional de la gestante	Antecedente de problemas emocionales graves	<b>Nominal:</b> Estrés (1) Depresión (2)

**Diseño de la Investigación:** Siendo un estudio descriptivo el diseño que corresponde es el siguiente

**M: ----- O1**

Dónde:

M: Muestra de estudio

O: Observación

### 3.3 Técnicas e instrumentos

**Técnicas:** Se empleará la revisión documental a través de la historia clínica y el libro de ingresos hospitalarios.

**Instrumento:** Se construirá una ficha de recolección de datos consignando la información requerida para el estudio.

- a) **Para recolección y organización de datos:** Se procederá a codificar y tabular la información, para luego ser ingresada al programa estadístico SPSS para su procesamiento.

**b) Interpretación de datos y resultados:**

Se empleará tablas numéricas y porcentuales, así como grafica de barras. La información lograda será analizada una vez logrados los valores numéricos porcentuales.

**c) Análisis de datos, prueba de hipótesis**

El análisis se realizara a partir de la asociación de los hallazgos según dimensiones de las variables observadas. La verificación estadística de la hipótesis se realizará empleando estadígrafos de centralización y dispersión.

### 3.3 Cobertura del estudio

**a) Población:**

La población correspondió a 82 gestantes atendidas por amenaza de parto pre término en el servicio de Gineco Obstetricia del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari durante el año 2015.

**b) Muestra:**

A través del muestreo probabilístico o intencionado se seleccionó a 27 gestantes atendidas por amenaza de parto pre término en el Servicio de Gineco Obstetricia del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari durante los meses de enero a octubre del 2015.

**Criterios de Inclusión:**

Todas las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco por amenaza de parto pre término entre los meses de enero a octubre 2015.

**Criterios de Exclusión:**

Gestantes atendidas por otro tipo de patologías en el servicio de gineco obstetricia del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2015.

## 2. RESULTADOS

1.1 Presentación de resultados en concordancia con las variables y los objetivos.

1.2 Análisis y organización de datos, dividido en sub capítulos o contenidos desagregados

Tabla N° 01

**CALCULO ESTADÍSTICO APLICADO AL ESTUDIO.  
ESTADIGRAFOS DE CENTRALIZACIÓN Y DISPERSIÓN  
FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO. CENTRO DE  
SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, 2015.**

ESTADÍGRAFOS		EXAMEN COMPLETO DE ORINA	EXAMEN DE SECRECIÓN VAGINAL (CLÍNICO/INSPECCIÓN VISUAL)	CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	EDAD GESTACIONAL	EDAD DE LA GESTANTE
N	Válido	27	27	27	27	27
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		1,15	1,19	1,04	2,26	2,11
Mediana		1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
Moda		1	1	1	2	2
Desviación estándar		,362	,396	,192	,656	,577
Varianza		,131	,157	,037	,430	,333
Rango		1	1	1	2	2
Mínimo		1	1	1	1	1
Máximo		2	2	2	3	3
Suma		31	32	28	61	57
Percentiles	10	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	20	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
	25	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
	30	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
	40	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
	50	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
	60	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
	70	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00
	75	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00
	80	1,00	1,40	1,00	3,00	3,00
	90	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:** La Tabla N° 01 muestra el cálculo de los estadígrafos de los factores asociados a la amenaza de parto pre termino. Se ha realizado la observación de una muestra de 27 casos estadísticamente validos con cero casos perdidos. Se ha hecho los cálculos de los estadígrafos de centralización tales como: media aritmética, mediana y la moda. Del mismo modo se ha realizado los cálculos de los estadígrafos de dispersión de cada uno de los factores de riesgo, tales como la dispersión estándar, varianza, el rango y los percentiles; además para cada medición se ha establecido el puntaje mínimo y máximo, así como la suma entre ellos.

**Tabla N° 02**

**RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO: EXAMEN COMPLETO DE ORINA CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.**

RESULTADOS		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válido	POSITIVO	23	85,2	85,2	85,2
	NEGATIVO	4	14,8	14,8	100,0
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

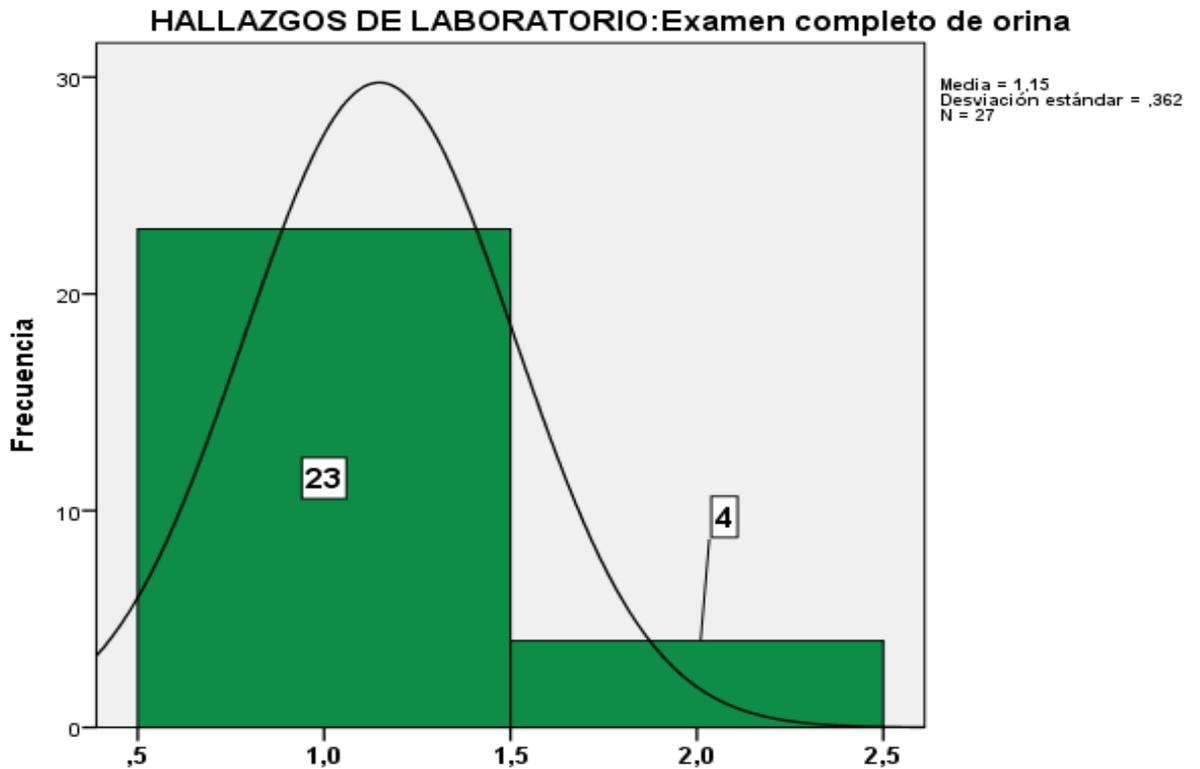
**Análisis e Interpretación:**

De los 27 casos observados, 23 de ellos (85.2% arrojó un resultado positivo frente a 4 de ellos (14.8%) con resultado negativo

Estos datos son corroborados con lo consignado en la tabla N° 01 en donde se indica que la media, mediana y moda se encuentran ubicados en el puntaje 1 que significa resultado positivo (ver operacionalización de variables).

Gráfico N° 01

**RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO: EXAMEN COMPLETO DE ORINA CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 015.**



**Análisis e Interpretación:**

El gráfico muestra claramente la tendencia de la curva reflejando el puntaje 1 que representa el examen de orina positivo (ver operacionalización de variables), lo que expresa alta incidencia de infección urinaria en los casos observados.

Tabla N° 03

**RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO: EXAMEN DE SECRECIÓN VAGINAL (CLINICO/ INSPECCIÓN VISUAL)  
CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.**

RESULTADOS		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	POSITIVO	22	81,5	81,5	81,5
	NEGATIVO	5	18,5	18,5	100,0
Total		27	100,0	100,0	

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

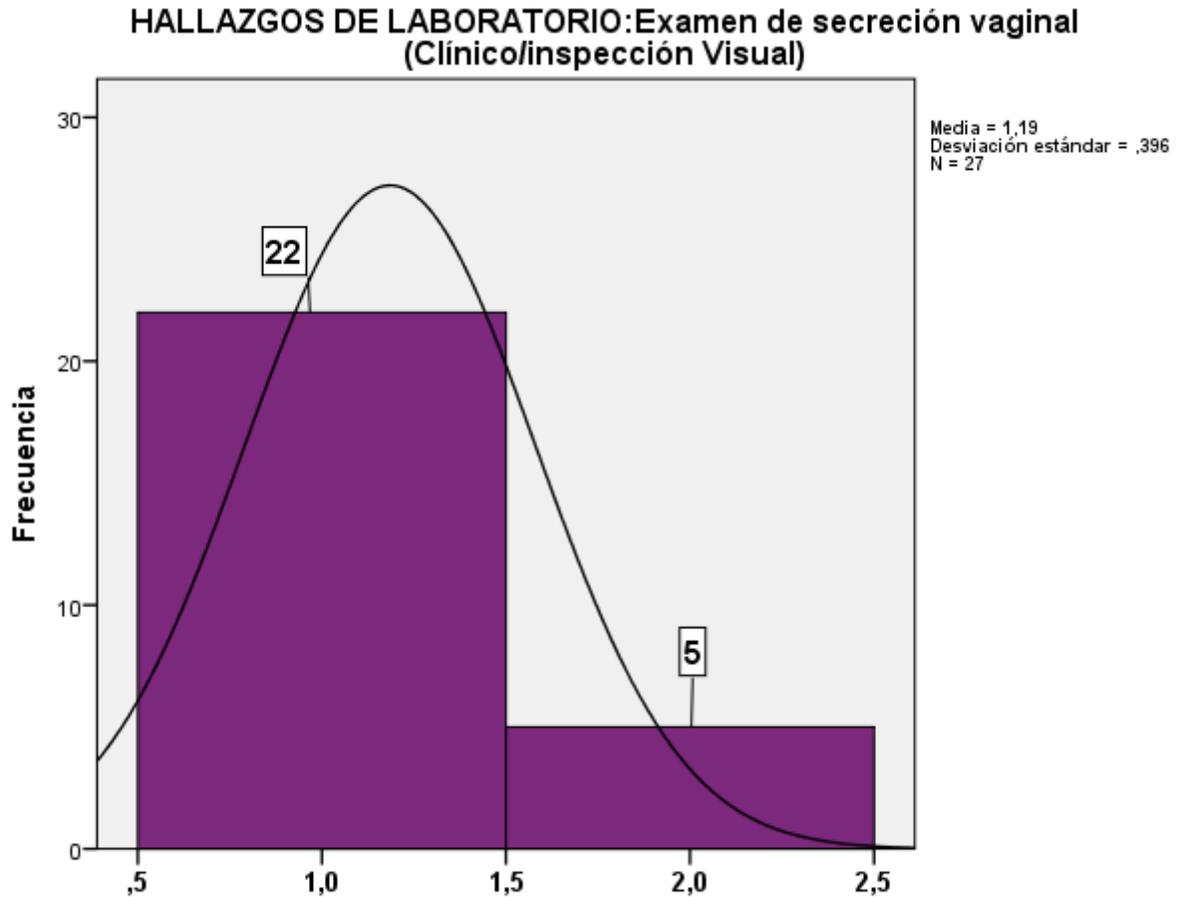
**Análisis e Interpretación:**

La tabla muestra que de los 27 casos observados: 22 corresponden a resultado positivo, lo que constituye el 81.5%; mientras que 5 casos corresponden a resultado negativo, siendo este de 18.5%. Se evidencia alto riesgo de infección por vaginosis bacteriana.

El registro corresponde a la inspección visual de la gestante durante la evaluación médica.

## GRAFICO N° 02

**RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO: EXAMEN DE SECRECIÓN VAGINAL (CLINICO/INSPECCIÓN VISUAL)**  
**CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.**



### **Análisis e Interpretación:**

El gráfico muestra claramente la tendencia de la curva reflejando el puntaje 1 que representa el examen visual de secreción vaginal positivo (ver operacionalización de variables), lo que expresa alta incidencia de infección por vaginosis bacteriana en los casos observados.

**TABLA N° 04**

**RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA DE LA GESTANTE.  
CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.**

RESULTADOS		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	POBREZA	26	96,3	96,3	96,3
	POBREZA EXTREMA	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

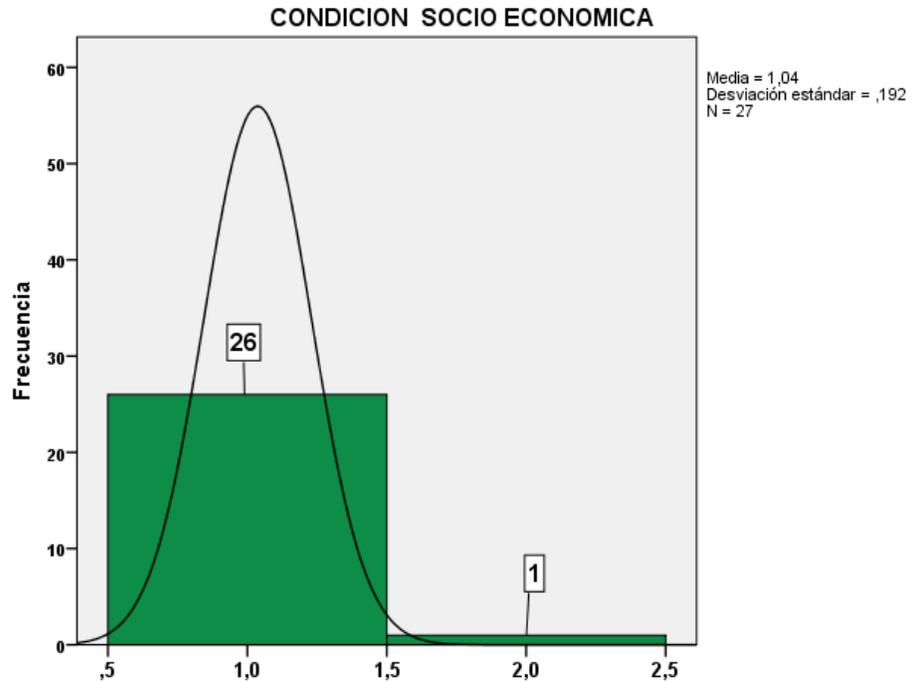
**Análisis e Interpretación:**

La tabla muestra que de los 27 casos observados: 26 corresponden a la condición socio económica de pobreza, lo que constituye el 96.3%; mientras que 1 caso corresponden a la condición de pobreza extrema, siendo este de 3,7%.

Se evidencia que el aspecto socio económico de pobreza y pobreza extrema considerado como un factor de riesgo para la amenaza de parto pre término se torna en un comun denominador de la muestra en estudio.

### GRAFICO N° 03

#### RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA DE LA GESTANTE. CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.



#### Análisis e Interpretación:

El gráfico muestra claramente la tendencia de la curva reflejando el puntaje 1 que representa la condición de pobreza (ver operacionalización de variables), lo que se expresa como común denominador en los casos observados, siendo el puntaje 2 una minoría considerado como en condición de pobreza extrema.

**TABLA N° 05**

**RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO SEGÚN EDAD GESTACIONAL. CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.**

EDAD GESTACIONAL		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20 a 28 Semanas	3	11,1	11,1	11,1
	29 a 33 Semanas	14	51,9	51,9	63,0
	34 a 36 Semanas	10	37,0	37,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:**

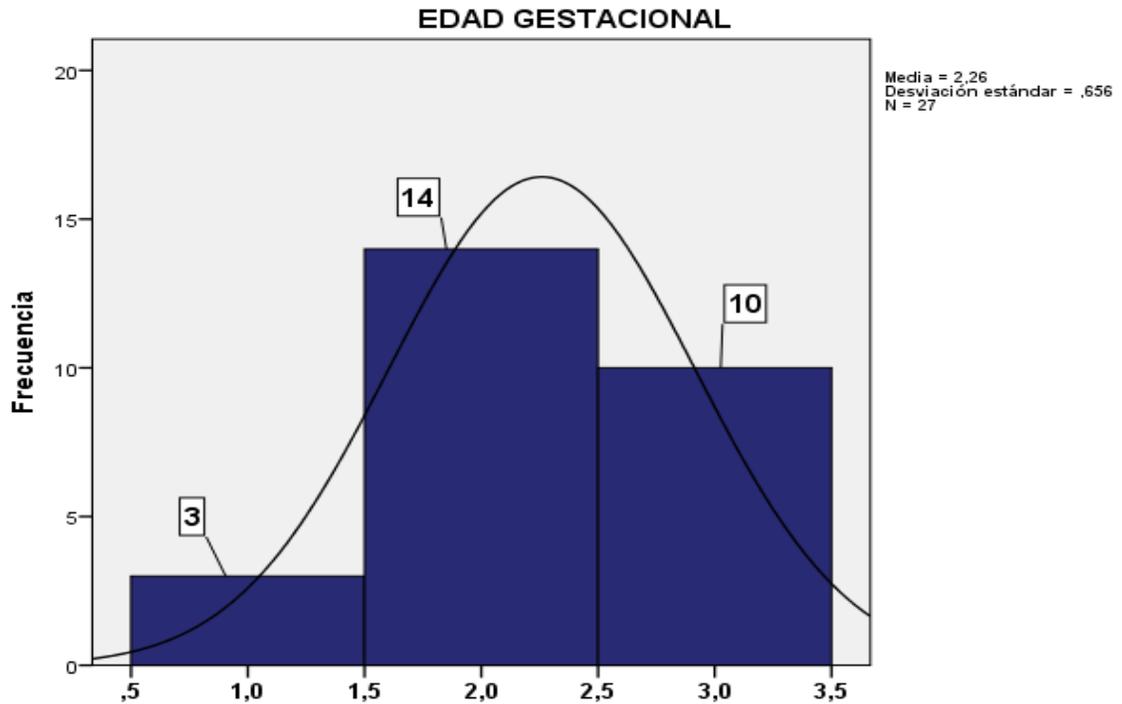
La tabla muestra que de los 27 casos de amenaza de parto pre término observados: 3 casos que representan el 11.1% se presentaron entre la semana 20 a 28 de la gestación. Así mismo 14 casos correspondientes al 51.9% se presentaron entre las semanas 29 a 33 de gestación.

Finalmente 10 casos correspondientes al 37% se presentaron entre las semanas 34 a 36 de la gestación.

Se evidencia que la mayor casuística se registro entre las semanas 29 a 33 de la gestación.

## GRAFICO N° 04

### RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO, SEGÚN EDAD GESTACIONAL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.



#### Análisis e Interpretación:

El gráfico muestra claramente la tendencia de la curva reflejando el puntaje 2 que representa al segmento entre la semana 29 a 33 de gestación (ver operacionalización de variables), seguido del puntaje 3 que corresponde al segmento entre las semanas 34 a 36, siendo el puntaje 1 correspondiente a las semanas 20 - 28 el de menor casuística registrada.

**TABLA N° 06**

**RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO, EDAD DE LA GESTANTE. CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.**

EDAD DE LA MADRE GESTANTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 a 19 Años	4	14,8	14,8	14,8
	20 a 34 Años	21	77,8	77,8	92,6
	35 a 45 Años	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

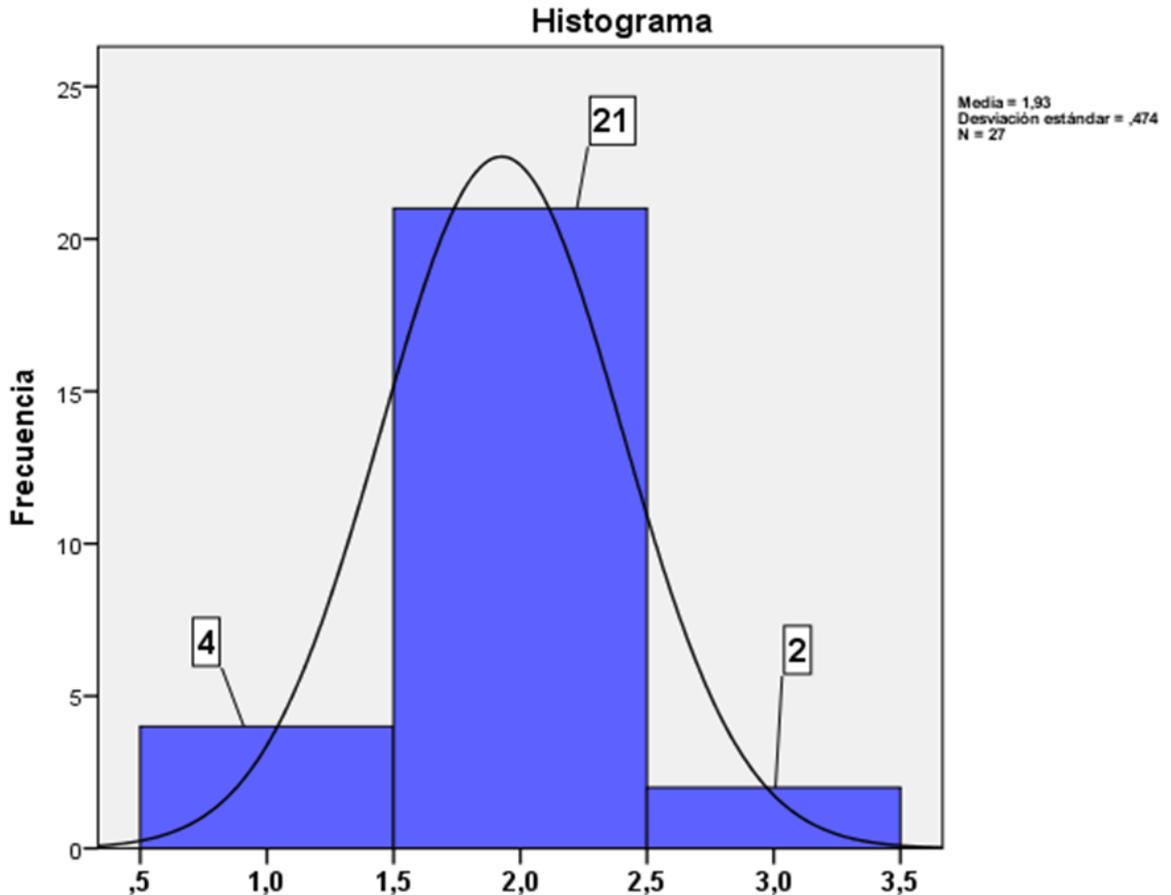
**Análisis e Interpretación:**

La tabla muestra que de los 27 casos atendidos por amenaza de parto pre término observados: 4, que representan el 14.8% se presentaron en mujeres en el segmento entre 15 a 19 años. Así mismo 21 casos corresponden al segmento entre los 20 a 34 años que presentaron el 77,8% mientras que 2 casos correspondieron al segmento entre 35 a 45 años.

Se evidencia que la mayor casuística se registro en gestantes entre los 20 a 34 años de edad, seguido del grupo adolescente.

## GRAFICO N° 05

RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO, EDAD DE LA GESTANTE. CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.



### Análisis e Interpretación:

El gráfico muestra claramente la tendencia de la curva reflejando el puntaje 2 que representa al grupo etareo entre los 20 a 34 años (ver operacionalización de variables), seguido del puntaje 1 que corresponde al grupo etareo entre 15 a 19 años; siendo el puntaje 3 correspondiente al grupo etareo entre 35 a 45 años el de menor casuística registrada.

**TABLA N° 07**

**RESULTADOS MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO, SEGÚN ESTADO EMOCIONAL DE LA GESTANTE. CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, ENERO A OCTUBRE 2015.**

ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE GESTANTE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ansiedad	S/D	S/D	S/D	S/D
	Depresión	S/D	S/D	S/D	S/D
	<b>Total</b>	<b>S/D</b>	<b>S/D</b>	<b>S/D</b>	<b>S/D</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**Análisis e Interpretación:**

La revisión documentaria de las historias clínicas no registró interconsulta al consultorio de salud mental por lo que no se cuenta con registro alguno.

## 2. DISCUSIÓN

### 2.1 Verificación o contraste de la hipótesis, objetivos y problemas.

La amenaza de parto pre término se constituye en un problema que compromete de manera particular la vitalidad del que está por nacer, de allí la necesidad de asegurar que el proceso gestacional concluya a partir de las 37 semanas de gestación, con un feto viable, a término; es por ello que uno de los principales objetivos de la actuación obstétrica en el control pre natal y parto es preservar el bienestar fetal y materno, tratando de detectar precozmente los factores de riesgo que los puedan comprometer o alterar.

Respondiendo a esa premisa el presente estudio identificó como principal causa asociada a la amenaza de parto pre término, el hallazgo de laboratorio “positivo” a infección urinaria en un 85.2% a través de un examen completo de orina frente a 14,8% con resultado negativo.

Este hallazgo es coherente por lo reportado por Ovalle A, Kakarieka E, Rencore G, Fuentes A, Del Río M, Morong C y Benítez P. (2012) en Chile; en el estudio titulado: “Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital Público de Santiago”; (6), quienes encontraron que la Infección bacteriana ascendente se presentó más frecuentemente en el embarazo menor de 30 semanas 52,2% (82/157)  $p < 0,0001$ .

Por otro lado cabe destacar que la vaginosis bacteriana - entendida como una condición de desbalance caracterizada por la reducción o aumento de la flora lactobacilar y su reemplazo por otros microorganismos, entre los que se destacan *G. Vaginalis*, algunos anaerobios: *peptostreptococcus* y un aumento en colonización de *mycoplasma*

hominis con presencia variable pero posible en el embarazo - tiene estrecha vinculación con prematuridad pues la colonización cérvico – vaginal conduce a vaginosis bacteriana del líquido amniótico incrementando el riesgo de parto pre término.(27)

Un aspecto importante radica en el hallazgo de los resultados de vaginosis bacteriana que corresponde al 81.5 % positivo, sin embargo este hallazgo corresponde a la evaluación clínica visual del médico más no a cultivo bacteriológico que determine el tipo de flora bacteriana existente por lo que es subjetivo asociarla clínicamente a la patología tratada, más allá de la presunción.

La asociación de parto pretérmino espontáneo con Vaginosis Bacteriana pretérmino, es difícil de explicar. Leitich (30), demostró que la presencia de Vaginosis Bacteriana no se asocia solo con parto pretérmino sino también con infección subclínica del líquido amniótico.

Por su parte, Carpio Fernando. 2013; en la tesis titulada: “Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque”; (12); concluyo en que los antecedentes de parto pretérmino, control prenatal inadecuado, desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana e infección de vías urinarias; son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino.

Con respecto a la edad de la madre; la investigación encontró que la mayor incidencia de amenaza de parto pre término se dio en mujeres de edad promedio (20 a 34 años) que constituyeron el 77.8% de la muestra, seguido de adolescentes entre 15 a 19 años y gestantes entre 35 a 45 años. Por su parte García P. y Pardo F., en la investigación titulada: “Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira –

Honduras (2012) encontró que la edad de las mujeres con parto prematuro fue una media de 26 años (rango de 15-46), 8/27 (30%) tenían edades extremas (35 años).

Alonso y cols (2013) en Argentina efectuaron un estudio titulado, Prematurez y su asociación con la edad materna en el hospital San Juan Bautista de Corrientes Argentina, observando que el mayor riesgo de nacimientos pre términos se dio en mujeres mayores de 35 años, siguiendo las menores de 19 años.

Estimamos entonces que si bien es cierto las edad extremas de gestación de la adolescencia y adultez (añosas) se identifican por numerosas estadísticas como factores de riesgo para devenir parto pre término, sin embargo nuestro análisis encuentra pertinencia en asociar este hecho a factores como la condición socio económica de la gestante por cuanto situaciones extremas de pobreza, pobreza extrema tienen efecto directo en los cuidados adecuados del proceso gestacional y puede estar asociado a parto pre término.

Al respecto llamó la atención el hallazgo de un común denominador en la muestra estudiada; donde 96.3% habitan en condiciones de pobreza y 3.7 % en pobreza extrema por lo que encontramos coherencia con la valoración de esta dimensión en el riesgo de parto pre término.

La edad gestacional de mayor casuística de ocurrencia de amenaza de parto pre término reportada en el presente estudio se ubicó entre la semana 29 a 33 de la gestación, lo cual encuentra cierta semejanza con lo encontrado en Chile por los investigadores Ovalle A. Kakarieka E., Rencore G., Fuentes A., Del Río M., Morong C. y Benítez P. (2012) quienes reportaron que el parto espontáneo ocurrió a menor edad gestacional, media 29,5 vs 31,1 semanas  $p < 0,01$  y más frecuentemente

bajo las 30 semanas 43,2% (121/280) vs 28,3% (36/127) que el parto indicado  $p < 0,01$ .

## **2.2 Nuevos Planteamientos**

Actualmente se reconoce que la etiopatogenia del parto pre término es multifactorial, estando involucrados factores de riesgo dependientes de la madre, el feto y el medio ambiente.

## CONCLUSIONES

1. Se ha determinado como principal factor causal asociado a la amenaza de parto pre término las infecciones a nivel de tracto urinario en un 85.2% de la muestra con hallazgo de laboratorio positivo.
2. En el 81.5% se identificó vaginosis bacteriana.
3. Se ha identificado la condición socio económica de pobreza en 96.3% y extrema pobreza en 3,7% en la muestra de estudio como un factor asociado a la ocurrencia de amenaza de parto pre término que compromete prácticas oportunas de prevención, atención y cuidados adecuados del proceso gestacional.
4. En el 52% de los casos, se identificó que la edad gestacional promedio de ocurrencia de amenaza de parto pre término se ubicó entre las 29 a 33 semanas. El 37% entre las 34 a 36 semanas y un 11% entre 20 a 28 semanas.
5. Se identificó que la edad de la madre para la ocurrencia de amenaza de parto pre término expresó una casuística en gestantes adolescentes, gestantes en edad promedio, así como en gestaciones añosas. Si bien es cierto 77.8% correspondió al grupo entre 20 a 34 años, destaca que es seguido en 14.8% por el segmento de adolescentes entre 15 a 19 años, así como también de gestantes entre 35 a 35 años.

## RECOMENDACIONES

1. Por cuanto el parto pre término es un síndrome clínico caracterizado por contracciones prematuras, como resultado de factores preconceptionales y gestacionales, recomendamos incorporar en la oferta de servicios de atención de la salud referidos al control pre natal el fortalecimiento de la consejería sobre los factores de riesgo asociados a la ocurrencia del parto prematuro. Al actuar sobre aquellos factores modificables se puede contribuir a prolongar el parto hasta que el feto tenga una mejor edad para nacer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (Consulta 22 de enero 2018).
2. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016; 388(10063):3027-35. Citado en documento OMS. Nacimientos prematuros. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon\\_execsum\\_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf) (Consulta 26 de enero 2018).
3. Organización Mundial de la Salud. Nacidos demasiado pronto. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. 2012. Resumen Ejecutivo. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon\\_execsum\\_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf). (Consulta: 12 de abril 2018)
4. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Nacimientos 2015. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin\\_CNV\\_16.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf). (Consulta, 26 de abril 2018).
5. Análisis de la situación de salud del distrito de Amarilis y CC.PP Paucarbamba. Provincia y Departamento de Huanuco (2016). Documento de trabajo. En Biblioteca Institucional.
6. Ovalle Alfredo, Kakarieka Elena, Rencore Gustavo, Fuentes Ariel, Del Río Maria, Morong Carla y Benítez Pablo. “Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital público de Santiago. *Rev Med Chile* 2012; 140: 19-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100003> (Consulta: 04 de marzo 2018).
7. Alonso Noelia; Mazal Bazán Gustavo; Olivera Viviana. Dr. Rafael Conti. Prematurez y su asociación con la edad materna en el hospital San Juan Bautista de Corrientes Argentina. 2007. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación H. A. Barceló; 2007. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/821/1/Premat>

urez-y-su-asociacion-con-la-edad-materna-en-el-hospital-San-Juan-Bautista-de-Corrientes-Argentina.html (Consulta: 12 de diciembre 2017).

8. Abehsera Daniel, 2012. "Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretérmino. Impacto de la amniocentesis diagnóstica en la conducta obstétrica". Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/10306/52382\\_Abehs\\_era\\_dav%C3%B3\\_daniel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/10306/52382_Abehs_era_dav%C3%B3_daniel.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Consulta: 23 de agosto 2017).
9. Romo Laris, Pedro, 2007. "Factores de riesgo de parto pre termino en pacientes que presentaron amenaza de parto pre término". Universidad de Colina. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/199178967/Pedro-Romo-Laris-TESES-TPP-Factores-de-Riesgo>. (Consulta 26 de agosto 2017).
10. Olaya, Guzmán Rudy. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstetrico "Enrique C. Sotomayor" en el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Universidad de Guayaquil. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1863> (Consulta: 12 de febrero 2017).
11. García, Fany; Pardo Fabian y Zuniga Carlos (2012). "Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira – Honduras. REV MED HONDUR, Vol. 80, No. 4, 2012. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-4.pdf> Consulta: 22 de febrero 2017).
12. Carpio Panta Fernando. (2013): "Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque". Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/415> Consulta: 22 de febrero 2017).
13. Parra Velarde Fernando. 2013. Tesis: "Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012". Tacna: Universidad Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Medicina Humana; 2013. Disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/226> (Consulta: 02 de febrero 2016).
14. García Calvo, Betzabé. 2015. Tesis titulada: "Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pre termino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño "San

- Bartolomé". Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4397/Garcia\\_cb.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4397/Garcia_cb.pdf?sequence=1) (Consulta: 15 de febrero 2017).
15. Ordoñez Abad, Sonia. 2015. Tesis titulada: "Relación entre la infección urinaria en gestantes y la prematuridad de neonatos del servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco". Universidad de Huánuco. Disponible en: [http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/189/T\\_047\\_46378047\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/189/T_047_46378047_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Consulta: 10 de marzo 2017).
  16. Ochoa Anabel y Pérez Dettoma Javier. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra vol.32 supl.1 Pamplona 2009. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011) (Consulta: 12 de abril 2018).
  17. Barrera, Lina; Manrique, Fred y Ospina, Juan, Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá\*Revista Virtual Universidad Católica del Norte. N° 48 Mayo-Agosto 2016. Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194245902013.pdf> (Consulta: 23 de abril 2018)
  18. Pohlmann, Flávia; et al. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Enferm. glob. vol.15 no.42 Murcia abr. 2016. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000200014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200014) (Consulta: 12 de marzo 2018)
  19. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas de salud. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/es/index.html> (Consulta: 12 de marzo 2017)
  20. Parto prematuro. Tratate de llegar al término. [Diapositiva]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/M.D.antrax/parto-pretermino-presentation-884190> (Consulta: 10 de marzo 2018).
  21. Ylppo A. Patologische anatomische studien bei fruheborenen. ZF Kinderh 1920; 20: 212-6.

22. Streeter GL. Weight, sitting height, head size, foot length and menstrual age of the human embryo. Carnegie nutrition of Washington contrib. Embryol 1970; 11: 143-6.
23. Gómez-Gómez M. Clasificación del recién nacido. Temas selectos sobre el recién nacido prematuro. México: Distribuidora y Editora Mexicana, 1990: 18
24. Valencia-Salazar G. Clasificación del recién nacido. En: Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, editores. Temas de actualidad sobre el recién nacido. México: Distribuidora y Editora Mexicana; 1997:p.1.
25. Protocolos SEGO: Definiciones Perinatológicas. Disponible en: <http://www.prosego.com>
26. Revista Chilena de Epidemiología. Infección y parto prematuro: Enlace Epidemiológico y Bioquímico. Hasbun Jorge y Hasbun Helen.2000.
27. Protocolos SEGO: Diagnóstico de corioamnionitis. Disponible en: <http://www.prosego.com>
28. Illescas Castañeda, José (2008). Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pre termino. Disponible en; <file:///C:/Users/HP/Downloads/1057-3814-1-PB.pdf> (Consulta, 26 de abril 2017).
29. Danglot-Banck C, Gómez-Gómez M. Reanimación cardiopulmonar y cerebral neonatal. En: Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, editores. Temas de actualidad sobre el recién nacido. México: Distribuidora y Editora Mexicana, 1997: 171-8.
30. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: A meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 139.
31. Pacheco, J. (2008) Parto pre termino: Tratamiento y las evidencias. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54:24-32. En: <file:///F:/PACHECO.pdf>. (Consulta: 26 de diciembre 2017).
32. S. Rellan Rodríguez, C. García de Ribera y M. Paz Aragón García. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf) (Consulta 10 de febrero 2018).

# **ANEXOS**

**ANEXO 1:  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**Título: Factores de riesgo que desencadenan el Trabajo de Parto Pre Término. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 2015.**

1. PROBLEMA	3. OBJETIVOS	3. HIPOTESIS	4. VARIABLES DE ESTUDIO	5. METODOLOGÍA	6. POBLACION Y MUESTRA	7. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	8. INDICADORES	9. TECNICAS E INSTRUMENTOS	10.-ESCALA DE MEDICION
<p><b>General:</b> ¿Cuáles son los factores desencadenantes del trabajo de parto pre término en gestantes atendidas en el C.S. Carlos Showing Ferrari 2015.</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar los factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pre término en gestantes atendidas en el C.S. Carlos Showing Ferrari 2015.</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> Ha: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a infecciones intrauterinas y condición socio económica de las madres gestantes. Ho: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; no están asociadas a infecciones intrauterinas y condición socio económica de las madres gestantes.</p>		<p>La investigación planteada será un estudio descriptivo explicativo, analítico, retrospectivo, transversal, cuantitativo.</p>	<p><b>Población:</b> Todas las gestantes atendidas por amenaza de parto pretermino en el C.S. Carlos Showing Ferrari – Amarilis Huánuco durante el año 2015.</p>	<p><b>Inclusión:</b> Todas las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco por amenaza de parto pre término.</p>	<p>Edad Gestacional de la amenaza de parto pre término</p>	<p><b>Técnica:</b> Revisión Documentaria <b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos.</p>	<p><b>Intervalo:</b> 20 a 28 semana (1) 29 a 33 semanas (2) 34 a 36 semanas (3)</p>
<p><b>Específicos:</b> • ¿Cuál es el hallazgo de laboratorio asociado al trabajo de parto pre término en las gestantes atendidas en el C.S Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2015?  • ¿Cuál es la condición económica de las gestantes con amenaza de parto pre término?  • ¿Cuál es la edad gestacional de los casos atendidos por trabajo de parto pre término en el C.S Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2015?  • ¿En qué grupo etareo se presenta mayor casuística de amenaza de parto pre término?  • ¿Cuál es el antecedente del estado emocional de las gestantes atendidas por amenaza de parto pre</p>	<p><b>Específicos:</b> • Determinar el hallazgo de laboratorio asociado al Trabajo de Parto Pre término de los casos atendidos en el C.S Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2015.  • Identificar la condición socio económica de las gestantes atendidas por amenaza de parto pretermino.  • Determinar la edad gestacional de los casos atendidos por trabajo de parto pre término en el C.S Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2015  • Determinar el grupo etareo en el que se presentan mayor casuística de amenaza de parto pre término.  • Identificar el antecedente del estado emocional de las gestantes atendidas por</p>	<p><b>Hipótesis Especifica:</b> H1: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a infección urinaria de la madre gestante.  Ho: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; no están asociadas a infección urinaria de la madre gestante.  H2: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a infección por vaginosis bacteriana de la madre gestante.  Ho: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a infección por vaginosis bacteriana de la madre gestante.  H3: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; están asociadas a riesgos sociales de pobreza de la madre gestante.  H3: La mayor incidencia de casos de amenaza de parto pre término atendidos en el C.S. Carlos Showing Ferrari; no están asociadas a riesgos sociales de pobreza de la madre gestante.</p>	<p><b>Variable 1:</b> Amenaza de Parto Pre Término</p>	<p>Diseño : M= 01 ----- O2</p>	<p><b>Muestra:</b> Todas las gestantes atendidas por amenaza de parto pretermino en el C.S. Carlos Showing Ferrari – Amarilis Huánuco durante los meses de Enero a Octubre 2015.</p>	<p><b>Exclusión:</b> Gestantes atendidas por otro tipo de patologías en el servicio de gineco obstetricia del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco</p>	<p>Edad de la madre gestante</p>	<p><b>Nominal:</b> Positivo (1), Negativo (2)</p>	<p>15 a 19 (1) 20 a 34 (2) 35 a 45 (3)</p>
			<p><b>Variable 2:</b> Factores asociados a la amenaza de parto pretermino</p>		<p><b>Muestreo:</b> No probabilístico intencionado.</p>		<p>Examen Completo de orina</p>	<p><b>Nominal:</b> Positivo (1), Negativo (2)</p>	<p><b>Nominal:</b> Positivo (1), Negativo (2)</p>
							<p>Examen de secreción vaginal</p>	<p><b>Nominal:</b> Positivo (1), Negativo (2)</p>	<p><b>Nominal:</b> Pobreza(1) pobreza Extrema (2)</p>
							<p>Condición socio económica</p>	<p><b>Nominal:</b> Estrés (1) Depresión (2)</p>	
							<p>Antecedente de problemas emocionales graves</p>		

Anexo 2:

**INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

<b>FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL TRABAJO DE PARTO PRE TÉRMINO CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – HUANUCO 2015</b>		
<b>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>		
	Edad de la paciente:	
	<b>FACTORES DE RIESGO</b>	
1	<b>HALLAZGOS DE LABORATORIO:</b>	
	<b>EXAMEN DE ORINA:</b>	
	<b>POSITIVO (1)</b>	
	<b>NEGATIVO (2)</b>	
	<b>EXAMEN DE SECRECIÓN VAGINAL (CLINICO)</b>	
	<b>POSITIVO (1)</b>	
	<b>NEGATIVO (2)</b>	
2	<b>CONDICION SOCIO ECONOMICA:</b>	
	<b>POBREZA (1)</b>	
	<b>POBREZA EXTREMA (2)</b>	
3	<b>ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS:</b>	
	<b>ESTRÉS (1)</b>	
	<b>DEPRESIÓN (2)</b>	
4	<b>EDAD GESTACIONAL</b>	
	<b>20 A 28 SEMANAS (1)</b>	
	<b>29 A 33 SEMANAS (2)</b>	
	<b>34 A 36 SEMANAS (3)</b>	