

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2015.**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER
MYRIAM NATALIA UCEDA VARGAS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

DR VALLENAS PEDEMONTE, FRANCISCO

AGRADECIMIENTO

A la Dra. PAJUELO BUSTAMANTE, Rossana a quién me encamino durante el proceso, elaboración y culminación del presente estudio, al Dr. MIRANDA FLORES, Alan por su apoyo y enseñanzas, al Sr. CHUCHÓN PARIANO Alejandro por el acceso y entrega de las historias clínicas.

DEDICATORIA

A mi familia, quienes siempre me han dado su apoyo incondicional durante toda la carrera, especialmente a mi madre quién partió antes de tiempo y a mi hermana por siempre creer en mí y ser mi fortaleza ante los momentos más adversos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo que están asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) en el año 2015. **Metodología:** Es un estudio tipo cuantitativo, retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos (141 gestantes con parto pretérmino) y controles (141 gestantes con parto a término). **Resultados:** en las características socio - demográficas se encontró ,gestante adulta con 34%, nivel de instrucción que con mayor frecuencia se presentó fue el de secundaria con 73%, el estado civil mas representativo fue el de conviviente 68,79%, En los factores de riesgo obstétricos se encontró, multigesta con 37,59%; en la amenaza de parto pretérmino se encontró un $\chi^2=60,772$,valor $p=0,000$, OR=17,658 y un IC= (7,304; 42,690); antecedente de parto pretérmino se encontró que el $\chi^2= 13,777$,valor $p=0,000$, OR=10,171 y un IC= (2,313; 44,719). En los factores de riesgo patológicos se encontró que en la infección del tracto tuvo un $\chi^2=68,125$,valor $p=0,000$,OR=16,391 y un IC= (7,468; 35,977), en la ruptura prematura de membrana con un $\chi^2=23,737$,valor $p=0,000$ (menor a 0,05),OR=5,809 y un IC= (2,695; 12,522). En la clasificación según edad gestacional se encontró prematuro moderado a tardío con 73,76% y el peso al nacer más representativo fue prematuro moderado a tardío (32 a <37 semanas) con 73,76%. **Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados a parto pretérmino más representativos fueron : amenaza de parto pretérmino ,antecedente de parto pretérmino, infección del tracto urinario y ruptura prematura de membrana.

Palabras claves; Parto pretérmino, Factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with preterm birth for the pregnant at the National Hospital Hipólito Unanue (HNHU) in 2015. **Methodology:** This is a quantitative, retrospective cross-sectional, observational, analytical study of the type of cases (141 pregnant women with preterm birth) and controls (141 pregnant women with term delivery). **Results:** socio-demographic characteristics were found, adult pregnant with 34%, Level Of instruction that was most frequently presented was the secondary school with 73%, the most representative civil status was the cohabiting 68.79%. In the obstetric risk factors was found, multigested with 37,59%; In the threat of preterm birth, we found $\chi^2 = 60,772$, value $p = 0,000$, OR = 17,658 and CI = (7,304, 42,690); Antecedent of preterm birth, it was found that $\chi^2 = 13.777$, value $p = 0,000$, OR = 10.171 and a CI = (2,313; 44,719). In the pathological risk factors, it was found that $\chi^2 = 68,125$, $p = 0,000$, OR = 16,391 and IC = (7,468; 35,977) in the tract infection had a premature rupture of the membrane with an $\chi^2 = 23,737$; Value $p = 0,000$ (less than 0,05), OR = 5,809 and a CI = (2,695; 12,522). In the classification according to gestational age, it was found that come premature moderate to late, with 73,76% and the most representative birth weight was premature moderate to late (32 to <37 weeks), with 73,76%. **CONCLUSIONS:** the most representative Risk Factors associated with Preterm birth was: Threat of preterm birth, history of preterm birth, urinary tract infection and premature membrane rupture.

Keywords; Preterm birth, Risk factors.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es el responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50 % de afecciones neurológicas en los nacidos con menos de 32 semanas de gestación ,mencionado en estudios durante las últimas décadas, indicando no haberse producido algún cambio en los últimos años ; considerándose la principal causa de morbi – mortalidad perinatal a nivel mundial .Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica^(1,2).En general en América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto prematuro, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos⁽³⁾.

Según la OMS, se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando ⁽⁴⁾.

Parra en el año 2013, realizó un trabajo en Tacna, sobre los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, donde mostró que la edad materna menor de 18 años es un factor materno asociado a parto pretérmino⁽⁵⁾.

En el año 2010, Stacy Beck reportó que 12.9 millones de nacimientos, el 9.6% de todos los nacimientos en todo el mundo, fueron prematuros. Aproximadamente 11 millones (85%) de estos nacimientos prematuros se concentraron en África y Asia, 0.5 millones en Europa, 0.5 millones en América del Norte (excluyendo México) y 0.9 millones en América Latina y el Caribe ⁽⁶⁾.

Actualmente la incidencia reportada de parto pretérmino en el Perú varía entre el 3,6 % - 11,8 % y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal, convirtiéndose un problema de salud pública ⁽¹⁾.

Según la oficina de estadísticas e informática del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, se obtuvo como resultado la frecuencia de nacimientos pretérminos 9.9% en el 2013, 9.6% en el 2014 ⁽⁷⁾.

Actualmente el parto pretérmino es un problema materno – perinatal , que ha sido motivo de estudio , a través de diversas investigaciones y literaturas , es considerada la principal causa de morbi-mortalidad perinatal , ante este problema es importante conocer los factores de riesgo que conlleva al parto pretérmino para tener en cuenta si son modificables estos factores y así evitar o prevenir éste riesgo, evitar complicaciones y secuelas neonatales adversas a largo plazo para la salud y los altos costos generados, en lo cual se evidencia mayor tasa de parálisis cerebral, déficit sensorial, dificultad de aprendizaje y enfermedades respiratorias, además de las cuantiosas pérdidas de vida , el nacimiento prematuro genera altos costos económicos y emocionales tanto en el entorno familiar , personal y comunitario^(2,5).

El trabajo de investigación consta de 5 capítulos distribuidos de la siguiente manera:

- a. Capítulo I: Conformado por el planteamiento del problema de estudio, formulación general y específicos, la justificación del problema a nivel teórico, práctico, metodológico y económico-social; la delimitación del área de estudio , limitación de la investigación y el propósito.
- b. Capítulo II: Se describe los antecedentes de la investigación tanto internacionales y nacionales, la base teórica que abarca Conceptos sobre Parto Pretérmino, etiología, factores de riesgo, clasificación, cuadro clínico, tratamiento y prevención; además trata sobre la formulación de la hipótesis, variables y definición operacional de términos.
- c. Capítulo III: Comprende el tipo de investigación, el cual fue Cuantitativo, Observacional, Analítico, Casos y Controles, Transversal y Retrospectivo; la población y la muestra conformada por 141 casos

y 141 controles del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, además abarca las técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos y procesamiento y análisis de datos.

- d. Capítulo IV: Abarca los resultados a los que se llegaron en la investigación además de la discusión del estudio comparando con los antecedentes recopilados.
- e. Capítulo V: Conformado por las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	X
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE GRÁFICOS	XIV
LISTA DE ANEXOS.....	XVI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL.....	2
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO.....	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION	4
1.6. OBJETIVOS.....	4
1.6.1. GENERAL.....	4
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	4
1.7. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA	9
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.4. HIPÓTESIS.....	14

2.4.1. GENERAL.....	14
2.4.2. ESPECÍFICOS.....	14
2.5. VARIABLES.....	15
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	19
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	21
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	23
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	24
4.1. RESULTADOS.....	24
4.2. DISCUSIÓN.....	56
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
5.1. CONCLUSIONES.....	58
5.2. RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	66

LISTA DE TABLAS

	PÁGINA
TABLA 1: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	32
TABLA 2: ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	34
TABLA 3: CONTROL PRENATAL ASOCIADO AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EL AÑO 2015.	36
TABLA 4: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	38
TABLA 5: ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	40
TABLA 6: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015	42
TABLA 7: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	44

TABLA 8: ANEMIA ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	46
---	----

TABLA 9: TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	49
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁGINA
GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN DE PARTOS DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	27
GRÁFICO 2: EDAD EN EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	28
GRÁFICO 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	29
GRÁFICO 4: ESTADO CIVIL EN EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	30
GRÁFICO 5: PARIDAD EN EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	31
GRÁFICO 6: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	32
GRÁFICO 7: ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	34
GRÁFICO 8: CONTROL PRENATAL ASOCIADO AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EL AÑO 2015.	36
GRÁFICO 9: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	38

GRÁFICO 10: ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	40
GRÁFICO 11: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	42
GRÁFICO 12: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	44
GRÁFICO 13: ANEMIA ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	46
GRÁFICO 14: CLASIFICACIÓN DE ANEMIA EN GESTANTES DEL GRUPO DE ESTUDIO DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	48
GRÁFICO 15: TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	49
GRÁFICO 16: PRESENTACIÓN DEL TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	51
GRÁFICO 17: EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	52
GRÁFICO 18: PESO AL NACER EN RECIÉN NACIDOS DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.	53

LISTA DE ANEXOS

	PÁGINA
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	67
ANEXO 2: INSTRUMENTO.	71
ANEXO 3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS.	74
ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA.	75
ANEXO 5: MAPA GEOPOLÍTICO DE LA UBICACIÓN DEL HNHU – 2015.	80
ANEXO 6: BASE DE DATOS	81
ANEXO 7: FOTOGRAFÍA RECOLECTANDO DATOS EN ARCHIVO DEL HNHU EN AÑO 2015.	85

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto prematuro con el transcurso de los años se ha convertido en uno de los principales problemas con mayor relevancia en las especialidades de Gineco – Obstetricia y Neonatología, asociándose con un elevado índice de morbilidad en el neonato, provocando la afección a corto y a largo plazo, por lo cual el parto pretérmino llega a considerarse a nivel mundial como la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal ⁽¹⁾.

Actualmente la incidencia de parto prematuro en el Perú ha sido reportada entre el 3,6 % - 11, 8 % generándose un problema de carácter público. Éste problema en el recién nacido predispone con mayor frecuencia a las complicaciones de la prematuridad como : síndrome de distress respiratorio neonatal, apnea de la prematuridad , sepsis neonatal , enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular , asfixia neonatal , hipoplasia pulmonar entre otros, logrando dejar secuelas a largo plazo como discapacidad asociada a un déficit cognitivo , lingüístico y mental ^(1,5).

Por lo tanto , el motivo del estudio es conocer los factores de riesgo que intervienen en el parto pretérmino y así tener conocimiento sí estos factores pueden modificarse para prevenir o evitar el parto prematuro y contribuir a la identificación oportuna de éstos factores , por lo cual el Hospital Nacional Hipólito Unanue es un hospital de referencia de los distritos de Ate, El Agustino, Chaclacayo, Cieneguilla, La Molina, Lurigancho, Santa Anita y San Juan de Lurigancho, del que recibe pacientes con parto pretérmino y a su vez , tiene un servicio de Obstetricia donde van éstos pacientes para su estudio y evaluación^(3,9,10).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) en el año 2015?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la distribución de las características socio-demográficas en el parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo patológicos que está mayormente asociado al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015?
- ¿Cuál es la clasificación por edad gestacional y en función del peso en recién nacidos en parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN

- a) Teórica:** Se requiere inculcar reflexión, enriquecer conocimientos y disputa académica sobre el parto prematuro, mediante los estudios mencionados y realizados , en los cuales se hallaron resultados indicando un aumento de incidencia sobre éste problema de salud , que provoca afección a nivel nacional y mundial , lo que se busca con el presente estudio es generar un aporte en la medicina humana.
- b) Práctica:** El presente estudio realizado nos permitirá poner en práctica nuestro conocimiento como profesionales de la salud, mediante las actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a éstas gestantes en riesgo de un parto prematuro.

- c) Metodológica:** Para lograr los objetivos del presente estudio se acude al empleo de la técnica de investigación como la revisión de los registros de atenciones de las pacientes, las historias clínicas, tarjetas de control prenatal, las fichas de datos y su análisis estadístico. Con ello se pretende conocer cuáles son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Así los resultados del presente estudio se apoyan en técnicas de investigación validadas en el medio.
- d) Económica social:** El parto pretérmino además de ser una de las principales causas de morbi – mortalidad perinatal, también genera costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades. Al conocer los factores de riesgo de parto pretérmino permitirá a todo el conjunto de personal de salud, reducir los gastos económicos que conllevaran las complicaciones perinatales. Beneficiando socialmente a los pacientes, familiares y comunidades.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO

Espacial: El estudio será realizado en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Hnhu) se encuentra ubicado en la avenida César Vallejo N° 1390, en el distrito de El Agustino; el mismo que se ubica en la provincia y departamento de Lima - Perú⁽¹⁰⁾.

Es un hospital de referencia nacional, cuya área de influencia directa está circunscrita a la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima-Este (DISA IV LE), la que comprende a los distritos de Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho, Santa Anita y San Juan de Lurigancho, tal como se observa en el siguiente mapa geopolítico⁽¹⁰⁾.

Temporal: El estudio será realizado durante el periodo de enero - diciembre del año 2015.

Social: El estudio será realizado en gestantes con parto pretérmino, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Conceptual: El estudio será realizado sobre factores de riesgo asociados a parto pretérmino.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

El presente estudio de investigación se presentara como limitación a lo siguiente:

- Dificultad para el acceso y permiso a la revisión de las historias clínicas.
- Dificultad para el acceso a la base de datos.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar los factores de riesgo que están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Determinar la distribución de las características socio-demográficas en el parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.
- Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.
- Determinar factores de riesgo patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

- ❑ Determinar la clasificación por edad gestacional y en función del peso al nacer en recién nacidos de parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

1.7. PROPÓSITO

El propósito en ésta investigación es conocer los factores que predisponen con mayor riesgo el parto prematuro en las gestantes, con el fin de disminuir la incidencia de morbi-mortalidad perinatal durante el parto pretérmino. El parto pretérmino actualmente es un problema de salud pública por lo cual requiere realizar una serie de actividades como la promoción de información, charlas educativas en centros de salud para realizar medidas preventivas que promuevan la salud de la madre y de su hijo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.2.1. ANTECEDENTES NACIONALES

Taboada, R ⁽¹⁾. En el 2013 realizó un estudio en Perú – Loreto , para optar el título de Médico – Cirujano; en su estudio para optar el título de Médico – Cirujano ; es un estudio de tipo casos y controles, cuantitativo , transversal , retrospectivo ; se obtuvo como resultado lo siguiente :la edad materna que con mayor frecuencia que se presentó fue de 19 a 35 años con un 49,3%,procedencia urbano marginal con 45,3% ,estado civil conviviente con 72%, nivel de instrucción fue de secundaria con 49,3%;multigesta con 58,7%, múltipara con 37,5% , sin antecedente de parto pretérmino con 60%, sin antecedente de aborto con 60% , CPN adecuado con 52,3% , sin anemia con 60% , sin ITU con 53,3% , sin Pre eclampsia con 90,7 % , sin eclampsia con 97,3%, sin amenaza de parto pretérmino con 69,3 % , concluyéndose ,que sí existe relación estadísticamente significativa y de riesgo con el parto prematuro ⁽¹⁾.

García, B ⁽¹²⁾. En el 2015 realizó un estudio en Perú - Lima , para optar el título profesional Licenciada en Obstetricia ; es un estudio de tipo casos y controles ,el cual estuvo conformado por 30 casos (puérperas de parto pretérmino) y 30 controles (puérperas a término), cuantitativo , transversal , retrospectivo ; se obtuvo como resultado los siguientes factores de riesgo :la edad menor o igual de 19 años ($p=0.048$; $OR=3.86$) , concluyéndose que éste es un factor de riesgo para parto prematuro en éste presente estudio⁽¹²⁾.

Carnero C ⁽¹⁴⁾. En el 2015 realizó un estudio en Perú – Lima, en su estudio para optar el título de Médico – Cirujano; es un estudio de tipo casos y controles, cuantitativo, transversal, retrospectivo, se obtuvo como resultado lo siguiente; de las 450 historias clínicas, la frecuencia de partos pretérminos fue 33.3%. Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: el

antecedente de parto pretérmino altamente significativo ($P < 0.001$) con un OR = 8.5 e IC 95% (5.35 – 13.52), la infección de vías urinarias altamente significativo ($P < 0.0001$) con un OR: 6 e IC 95% (3.89 – 9.299), la anemia altamente significativa ($P = 0.0001$) con un OR: 2.26 e IC 95% (1.5085 – 3.3726) y no tuvo significancia estadística: la edad materna ($P = 0.4769$) con un OR: 1.25 e IC 95% (0.67– 2.3218), concluyéndose que el antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino⁽¹⁴⁾.

Sánchez P⁽¹⁹⁾. En el 2016 realizó un estudio en Perú – Trujillo, para optar el título profesional de Médico – Cirujano ; es un estudio de tipo casos y controles, cuantitativo , transversal , retrospectivo ; se obtuvo como resultado los siguientes factores de riesgo :control prenatal inadecuado , parto pretérmino previo a un embarazo , infección del tracto urinario , ruptura prematura de membrana , preeclampsia .Concluyéndose que éstos sí son factores de riesgo para un parto pretérmino⁽¹⁹⁾.

2.2.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Guevara W ⁽¹¹⁾.En el 2015 realizó un estudio en Ecuador – Ambato , para optar el título de Médico – Cirujano; es un estudio cuali-cuantitativa, descriptivo, retrospectivo en el cual se realizó un estudio en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el servicio de Gineco – obstetricia , con un total de 3090 partos de los cuales 192 fueron amenaza de parto pretérmino, tras la revisión de las historias clínicas ; los mayores riesgo de parto pretérmino fueron los siguientes resultados : la edad menor de 20 años (46,87%) , historia de aborto previo (28,12%) , el 48, 96% representaban a las pacientes que cursaban entre la semana 32 – 34 , entre las patologías maternas y obstétricas que aumentaron el mayor riesgo fueron infección de las vías urinarias (63,54%),preeclampsia (44,79 %), trastornos del líquido amniótico (36,48%), anemia (16, 68 %), diabetes (10,41%), placenta previa (4.68%). En conclusión la edad menor de 20 años, las patologías maternas y

obstétricas son factores de riesgo asociado al parto pretérmino y dentro de ellas, el principal factor de riesgo fue la infección de vías urinarias⁽¹¹⁾.

Olaya, R ⁽³⁾. Realizó un estudio en Ecuador – Guayaquil en el año 2013, para optar el título de profesional Licenciada en Obstetricia; diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo; se obtuvo los siguientes resultados: el 93% del total de las pacientes tuvieron nivel de instrucción secundaria, el 73% de las pacientes corresponde a las edades entre 18 y 19 años, el 73 % de las pacientes presentaron ITU, anemia 23%, preeclampsia 42%, trastorno del líquido amniótico 38% ,el 65 % tienen más de 6 controles prenatales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, fueron factores de riesgo para parto pretérmino. En conclusión los factores de riesgo más frecuentes en el trabajo de parto pretérmino fueron: la edad entre 18 a 19 años, grado de instrucción secundaria, las patologías más frecuentes (Infección de las vías urinarias, anemia), las patologías obstétricas (preeclampsia y trastornos del líquido amniótico) ⁽³⁾.

Rodríguez-Coutiño S. Ramos-González R. Hernández-Herrera R⁽¹⁵⁾. En el 2013 realizaron un estudio en México, es un estudio de casos y controles, cuantitativo, transversal, retrospectivo, teniendo como resultado lo siguiente: los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis(76%).En conclusión los factores de riesgo asociados con recién nacido prematuro resaltó la atención prenatal deficiente y la coexistencia de dos o más factores de riesgo⁽¹⁵⁾.

2.2. BASE TEÓRICA

PARTO PRETÉRMINO

2.4.1. DEFINICIÓN:

La Organización Mundial de la Salud, define a un neonato prematuro como: “Aquel recién nacido con menos de 37 semanas o menor de 259 días, independientemente del peso que presente al nacimiento “. Por lo tanto el concepto de parto pretérmino es el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación⁽¹⁾.

Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), definieron al parto pretérmino al que se produce entre los 154 y 258 días o entre las semanas comprendidas entre 22 y menores de 37 semanas⁽⁵⁾.

2.4.2. CLASIFICACIÓN:

Según la OMS clasifica a los partos prematuros según la edad gestacional, mencionando lo siguiente ⁽¹⁴⁾:

- Prematuros moderados a tardíos (32 a < 37 semanas)
- Muy prematuros (28 a < 32 semanas)
- Prematuros extremos (< 28 semanas).

La clasificación en función de la edad gestacional se establece de la siguiente manera ⁽¹⁶⁾:

- Pretérmino tardío: 34 a 36 semanas.
- Pretérmino moderado: 32 a 33 semanas
- Pretérmino severo: 28 a 31 semanas
- Extremadamente pretérmino: menos de 28 semanas

La clasificación en función del peso del recién nacido al nacer se establece así ⁽²⁴⁾:

- Bajo peso al nacer: < 2500 g
- Muy bajo peso al nacer: < 1500 g
- Extremadamente bajo peso: < 1000 g

2.4.3. CAUSAS:

En Estados Unidos hay cuatro causas directas principales de los partos prematuros⁽⁸⁾:

1. El parto por indicaciones maternas o fetales.
2. Trabajo de parto prematuro espontáneo inexplicable con membranas intactas.
3. Rotura prematura de membranas a pretérminos idiopáticas.
4. Partos gemelares y múltiples.

2.4.4. ANTECEDENTES Y FACTORES QUE CONTRIBUYEN:

Los antecedentes y factores que influyen son los siguientes ⁽⁸⁾:

- Amenaza de aborto

La hemorragia vaginal durante el primer trimestre de embarazo, tiene mayor asociación a un alto índice de desenlaces adversos posteriores.

Tanto la hemorragia vaginal, desprendimiento prematuro de placenta y pérdida posterior del embarazo antes de las 24 semanas.

- Malformaciones congénitas

En un estudio realizado por Dolan y sus colaboradores en el 2007, se observó que las malformaciones congénitas se asociaban a un parto prematuro y un bajo peso al nacer.

❑ Parto prematuro previo

El antecedente de un parto prematuro previo, es un factor de riesgo para el nacimiento de un parto pretérmino, según el estudio realizado por Spong en el 2007 ⁽⁸⁾.

Las mujeres con antecedente de parto pretérmino tienen un riesgo de recidiva, el cual contribuye solo con un 10% de los partos prematuros totales en el estudio ⁽⁸⁾.

❑ Infecciones

En el estudio realizado por Goldenberg y sus colaboradores en el 2008, mencionaron como las infecciones desencadenaban un parto prematuro. En éste estudio se mencionó que las bacterias son los agentes causales para la liberación de mediadores inflamatorios (interleuquinas y el factor de necrosis tumoral), lo que a su vez, intervienen en la estimulación en la producción de prostaglandinas o de enzimas degradantes de la matriz. Reportan que las infecciones intrauterinas ocasionan entre un 25 a 40 % de los partos prematuros. Las dos bacterias más involucradas en las infecciones intrauterinas son *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*. Según Goldenberg y sus colaboradores, informaron que el 23 % de los pretérminos, nacidos entre las 23 y 32 semanas de gestación, tuvieron hemocultivos positivos para estos micoplasmas masgenitales, obtenidos de una muestra de cordón umbilical.

❑ Vaginosis bacteriana

En estudios realizados por Hillier et al. 1995; Kurki et al. 1992; Leitich et al. 2003, mencionaron que la vaginosis bacteriana se ha relacionado con,

partos pretérminos, ruptura prematura de membrana, aborto espontáneo, corioamnionitis e infección del líquido amniótico ⁽⁸⁾.

Muchos son los factores de riesgo propios del embarazo que han sido asociados al nacimiento de productos de forma prematura. Igualmente, son numerosas las características maternas que se han relacionado con la prematuridad. Sin embargo, dado que la etiología del parto prematuro es en ocasiones multifactorial, establecer una relación causal única estricta resulta a veces difícil⁽²⁷⁾.

2.4.5. DIAGNOSTICO⁽⁸⁾:

Síntomas de la paciente

La *American Academy of Pediatrics* y el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (1997) habían propuesto antes los siguientes criterios para documentar el trabajo de parto prematuro:

Presencia de contracciones entre las 22 y 37 semanas de gestación, es decir entre 154 y 258 días.

1. Contracciones de cuatro en 20 min y ocho en 60 min más un cambio progresivo en el cuello uterino.
2. Dilatación del cuello uterino > 2 cm.
3. Borramiento del cuello uterino de 80% o más.

Además de las contracciones uterinas, dolorosas o indoloras, los síntomas como presión pélvica, cólicos parecidos a los menstruales, secreción vaginal líquida y lumbalgia se han relacionado en forma empírica con el parto prematuro inminente.

Cambios cervicouterinos

1. Dilatación cervicouterina

2. Longitud del cuello uterino

- Vigilancia uterina ambulatoria
- Fibronectina fetal

2.4.6. COMPLICACIONES Y SECUELAS^(17, 25):

Complicaciones

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Trastornos metabólicos
- Hipotermia
- Trauma obstétrica
- Enterocolitis necrotizante

Secuelas

- Trastornos del crecimiento y desarrollo
- Retinopatía de la prematuridad

2.4.7. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN⁽¹⁷⁾.

- Identificación de la población de riesgo.
- Control, prenatal precoz.
- Mejorar el estado nutricional de las gestantes.
- Detectar factores individuales de riesgo.
- Identificar factores modificables de riesgo e intervenir en consecuencia.
- Considerar métodos de educación relacionados con factores de riesgo.

- ❑ Enseñar a reconocer signos de alarma.

Implementar intervenciones pertinentes.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

FACTORES DE RIESGO: Son características o circunstancias que se logran observar en una persona, asociándose a una probabilidad de experimentar una afección a su salud.

PARTO PRETÉRMINO: es el parto prematuro, en el que se produce después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

HIPÓTESIS ALTERNA (Hi1): Existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

HIPÓTESIS NULA (Ho): No existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

2.4.2. ESPECÍFICOS

HIPÓTESIS ALTERNA (Hi2): Los factores de riesgo obstétricos están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

HIPÓTESIS NULA (Ho2): Los factores de riesgo obstétricos no están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

HIPÓTESIS ALTERNA (Hi3): Los factores de riesgo patológicos están asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital HNHU en el año 2015.

HIPÓTESIS NULA (Ho3): Los factores de riesgo patológicos no están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

2.5. VARIABLES

☐ VARIABLE DEPENDIENTE

Variable dependiente: Parto pretérmino

- Datos del parto
 - Edad Gestacional al momento del parto
 - Peso al nacer

☐ VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable independiente: Factores de riesgo

☐ Factores de riesgo socio-demográficos:

- Edad
- Nivel de instrucción
- Estado civil

☐ Factores de riesgo obstétricos:

- Paridad
- Número de control prenatal
- Antecedente de parto pretérmino
- Amenaza de parto pretérmino
- Antecedente de aborto

❑ Factores de riesgo patológicos

- Anemia
- Trastorno Hipertensivo del embarazo
- Infecciones del Tracto Urinario (ITU)
- Ruptura Prematura de Membrana (RPM)

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL

EDAD: es el tiempo que una persona ha vivido desde de su nacimiento.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: es el grado de estudio que una persona ha realizado.

ESTADO CIVIL: es la condición sentimental de una persona.

PARIDAD: es el número de gestaciones que ha presentado una mujer.

ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO: es cuando una persona ha presentado uno o más partos prematuros previos a la gestación actual.

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO: son las complicaciones que conllevan a un parto prematuro que se presenta antes de las 37 semanas.

ANTECEDENTE DE ABORTO: es cuando una gestante pierde al producto antes de las 22 semanas.

ANEMIA: Se define como el valor de la hemoglobina inferior a 11.0 g/dl y el hematocrito inferior a 33% durante el embarazo, según la OMS ^(14, 22).

De acuerdo a los niveles de hemoglobina (Hb) se clasifica en ⁽²²⁾:

(a) Anemia leve (Hb de 10 a 10,9 g/dl).

(b) Anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl)

(c) Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl).

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS: Se realiza el diagnóstico por urocultivo positivo ($> 100\,000$ UFC / ml) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo documentado en la historia clínica. ⁽¹⁴⁾

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (O13): Elevación de la presión arterial, en ausencia de proteinuria, en gestante después de las 22 semanas de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio ⁽¹⁷⁾.

PREECLAMPSIA (O14.9): Trastorno de la gestación que se presenta después de las 22 semanas, con hipertensión arterial, asociada a proteinuria⁽¹⁷⁾.

PREECLAMPSIA SEVERA (O14.1): Es cuando la presión arterial sistólica es ≥ 160 mm Hg ó diastólica ≥ 110 mm Hg, ó evidencias de daño en órganos blancos, con proteinuria asociada ⁽¹⁷⁾.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA (O16): Es cuando la hipertensión arterial es diagnosticada previa al embarazo o antes de las 22 semanas de gestación o cuando los valores de presión arterial no se controlan pasadas las 12 semanas del parto ⁽¹⁷⁾.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA MÁS PREECLAMPSIA SOBRE AGREGADA (O11): Son gestantes con hipertensión crónica, quienes después de las 22 semanas de gestación presentan proteinuria, o elevación de la presión arterial en relación a sus valores basales, y/o compromiso de órgano blanco⁽¹⁷⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación es un estudio tipo Cuantitativo, Observacional, Analítico, Transversal Retrospectivo, Casos y controles. Se compararon gestantes con parto pretérmino (casos) con gestantes con parto a término (controles).

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Se explica con más detalle lo siguiente, según la literatura citada⁽²³⁾.

Observacional:

Debido a que el investigador no intervendrá o manipulará la variable.

ANALÍTICO:

Debido que el estudio cuenta con dos variables.

TRANSVERSAL:

El estudio solo se realizara durante un periodo.

RETROSPECTIVO:

Debido al periodo en que se obtendrá la información.

CASOS Y CONTROLES:

Es un estudio de casos (personas con una enfermedad) y controles (personas sin la enfermedad), donde ambos grupos son comparados respecto a la exposición a un factor o condición.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población del estudio estará conformada aproximadamente por 601 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino en el servicio de Gineco - obstetricia del HNHU durante el periodo de enero a diciembre del 2015, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2 MUESTRA

A. TAMAÑO DE MUESTRA

Para estimar el tamaño de la muestra para un estudio de casos y controles se utilizó la ecuación ⁽²⁰⁾:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

DÓNDE ⁽²⁰⁾:

W: OR aproximado = 2

P1: Frecuencia de casos = 0.18 ⁽²¹⁾

P2: Frecuencia de controles = 0.07 ⁽²¹⁾

Z1- α /2: Seguridad (95%) = 1.96

Z1- β : Estadística (80%) = 0.84

P: P1 + P2 / 2 = 0.125

Los valores de **P1:** Frecuencia de casos = 0.18 y **P2:** Frecuencia de controles = 0.07 se obtuvo de la referencia bibliográfica N°21.

N= 141 => Tamaño de muestra

La muestra de los casos está conformada por 141 historias clínicas con diagnóstico de parto pretérmino.

La muestra del grupo control está conformada por 141 historias clínicas sin diagnóstico de parto pretérmino.

B. TIPO DE MUESTREO

Es un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple ⁽²³⁾.

C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE CASOS

- Gestantes con edad gestacional entre las 22 semanas y < 37 semanas.
- Gestantes que presentaron parto pretérmino.
- Gestantes que tienen Historia Clínica completa.

D. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CASOS

- Gestantes con edad gestacional > 37 semanas.
- Gestantes que no dieron parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Gestantes con Historias Clínicas incompletas.
- Partos gemelares.

E. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE CONTROLES

- Gestantes con edad gestacional > de 37 semanas.
- Gestantes que presentaron parto a término.
- Gestantes que tienen Historia Clínica completa.

F. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CONTROLES

- Gestantes con edad gestacional < 37 semanas.
- Gestantes que no dieron parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Gestantes con Historias Clínicas incompletas.
- Partos gemelares.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información que se obtuvo fue usando como técnica la revisión de documentos, basándonos en historias clínicas completas y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, cuyo procedimiento se realizará llenando una ficha de recolección de datos, que viene a ser el instrumento (Anexo 2). El instrumento se obtuvo a través de las referencias bibliográficas revisadas, en el cual fue modificada y se validó por tres expertos en Gineco-obstetricia (Anexo 3).

El instrumento tiene en total 14 ítems, en el cual está dividido en 4 partes de la siguiente manera:

- I. Datos socio – demográficos: 3 ítems

- II. Antecedentes obstétricos: 5 ítems
- III. Antecedentes patológicos: 4 ítems
- IV. Datos del parto: 2 ítems

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PRIMERO: Se tiene que entregar los siguientes requisitos para presentar el proyecto de investigación en mesa de parte del HNHU, para la respectiva aprobación y posterior permiso para la revisión de las historias clínicas solicitadas.

Los siguientes requisitos son:

- Solicitud dirigida al Director del HNHU, solicitando revisión y aprobación del proyecto de Tesis, adjuntar: requisitos solicitados por la institución.
- La solicitud con los requisitos debe ser presentada en Trámite Documentario

SEGUNDO: Después de haberse entregado el proyecto de tesis adjuntado con los requisitos solicitados, el proyecto de investigación se le entrego a los directivos del HNHU, el cual fue derivado al comité de docencia para su revisión y aprobación, luego al comité de ética e investigación donde aprobaron el proyecto, así mismo se solicitó autorización para acceder en archivo para la búsqueda del número de las Historias Clínicas requeridas del HNHU.

TERCERO: El tiempo promedio requerido para el llenado del instrumento fue de 9 minutos por cada ficha, haciendo un total de 10 días aproximados.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procedimiento a seguir será:

De acuerdo con la naturaleza de las preguntas se uso el programa estadístico Statistical Package For the Social Sciences (SPSS) v. 24; y Microsoft Excel v. 2010. El análisis inferencial estableció la asociación de las variables estudiadas en base al cálculo del *Odds Ratio (OR)* y su intervalo de confianza (IC) al 95 %. Se consideró significativo $p \leq 0,05$ denotará diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio ⁽²¹⁾.

Se usará la técnica estadística de análisis la distribución de frecuencias muestrales, cuadros de doble entrada y gráficos de frecuencia ⁽²¹⁾.

En la etapa de discusión de la información se contrastará con los antecedentes del trabajo y los resultados de la investigación y finalmente arribaremos a conclusiones ⁽²¹⁾. Para determinar los factores de riesgo asociado a parto pretérmino se empleará la prueba de Chi-cuadrado (X^2). / Odds Ratio (Razón de momios), una razón de dos probabilidades ⁽²¹⁾.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

- ❑ Dentro de los resultados obtenidos en este estudio sobre las características socio – demográficas se encontró que la edad más representativa fue la gestante adulta con 34%(96) en casos y en controles fue 34%(96), el nivel de instrucción que con mayor frecuencia se presentó fue el de secundaria con 73%(103) en casos y 78%(110) en controles, el estado civil más representativo fue el de conviviente en casos con 68,79%(19) y en controles con 76,60% (108).

- ❑ Dentro de los resultados obtenidos en este estudio sobre los factores de riesgo obstétricos se obtuvo como resultado que la paridad más representativa fue el de multigesta con 37,59% (53) en casos y con 35,46%(50) en controles. Existe una relación estadísticamente significativa entre la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino, encontrándose que el valor de la prueba de Chi Cuadrado (X^2)=60,772 y el valor p =0,000 (menor a 0,05), OR=17,658 y un IC= (7,304; 42,690), es decir que las gestantes con amenaza de parto pretérmino tiene 17,658 veces más riesgo de presentar parto pretérmino. Existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente de parto pretérmino y el parto pretérmino, encontrándose que el X^2 =13,777 y el valor p =0,000 (menor a 0,05), OR=10,171 y un IC= (2,313; 44,719), es decir que el antecedente de parto pretérmino tiene 10,171 veces más riesgo de presentar parto pretérmino respecto al grupo que no presentaron parto pretérmino. Existe relación estadísticamente significativa entre el control prenatal y el parto pretérmino, encontrándose que el X^2 =4,241 y un valor p=0,039 (menor a 0,05), OR=3,186 y un IC= (1,001; 10,131), es decir que no presentar control prenatal tiene 3,186 veces más riesgo de presentar parto

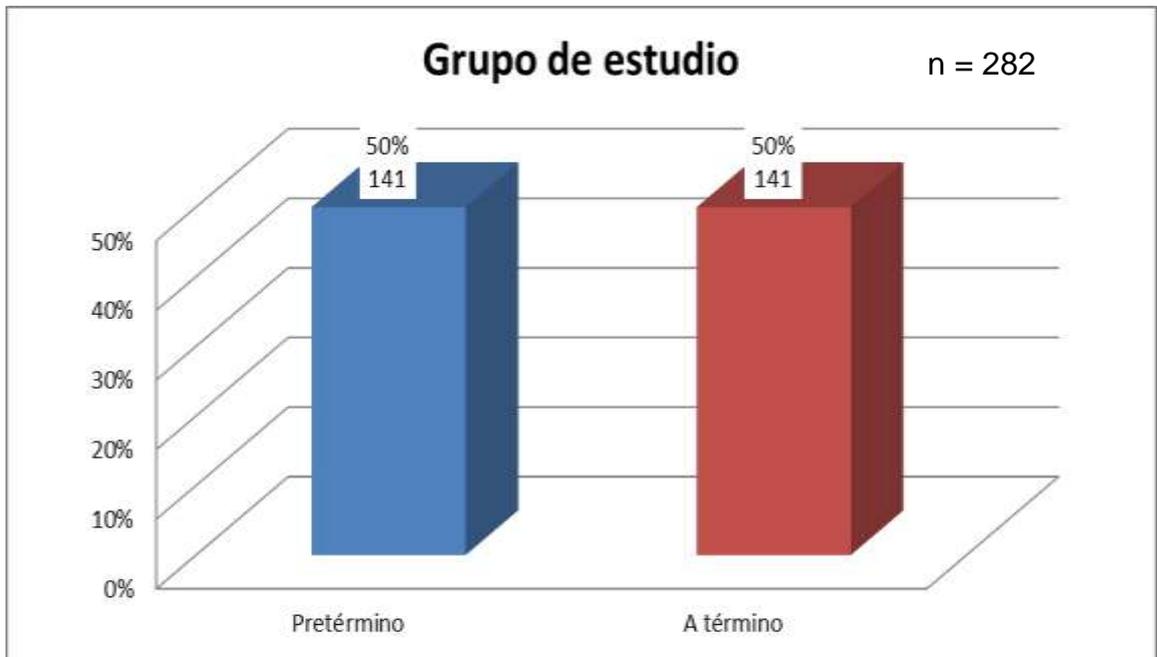
pretérmino con respecto a las gestantes que sí presentaron controles prenatales. Existe relación estadísticamente significativa entre el número de controles prenatales y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=28,914$ y un valor $p=0,000$ (menor a 0,05), $OR=3,946$ y un $IC= (2,369; 6,574)$, es decir que estar mal controlada tiene 3,946 veces más riesgo de presentar parto pretérmino con respecto a las gestantes controladas. No existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente de aborto y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=2,290$ y el valor $p=0,130$ (mayor a 0,05), $OR=0,630$ y un $IC= (0,345; 1,150)$.

- Dentro de los resultados obtenidos en este estudio sobre los factores de riesgo patológicos se obtuvo como resultado que sí existe relación estadísticamente significativa entre infección del tracto urinario y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=68,125$ y el valor $p=0,000$ (menor a 0,05), $OR=16,391$ y un $IC= (7,468; 35,977)$, es decir que la infección del tracto urinario tiene 16,391 veces más riesgo de presentar parto pretérmino respecto al grupo que no presentó infección del tracto urinario. Existe relación estadísticamente significativa entre la ruptura prematura de membrana y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=23,737$ y el valor $p=0,000$ (menor a 0,05), $OR=5,809$ y un $IC= (2,695; 12,522)$, es decir que la ruptura prematura de membrana tiene 5,809 veces más riesgo de presentar parto pretérmino respecto al grupo que no presentó ruptura prematura de membrana. Existe relación estadísticamente significativa entre anemia y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=4,467$ y el valor $p=0,035$ (menor a 0,05), $OR=0,569$ y un $IC= (0,336; 0,962)$, es decir que las gestantes que presentaron anemia tienen 0,569 veces más riesgo de presentar parto pretérmino. Existe relación estadísticamente significativa entre trastorno hipertensivo del embarazo y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=11,653$ y

el valor $p=0,001$ (menor a 0,05), $OR=0,282$ y un $IC= (0,132; 0,603)$, es decir que las gestantes que presentaron trastorno hipertensivo del embarazo tiene 0,282 veces más riesgo de presentar parto pretérmino.

- Dentro de los resultados obtenidos en este estudio sobre los datos del parto se obtuvo que la clasificación por edad gestacional en gestantes con parto pretérmino del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015 ;lo cual se obtuvo como resultado que la edad gestacional que se presentó con mayor frecuencia en gestantes fue prematuro moderado a tardío en caso con 73,76% (104) y que el peso que se presentó con mayor frecuencia en recién nacidos fue mayor de 2500g en caso con 34,04% (48) y en control fue de 89,36% (126).

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN DE PARTOS DEL HNHU EN EL AÑO 2015

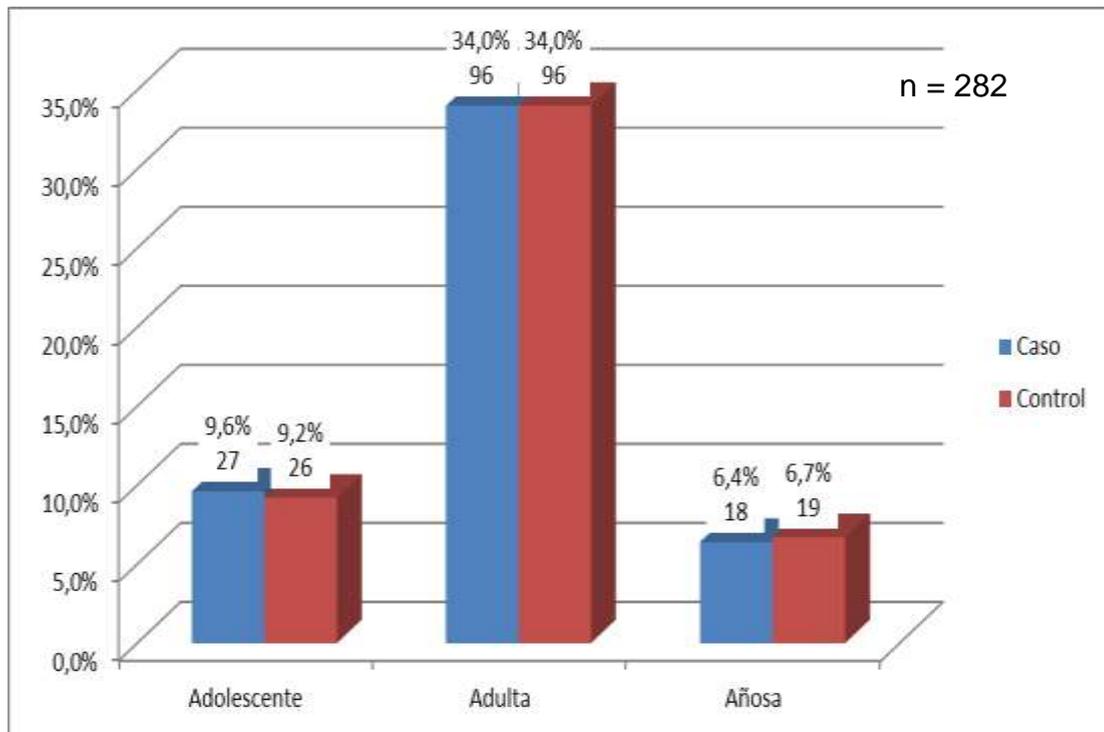


FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 1 se ha obtenido que el parto pretérmino representó el 50%(141) en los casos. En los controles se encontró parto a término representando el 50%(141).

GRÁFICO 2
EDAD EN EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DELHNU EN EL
AÑO 2015



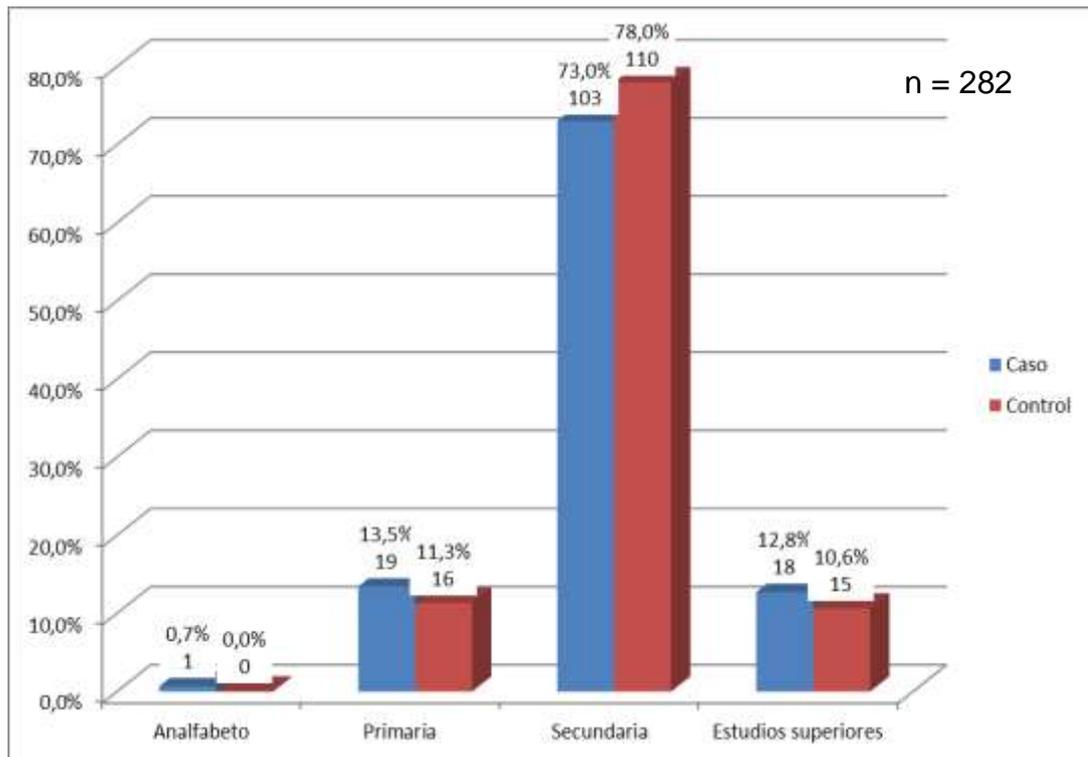
FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 2 se obtuvo como resultado que la edad más representativa fue la gestante adulta (20-34 años) tanto en casos y controles , con valore de 34% (96) .

GRÁFICO 3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

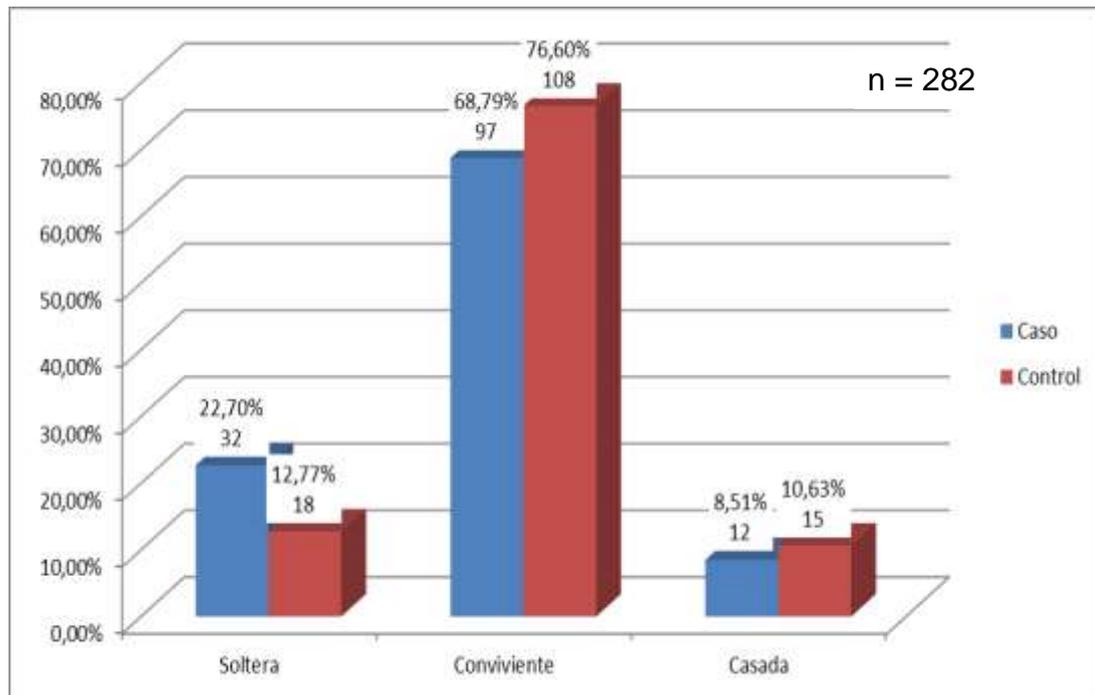


FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 3 se obtuvo como resultado que el nivel de instrucción que con mayor frecuencia se presentó fue el de secundaria tanto en casos y controles con valores de 73%(103) y 78%(110) respectivamente.

GRÁFICO 4
ESTADO CIVIL EN EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
HNHU EN EL AÑO 2015

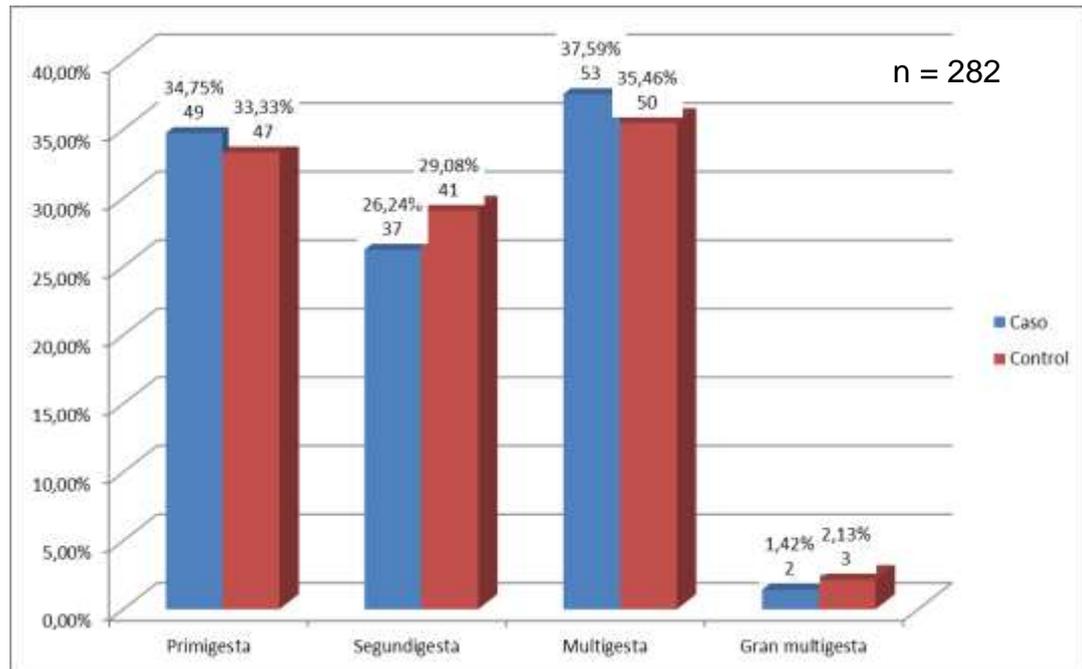


FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 4 se obtuvo como resultado que el estado civil mas representativo fue el de conviviente tanto en casos y controles, con valores de 68,79%(97)y 76,60% (108) respectivamente.

GRÁFICO 5
PARIDAD EN EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHUEN
EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

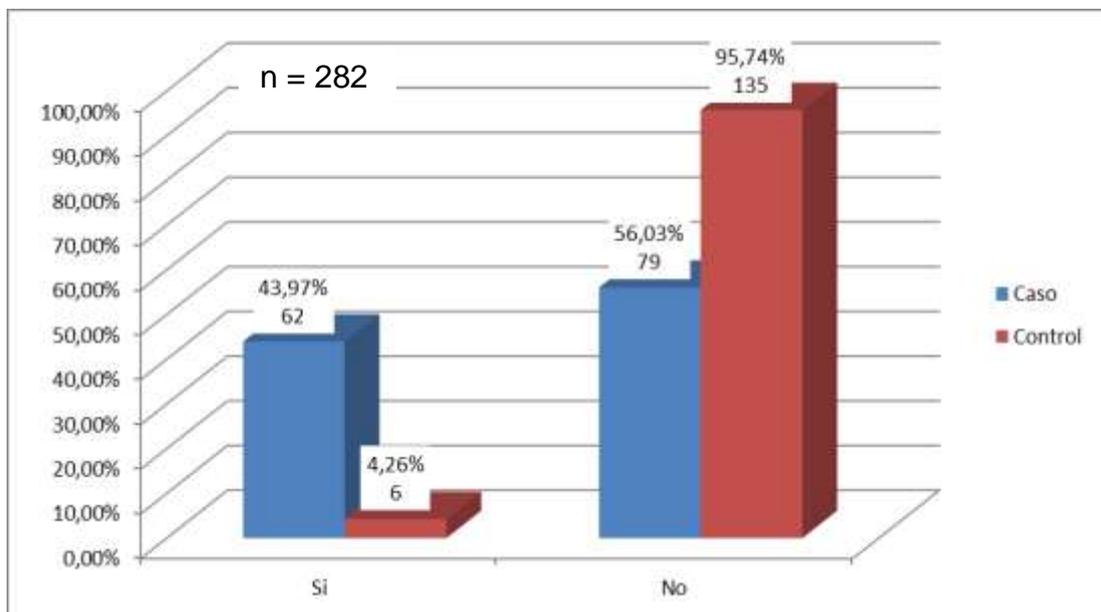
En el gráfico 5 se obtuvo como resultado que la paridad, que con mayor frecuencia se presentó fue el de multigesta tanto en casos y controles , con valores de 37,59% (53) y 35,46%(50) respectivamente .

TABLA 1
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

Amenaza de parto pretérmino	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Sí	62	43,97%	6	4,26%	68	24,11%
No	79	56,03%	135	95,74%	214	75,89%
Total	141	100%	141	100%	282	100%
$X^2=60,772$ GL=1 p=0,000 OR=17,658 IC=(7,304;42,690)						

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 6
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 1 y en el gráfico 6 se presenta la asociación entre la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino; encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 60,772 y el valor de significancia 0,000 (menor a 0,05) lo que indica que sí existe relación estadísticamente significativa entre la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino.

Asimismo la amenaza de parto pretérmino sí es un factor de riesgo para el parto prematuro, con un OR=17,658 y un IC= (7,304; 42,690), es decir que las gestantes con amenaza de parto pretérmino tiene 17,658 veces más riesgo de presentar parto pretérmino.

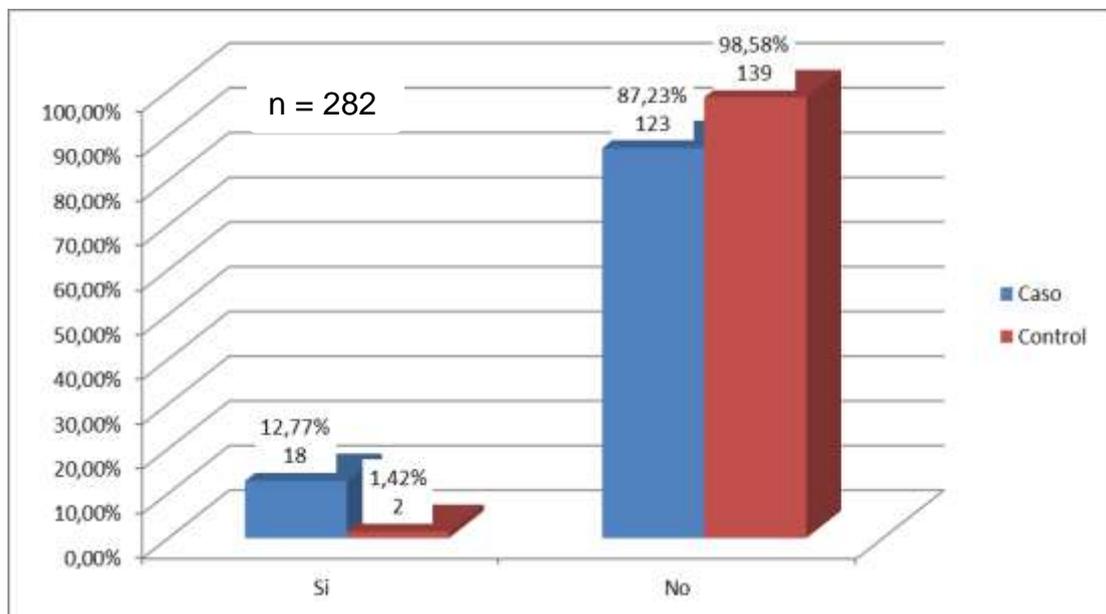
En el gráfico se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de gestantes no presentaron amenaza de parto pretérmino tanto en casos y controles , con valores de 56,03%(79) y 95,74%(135) respectivamente .

TABLA 2
ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

Antecedente de parto pretérmino	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Sí	18	12,77%	2	1,42%	20	7,09%
No	123	87,23%	139	98,58%	262	92,91%
Total	141	100%	141	100%	282	100%
$X^2=13,777$ $GL=1$ $p=0,000$ $OR=10,171$ $IC=(2,313;44,719)$						

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 7
ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 2 y en el gráfico 7 se presenta la asociación entre el antecedente de parto pretérmino y el parto pretérmino, encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 13,777 y el valor de significancia 0,000 (menor a 0,05) lo que indica que sí existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente de parto pretérmino y el parto pretérmino.

Asimismo, tener antecedente de parto pretérmino sí es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un OR=10,171 y un IC= (2,313; 44,719), es decir que el antecedente de parto pretérmino tiene 10,171 veces más riesgo de presentar parto pretérmino respecto al grupo que no presentaron parto pretérmino.

En el gráfico se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de gestantes que no presentaron antecedente de parto pretérmino, tanto en casos y controles con valores de 87,23% (123) y 98,58% (139) respectivamente.

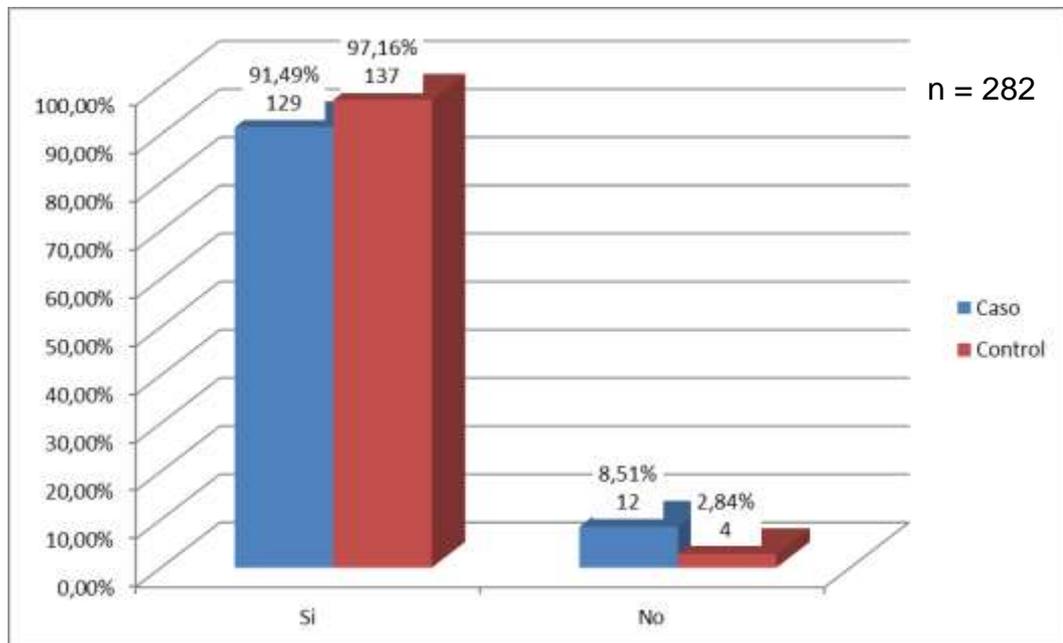
TABLA 3
CONTROL PRENATAL ASOCIADO AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

Control Prenatal	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Sí	129	91,49%	137	97,16%	266	94,33%
No	12	8,51%	4	2,84%	16	5,67%
Total	141	100%	141	100%	282	100%

$X^2=4,241$ GL=1 p=0,039 OR=3,186 IC=(1,001;10,131)

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 8
CONTROL PRENATAL ASOCIADO AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 3 y en el gráfico 8 se presenta la asociación entre el control prenatal y el parto pretérmino, encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 4,241 y el valor de significancia $p=0,039$ (menor a 0,05) lo que indica que sí existe relación estadísticamente significativa entre el control prenatal y el parto pretérmino.

Asimismo, el control prenatal sí es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un $OR=3,186$ y un $IC= (1,001; 10,131)$, es decir que no presentar control prenatal tiene 3,186 veces más riesgo de presentar parto pretérmino con respecto a las gestantes que sí presentaron controles prenatales.

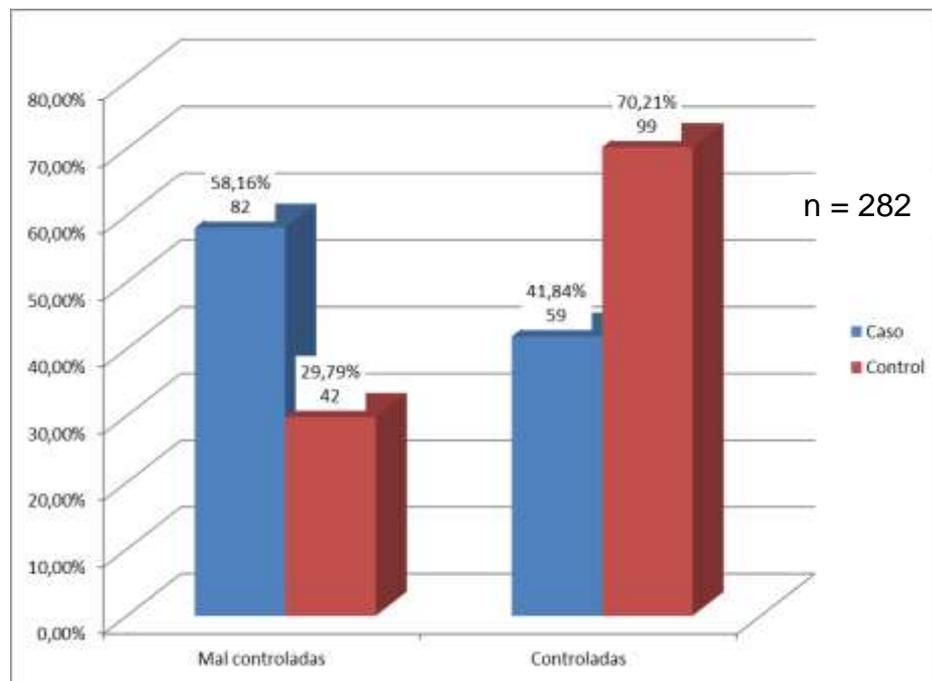
En el gráfico se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de gestantes que tuvieron controles prenatales, tanto en casos y controles con valores de 91,49% (129) y 97,16% (137) respectivamente.

TABLA 4
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADOS AL PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DELHNU EN EL AÑO 2015

Número de controles prenatales	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Controladas	59	41,84%	99	70,21%	158	56,03%
Mal controladas	82	58,16%	42	29,79%	124	43,97%
Total	141	100%	141	100%	282	100%
$X^2=28,914$ GL=1 p=0,000 OR=3,946 IC=(2,369;6,574)						

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 9
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADOS AL PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 4 y en el gráfico 9 se presenta la asociación entre el número de control prenatal y el parto pretérmino, encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 28,914 y el valor de significancia 0,000 (menor a 0,05) lo que indica que sí existe relación estadísticamente significativa entre el número de control prenatal y el parto pretérmino.

Asimismo, estar mal controlada sí es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un OR=3,946 y un IC= (2,369; 6,574), es decir que estar mal controlada tiene 3,946 veces más riesgo de presentar parto pretérmino con respecto a las gestantes controladas.

En el gráfico se obtuvo como resultado que el 58,16% (82) de gestantes estuvieron mal controladas respecto a casos y que el 70,21% (99) de gestantes estuvieron controladas respecto a los controles.

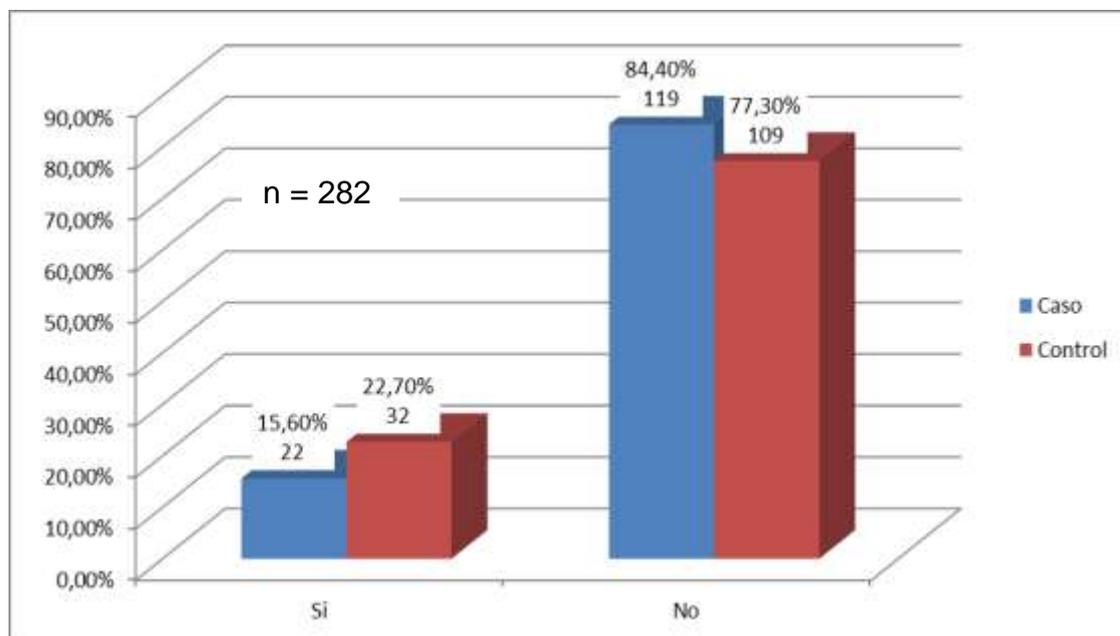
TABLA 5
ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

Antecedente de aborto	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Sí	22	15,60%	32	22,70%	54	19,15%
No	119	84,40%	109	77,30%	228	80,85%
Total	141	100%	141	100%	282	100%

$X^2=2,290$ $GL=1$ $p=0,130$ $OR=0,630$ $IC=(0,345;1,150)$

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 10
ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 5 y el gráfico 10 se presenta la asociación entre el antecedente de aborto y el parto pretérmino, encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 2,290 y el valor de significancia 0,130 (mayor a 0,05) lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente de aborto y el parto pretérmino.

Asimismo, el antecedente de aborto no es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un OR=0,630 y un IC= (0,345; 1,150).

En el gráfico 10 se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de gestantes no presentaron antecedente de aborto ,tanto en casos y controles con valores de 119 (84,40%) y 109 (77,30%) respectivamente.

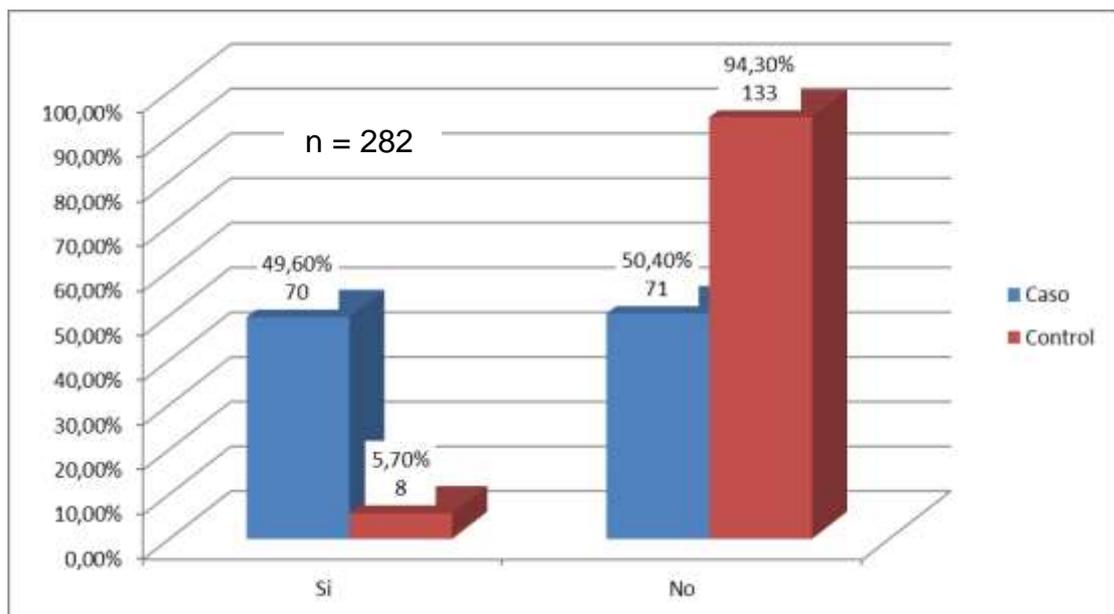
TABLA 6
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

ITU	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Sí	70	49,60%	8	5,70%	78	27,70%
No	71	50,40%	133	94,30%	144	72,30%
Total	141	100%	141	100%	282	100%

$X^2=68,125$ $GL=1$ $p=0,000$ $OR=16,391$ $IC=(7,468;35,977)$

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 11
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 6 y el grafico 11 se presenta la asociación entre infección del tracto urinario y parto pretérmino , encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 68,125 y el valor de significancia 0,000 (menor a 0,05) lo que indica que sí existe relación estadísticamente significativa entre infección del tracto urinario y el parto pretérmino.

Asimismo tener infección del tracto urinario sí es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un OR=16,391 y un IC= (7,468; 35,977), es decir que la infección del tracto urinario tiene 16,391 veces más riesgo de presentar parto pretérmino respecto al grupo que no presentó infección del tracto urinario.

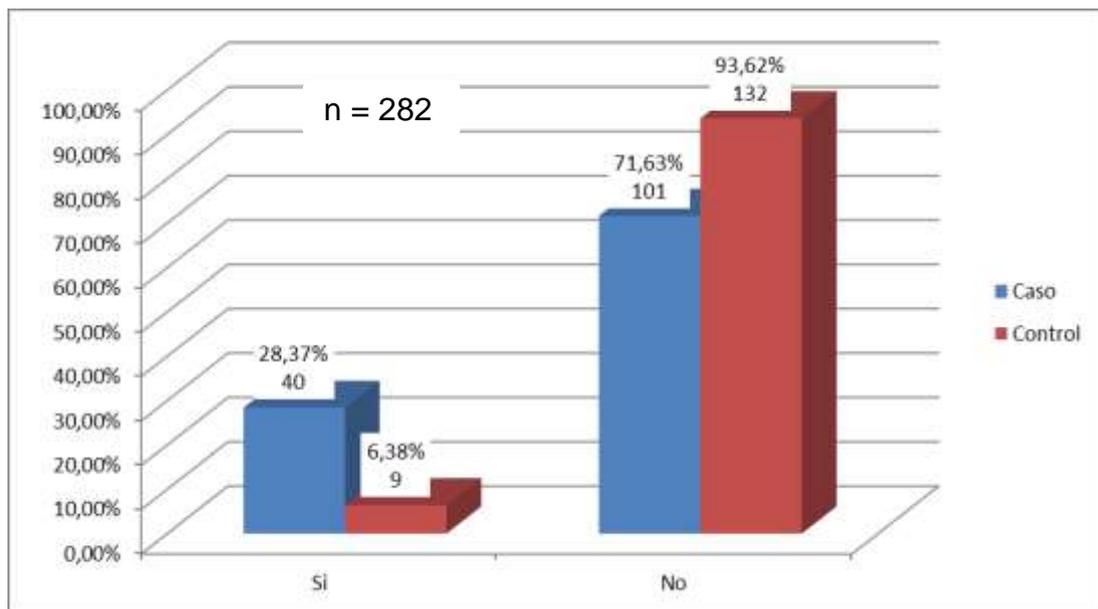
En el gráfico se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de gestantes que no presentaron infección del tracto urinario , tanto en casos y controles con valores de 50,40% (71) y 94,30% (133) respectivamente.

TABLA 7
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

RPM	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Sí	40	28,37%	9	6,38%	49	17,38%
No	101	71,63%	132	93,62%	233	82,62%
Total	141	100%	141	100%	282	100%
$X^2=23,737$ GL=1 p=0,000 OR=5,809 IC=(2,695;12,522)						

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 12
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 7 y el gráfico 12 se presenta la asociación entre el ruptura prematura de membrana y parto pretérmino, encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 23,737 y el valor de significancia 0,000 (menor a 0,05) lo que indica que sí existe relación estadísticamente significativa entre la ruptura prematura de membrana y el parto pretérmino.

Asimismo tener ruptura prematura de membrana sí es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un OR=5,809 y un IC= (2,695; 12,522), es decir que la ruptura prematura de membrana tiene 5,809 veces más riesgo de presentar parto pretérmino respecto al grupo que no presentó ruptura prematura de membrana.

En el gráfico se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de gestantes que no presentaron ruptura prematura de membrana, tanto en casos y controles con valores de 71,63%(101) y 93,62% (132) respectivamente.

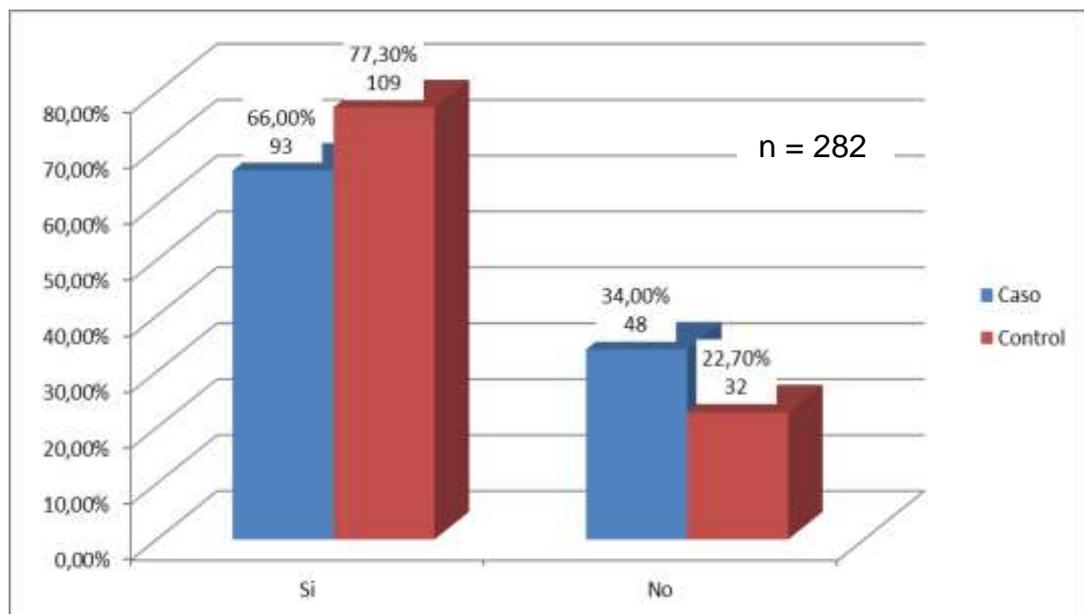
TABLA 8
ANEMIA ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
HNHU EN EL AÑO 2015

Anemia	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Sí	93	66,00%	109	77,30%	202	71,6%
No	48	34,00%	32	22,70%	80	28,4%
Total	141	100%	141	100%	282	100%

$X^2=4,467$ GL=1 p=0,035 OR=1,569 IC=(1,336;0,962)

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 13
ANEMIA ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

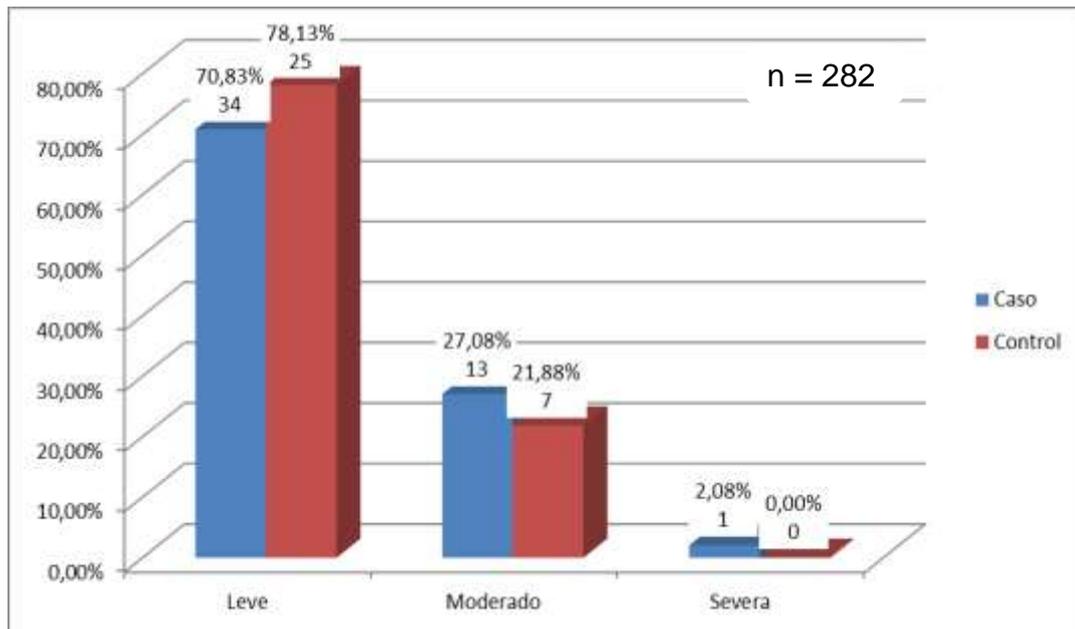
INTERPRETACIÓN:

En la tabla 8 y en el gráfico 13 se presenta la asociación entre anemia y el parto pretérmino, encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 4,467 y el valor de significancia 0,035 (menor a 0,05) lo que indica que sí existe relación estadísticamente significativa entre anemia y el parto pretérmino.

Asimismo la anemia sí es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un OR=0,569 y un IC= (0,336; 0,962), es decir que las gestantes que presentaron anemia tienen 0,569 veces más riesgo de presentar parto pretérmino.

En el gráfico se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de gestantes sí presentaron anemia , tanto en casos y controles con valores de 66% (93) y 22,70%(109) respectivamente.

GRÁFICO 14
CLASIFICACIÓN DE ANEMIA EN GESTANTES DEL GRUPO DE ESTUDIO DELHNUH EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 13 se obtuvo como resultado que en la clasificación de anemia, el resultado más representativo fue la anemia leve tanto en casos y controles con valores de 70,83% (34) y 78,13% (25) respectivamente.

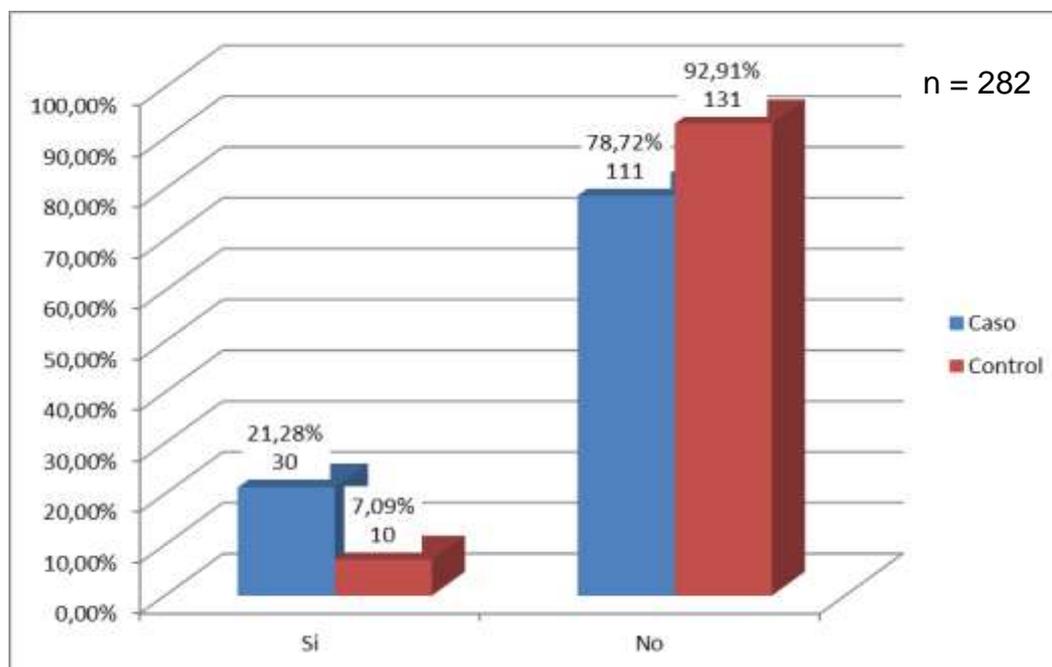
TABLA 9
TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

Trastorno Hipertensivo del embarazo	Grupo de estudio				Total	
	Caso		Control			
	N	%	N	%	N	%
Sí	30	21,28%	10	7,09%	40	14,18%
No	111	78,72%	131	92,91%	242	85,82%%
Total	141	100%	141	100%	282	100%

$X^2=11,653$ $GL=1$ $p=0,001$ $OR=1,282$ $IC=(1,132;0,603)$

FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

GRÁFICO 15
TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

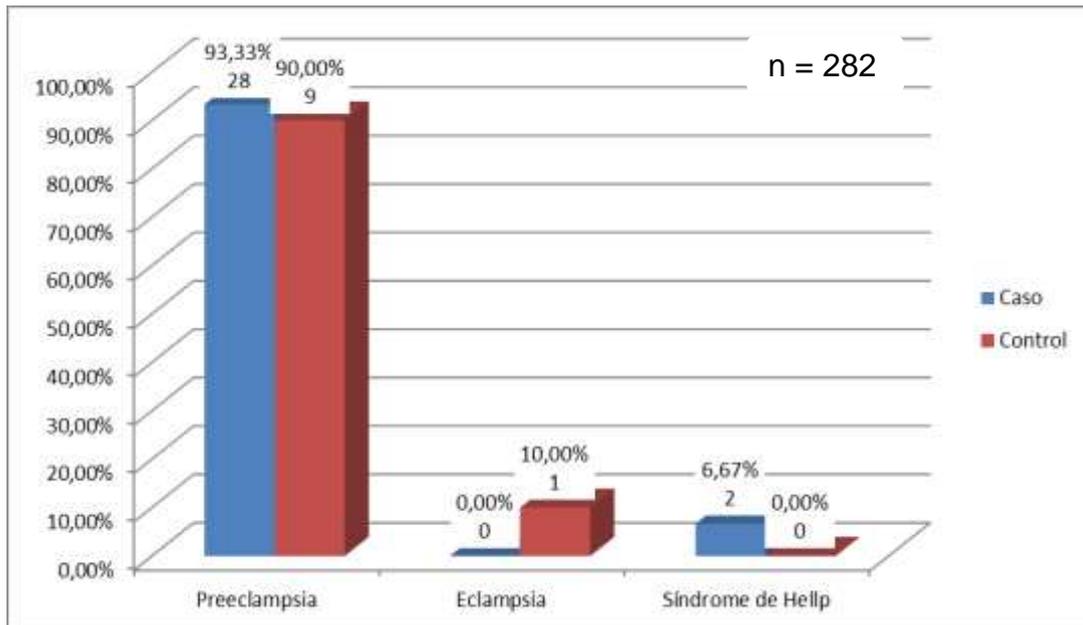
INTERPRETACIÓN:

En la tabla 9 y el gráfico 15 se presenta la asociación entre trastorno hipertensivo del embarazo y el parto pretérmino, encontrándose que el valor de la prueba Chi Cuadrado es 11,653 y el valor de significancia 0,001 (menor a 0,05) lo que indica que sí existe relación estadísticamente significativa entre trastorno hipertensivo del embarazo y el parto pretérmino.

Asimismo el trastorno hipertensivo del embarazo sí es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un OR=0,282 y un IC= (0,132; 0,603), es decir que las gestantes que presentaron trastorno hipertensivo del embarazo tiene 0,282 veces más riesgo de presentar parto pretérmino.

En el gráfico se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de gestantes no presentaron trastorno hipertensivo del embarazo ,tanto en casos y controles con los valores de 78,72% (111) y 92,91%(131) respectivamente.

GRÁFICO 16
PRESENTACIÓN DEL TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO
EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

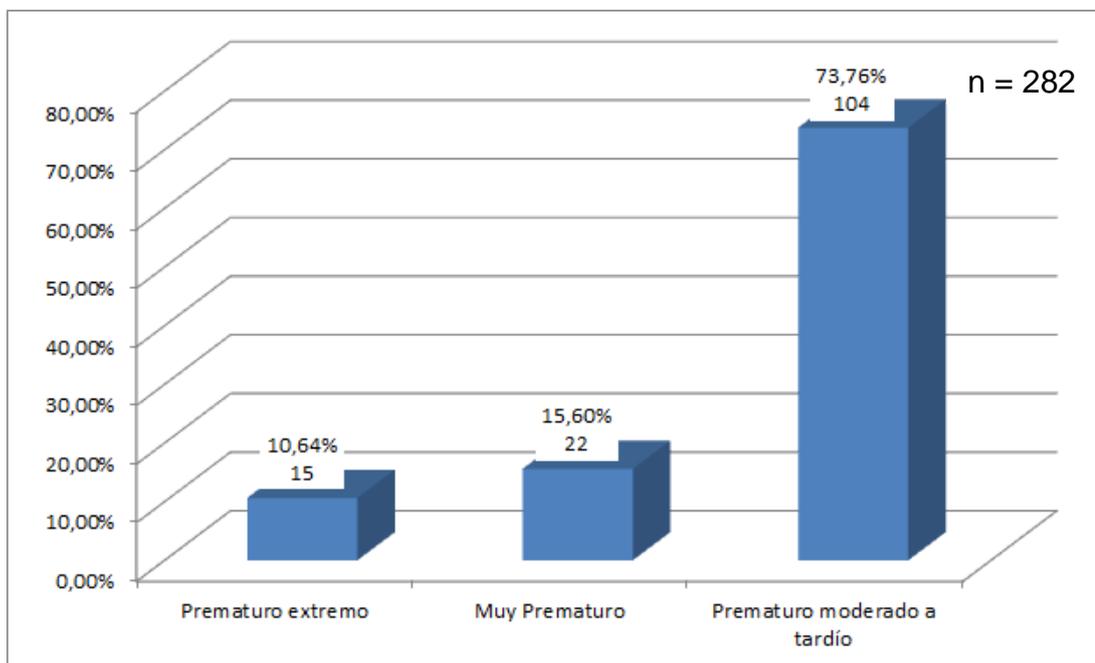


FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 16 se observa que la presentación más representativa del trastorno hipertensivo del embarazo fue la preeclampsia tanto en casos y controles con valores de 93,33% (28) y 90,00% (9) respectivamente.

GRÁFICO 17
EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

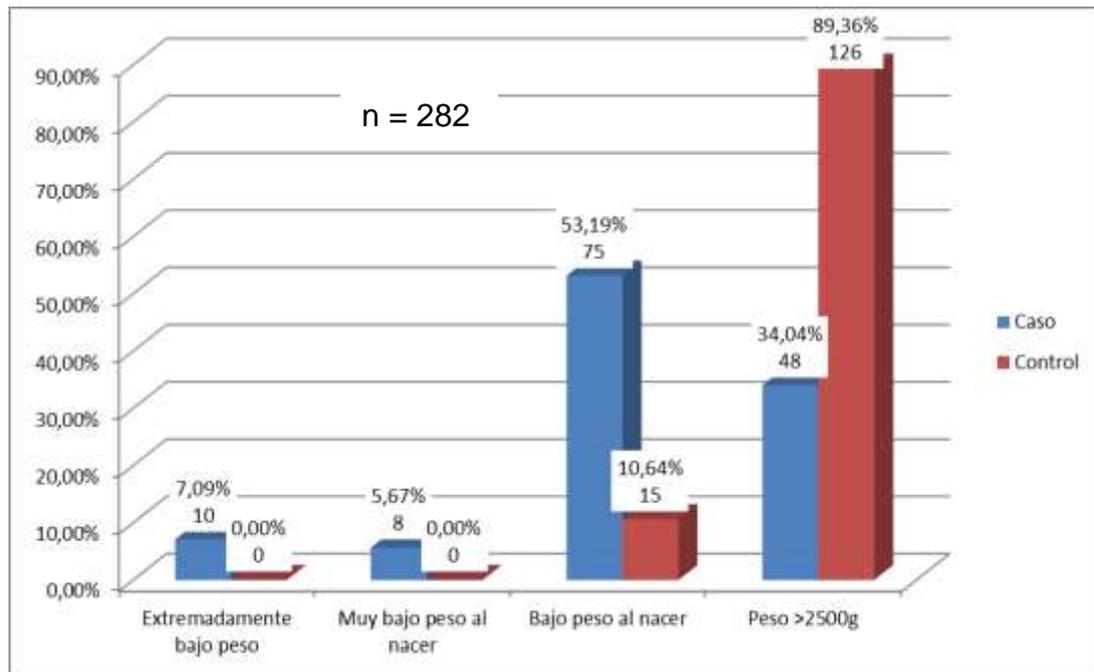


FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 17 se presenta la clasificación por edad gestacional en gestantes con parto pretérmino, lo cual se obtuvo como resultado que la edad gestacional que se presentó con mayor frecuencia fue prematuro moderado a tardío (32 a 36 semanas) con 73,76% (104).

GRÁFICO 18
PESO AL NACER EN RECIÉN NACIDOS DE PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: Datos obtenidos de las historias clínicas del HNHU en el año 2015.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 18 se presenta la clasificación de peso al nacer en recién nacidos de gestantes con parto pretérmino, lo cual se obtuvo como resultado que el peso más representativo en casos fue bajo peso al nacer(menor de 2500 g) con 53,19% y en controles fue normopeso (peso mayor de 2500 g) con 89,36% (126).

HIPÓTESIS ALTERNA (Hi1): Existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

HIPÓTESIS NULA (Ho): No existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

HIPÓTESIS ALTERNA (Hi2): Los factores de riesgo obstétricos están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

HIPÓTESIS NULA (Ho): Los factores de riesgo obstétricos no están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015

La amenaza de parto pretérmino tuvo como resultado que el valor de la prueba de Chi Cuadrado es $(X^2)=60,772$ y el valor $p = 0,000$ (menor a 0,05), $OR=17,658$ y un $IC= (7,304; 42,690)$, existe una relación estadísticamente significativa entre la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino, constituyéndose así un factor de riesgo.

El antecedente de parto pretérmino tuvo como resultado un $X^2=13,777$ y el valor $p =0,000$ (menor a 0,05), $OR=10,171$ y un $IC= (2,313; 44,719)$, existe una relación estadísticamente significativa entre el antecedente de parto pretérmino y el parto pretérmino, constituyéndose así un factor de riesgo.

El control prenatal tuvo como resultado un $X^2=4,241$ y un valor $p=0,039$ (menor a 0,05), $OR = 3,186$ y un $IC= (1,001; 10,131)$, existe una relación estadísticamente significativa entre el control prenatal y el parto pretérmino, constituyéndose así un factor de riesgo.

El número de control prenatal tuvo como resultado un $X^2=28,914$ y un valor $p= 0,000$ (menor a 0,05), $OR = 3,946$ y un $IC= (2,369; 6,574)$, existe una relación estadísticamente significativa entre el número de control prenatal y el parto pretérmino, constituyéndose así un factor de riesgo.

El antecedente de aborto tuvo como resultado un $X^2=2,290$ y el valor $p= 0,130$ (mayor a 0,05), $OR= 0,630$ y un $IC = (0,345; 1,150)$, no existe una

relación estadísticamente significativa entre el número de control prenatal y el parto pretérmino, no constituyéndose un factor de riesgo.

En todos los resultados analizados, se llega a la conclusión de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna.

HIPÓTESIS ALTERNA (Hi3): Los factores de riesgo patológicos están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

HIPÓTESIS NULA (Ho): Los factores de riesgo patológicos no están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.

La infección del tracto urinario tuvo como resultado un $X^2=68,125$ y el valor $p = 0,000$ (menor a 0,05), $OR=16,391$ y un $IC= (7,468; 35,977)$, existe una relación estadísticamente significativa entre la infección del tracto urinario y el parto pretérmino, constituyéndose así un factor de riesgo.

La ruptura prematura de membrana tuvo como resultado un $X^2=23,737$ y el valor $p = 0,000$ (menor a 0,05), $OR = 5,809$ y un $IC = (2,695; 12,522)$, existe una relación estadísticamente significativa entre la infección del tracto urinario y el parto pretérmino, constituyéndose así un factor de riesgo.

La anemia tuvo como resultado un $X^2= 4,467$ y el valor $p=0,035$ (menor a 0,05), $OR=0,569$ y un $IC= (0,336; 0,962)$, existe una relación estadísticamente significativa entre la anemia y el parto pretérmino, constituyéndose así un factor de riesgo.

El trastorno hipertensivo del embarazo tuvo como resultado un $X^2=11,653$ y el valor $p=0,001$ (menor a 0,05), $OR = 0,282$ y un $IC= (0,132; 0,603)$, existe una relación estadísticamente significativa entre el trastorno hipertensivo del embarazo y el parto pretérmino, constituyéndose así un factor de riesgo.

En todos los resultados analizados, se llega a la conclusión de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna.

4.2. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en este estudio sobre las características socio – demográficas en gestantes con parto pretérmino se encontró que la edad más representativa fue la gestante adulta (20 – 34 años) con 34%, se encontró como resultado que el nivel de instrucción que con mayor frecuencia se presentó fue el de secundaria con 73%, el estado civil más representativo fue el de conviviente 68,79%, resultado que se asemeja a los obtenidos por Taboada R ⁽¹⁾. En lo cual se encontró que la edad materna entre 19 a 35 años representó el 49,3%, estado civil conviviente con el 72%, nivel de instrucción secundaria con 49,3 %.

Dentro de los resultados obtenidos en este estudio sobre los factores de riesgo obstétricos en gestantes con parto pretérmino se obtuvo como resultado que la paridad más representativa fue el de multigesta con 37,59%; en la amenaza de parto pretérmino se encontró que el $X^2=60,772$ y el valor $p=0,000$, OR = 17,658 y un IC= (7,304; 42,690); antecedente de parto pretérmino se encontró que el $X^2= 13,777$ y el valor $p=0,000$, OR=10,171 y un IC = (2,313; 44,719); en el control prenatal se encontró que el $X^2= 4,241$ y el valor $p=0,039$,OR = 3,186 y un IC = (1,001; 10,131); en el número de controles prenatales se encontró que el $X^2= 28,914$ y el valor $p= 0,000$, OR= 3,946 y un IC = (2,369; 6,574), obteniendo resultados similares por Taboada R ⁽¹⁾. En lo cual se encontró que la paridad más representativa fue el de multigesta con 58,7%, antecedente de parto pretérmino se encontró que el $X^2= 5,237$ y el valor $p=0,022$, OR=2,275 y un IC= (1,117; 4,631), control prenatal con $X^2= 4,782$ y el valor $p= 0,029$ OR=2,108 y un IC= (1,075; 4,132). En el antecedente de aborto el resultado que se encontró del $X^2= 2,290$ y el valor $p= 0,130$, OR=0,630 y un IC= (0,345; 1,150) , resultado que se asemeja a lo obtenido por García B ⁽³⁾. En lo cual el antecedente de aborto el resultado que se encontró fue el valor de $p = 0,071$ y OR = 4,26 y un IC = 0,81 – 22,53.

Dentro de los resultados obtenidos en este estudio sobre los factores de riesgo patológicos en gestantes con parto pretérmino se obtuvo como resultado que existe relación estadísticamente significativa entre infección del tracto urinario y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=68,125$ y el valor $p=0,000$, $OR=16,391$ y un $IC= (7,468; 35,977)$; existe relación estadísticamente significativa entre la ruptura prematura de membrana y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=23,737$ y el valor $p=0,000$ (menor a 0,05), $OR=5,809$ y un $IC= (2,695; 12,522)$, resultado que se asemeja a lo obtenido por Sánchez P ⁽¹⁹⁾. En lo cual la Infección del tracto urinario tuvo un $X^2=35,949$ y el valor $p=0,000$, $OR=8,968$ y un $IC= (3,938; 20,425)$, la ruptura prematura de membrana tuvo $X^2=87,458$ y el valor $p=0,000$, $OR=5,211$ y un $IC= (3,619; 7,502)$. Existe relación estadísticamente significativa entre anemia y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=4,467$ y el valor $p=0,035$, $OR=0,569$ y un $IC= (0,336; 0,962)$, resultado similar obtenido por Carnero C. ⁽¹⁴⁾ en lo cual anemia tuvo un $p=0,000$ con un $OR: 2.26$ e $IC = (1.5085 - 3.3726)$. Existe relación estadísticamente significativa entre trastorno hipertensivo del embarazo y el parto pretérmino, encontrándose que el $X^2=11,653$ y el valor $p=0,001$, $OR=0,282$ y un $IC= (0,132; 0,603)$, resultado que se asemeja por Taboada R ⁽¹⁾. En lo cual la anemia tuvo un $X^2=6,145$ y el valor $p=0,013$, $OR=2,458$ y un $IC= (1,196; 5,051)$ y el trastorno Hipertensivo del embarazo obtuvo un $X^2=4,960$ y el valor $p=0,026$, $OR=0,351$ y un $IC= (0,136; 0,906)$.

Dentro de los resultados obtenidos en este estudio sobre los datos del parto se obtuvo que la clasificación por edad gestacional en gestantes con parto pretérmino se encontró que la edad gestacional que se presentó con mayor frecuencia en gestantes fue prematuro moderado a tardío (32 a <37 semanas) con 73,76% y que el peso que se presentó con mayor frecuencia en recién nacidos fue mayor de 2500g con 34,04%, resultado que se asemeja a lo obtenido por Carnero C ⁽¹⁴⁾. En lo cual el 79% representó al prematuro moderado a tardío.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ❑ Los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes, tuvo una relación estadísticamente significativa, concluyéndose factores de riesgo para parto pretérmino.
- ❑ En la distribución de las características socio – demográficas en gestantes con parto pretérmino se presentó con mayor frecuencia: edad adulta con 96 %, nivel de instrucción secundaria con 73% y estado civil conviviente con 68,79%.
- ❑ Los factores de riesgo obstétricos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: Multigesta con 37.59%, amenaza de parto pretérmino con $X^2=60.772$ y el valor $p =0.000$ y $OR=17.658$, antecedente de parto pretérmino con $X^2=13.777$ y el valor $p =0.000$ y $OR=10.171$,control prenatal con $X^2=4,241$ y un valor $p=0,039$ (menor a 0,05) y $OR=3.186$, número de controles prenatales con $X^2=28.914$ y un valor $p=0.000$ y $OR=3.946$, encontrándose que éstos factores sí representan relación estadísticamente significativa .Por el contrario con antecedente de aborto con $X^2=2.290$ y el valor $p=0.130$ y $OR=0.630$ no se encontró relación estadísticamente significativa .
- ❑ Los factores de riesgo patológicos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: infección del tracto urinario con $X^2=68.125$ y el valor $p=0.000$ y $OR=16.391$, ruptura prematura de membrana con $X^2=23.737$ y el valor $p=0.000$ y $OR=5.809$, anemia con $X^2=4.467$ y el valor $p=0.035$ y $OR=0.569$, trastorno Hipertensivo del embarazo con $X^2=11.653$, el valor $p=0.001$ y $OR=0.282$,encontrándose que éstos factores sí representan relación estadísticamente significativa.

- ❑ En los datos del parto se encontró que la edad gestacional más representativa en el parto pretérmino fue la de prematuro de moderado a tardío con 73,76% y según el peso del recién nacido que con mayor frecuencia se presentó fue bajo peso al nacer con 53,19%.

5.2. RECOMENDACIONES

- ❑ Brindar mediante el Ministerio de Salud estrategias para las atenciones dirigidas en gestantes y mujeres en edad reproductiva, mediante charlas informativas o medios de comunicación con el fin de identificar precozmente factores de riesgo modificables y evitar futuras complicaciones y secuelas neonatales, con el respectivo compromiso y apoyo de la pareja, de esta manera disminuyendo la morbimortalidad perinatal.
- ❑ Concientizar a las gestantes sobre su estricta asistencia en su control prenatal, para brindar los respectivos cuidados en el embarazo, como educando a las gestantes sobre los riesgos y signos de alarma que puedan reconocer mediante las psicoprofilaxis.
- ❑ Promover las medidas higiénicas o factores que puedan condicionar a la infección del tracto urinario y posteriormente a la ruptura prematura de membrana, acudiendo tempranamente a sus controles para la detección precoz de alguna complicación mediante los exámenes requeridos.
- ❑ Realizar un trabajo multidisciplinario con el médico especialista, obstetra, nutricionista, pediatra para obtener un producto a término y con adecuado peso al nacer, de esta manera prevenir la morbimortalidad perinatal. Capacitar periódicamente al personal de salud de los establecimientos periféricos sobre las gestantes con parto pretérmino, para que puedan acudir y brindar un manejo oportuno y así derivar inmediatamente a los establecimientos de mayor complejidad. Mejorar la calidad y el respectivo llenado completo de los registros de las Historias Clínicas Perinatales del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Taboada Ramírez R.C.F, *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”de enero a diciembre 2013*.Tesis doctoral. Iquitos, Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana .2015
2. Chira JL, Sosa JL. *Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque*. Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/N°2. ISSN 2313-0369 /2015
3. Parra Velarde F. *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012*. Tesis doctoral. Tacna, Perú : Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.Facultal de Ciencias de la Salud.2013
4. Organización Mundial de la salud .*Nacimientos Prematuros*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es>. (último acceso de Septiembre del 2016)
5. Olaya Guzmán R.A, *Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013*.Tesis doctoral. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas.2013
6. Carrillo Reyes M. *Factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales del parto pretérmino en el Hospital San José De Chincha Noviembre 2015*.Tesis doctoral. Universidad Privada de Ica.2016

7. Instituto Nacional Materno Perinatal .Boletín estadístico 2014. Oficina de estadística e informática (fecha de acceso: octubre del 2016).<http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletinesestadisticos/1422371837>
8. Cunningham F. Leveno K. Bloom S. Hauth J. Rouse D. Spong C. Partoprematuro. En: García Carbajal N.L. (ed.) *Williams Obstetricia*. 23^aed. México: McGRAW-HILL; 2010. P.p 804 - 827
9. Miranda-Flores AF. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. *Acta Med Per*. 2014;31(2):84-89.
10. Análisis Situacional De Salud Hospitalario 2015 (fecha de acceso: octubre del 2016).
11. Guevara Díaz W.D. *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro De Guaranda, periodo 2013-2015*. Tesis doctoral. Ambato , Ecuador: Universidad Regional Autónoma De Los Andes

Uniandes.2015

12. García Calvo B.C, *“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 “*. Tesis doctoral .Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015
13. Riscarle M, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. *Partopretérmino en adolescentes*. *Rev. Obstétrica. Ginecológica. Venezolana* 2008;68(3):144-149
14. Carnero Cabrera Y. X. *Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el*

- periodo enero – junio del 2015.* Tesis doctoral. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana .2016
15. Rodríguez-Coutiño S.I. Ramos-González R. Hernández-Herrera R.J. *Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles.* GinecolObstetMex 2013; 81:499-503
 16. Goya Canino M.M. Pesario cervical para la prevención de parto prematuro en gestantes con cérvix cortó. Tesis doctoral. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina.2012
 17. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología.* Lima, Perú.2014
 18. Guillén Guevara J.J. *Factores Maternos Asociados al Parto Pretérmino Hospital Nacional Alberto SabogaLSologuren 2014.* Tesis doctoral. Lima, Perú. Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana. 2015
 19. Sánchez Pacheco K.N. *“Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2012 – 2014 “.* Tesis doctoral .Trujillo, Perú. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina Humana.2016
 20. Pértegas Díaz S.Pita Fernández S. *Cálculo del tamaño muestral en estudio de casos y controles*((fecha de acceso: octubre del 2016).)
 21. Mamani Solórzano J. *Factores de riesgo maternos para parto muy pretérmino. Instituto Nacional Materno Perinatal. Años 2011-2012 .*Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad para obtención del grado de Especialista.2014

22. Espitia De La Hoz F. Orozco Santiago L. *Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse*. MéD. UIS. 2013; 26(3):45-50
23. Hernández R, Fernández C, Baptista P. “Metodología de la Investigación”. (5ta ed.). México: McGraw-Hill; 2010
24. Ramón García. *Definición recién nacido o neonato*. <http://www.alfinpadres.com/definicion-de-neonato-o-recien-nacido-al-fin-padres/> 2016
25. Ortiz Ramírez F. *Parto Pretérmino: Detección y prevención de factores de riesgo*. Tesis doctoral. Colombia – Bogotá : Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A 2015
26. Cerda J. Vera C. Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Oct [citado 2016 Oct 23]; 141(10): 1329-1335. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000014&lng=es.
27. Loretta Giacomini C. Manrique Leal M. Moya Sibaja R. *Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino*. Acta Méd. Costarric. Vol 51 (1), enero-marzo 2009
28. Illescas Castañeda J. A. *Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino*. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:11-14
29. Ovalle A. Kakarieka E. Rencoret G. Fuentes A. Del Río M. Morong C. et al *Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago*. Rev Med Chile 2012; 140: 19-29
30. Genes Barrios V.B. *Factores de riesgo asociados al parto pretérmino*. Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2012, Pág. 8-14

31. Pita Fernández S. Pértega Díaz S. Significancia estadística y relevancia clínica (fecha de acceso: septiembre del 2016).
32. Juan Francisco Monge Ivars, Ángel A. Juan Pérez. ESTADÍSTICA NO PARAMÉTRICA: PRUEBA CHI-CUADRADO X^2 (fecha de acceso: noviembre del 2016). http://www.uoc.edu/in3/emath/docs/Chi_cuadrado.pdf
33. Ricardo López. Tipos de muestreo (fecha de acceso: noviembre del 2016). <Http://www.ricardonica.com/Interpretacion/Muestreo.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

67

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	ÍTEMS	FUENTE
Variable independiente: Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Edad	Adolescente: (≤ 19) Adulta : (20 -34) Añosa : (≥ 35)	Cualitativa	Ordinal	1	Instrumento
		Nivel de instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Ordinal	2	Instrumento
		Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Cualitativa	Nominal	3	Instrumento
		Paridad	Primigesta Segundigesta Multigesta Gran Multigesta	Cualitativa	Ordinal	4	Instrumento

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	ÍTEMS	FUENTE
Variable independiente: Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir enfermedad o lesión.	Control prenatal	Sí No	Cualitativa	Nominal	5	Instrumento
		Número de control prenatal	Controlada : ≥ 6 Mal controlada : <6	Cualitativa	Nominal		
		Antecedente de parto pretérmino	Sí No	Cualitativa	Nominal	6	Instrumento
		Amenaza de parto pretérmino	Sí No	Cualitativa	Nominal	7	Instrumento
		Antecedente de aborto	Sí No	Cualitativa	Nominal	8	Instrumento
		Anemia	Sí No	Cualitativa	Nominal	9	Instrumento

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	ÍTEMS	FUENTE
Variable independiente : Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Clasificación de anemia	Leve Moderada Severa	Cualitativa	Ordinal	9	Instrumento
		Trastorno Hipertensivo del embarazo	Sí No	Cualitativa	Nominal	10	Instrumento
		Clasificación del Trastorno Hipertensivo del Embarazo	a. Hipertensión gestacional () b.Preeclampsia () c.Eclampsia () d.Hipertensión crónica más Preeclampsia () e.Síndrome de Hellp ()	Cualitativa	Ordinal		
		Infección del tracto urinario	Sí No	Cualitativa	Nominal	11	Instrumento

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	ÍTEMS	FUENTE
Variable independiente: Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Ruptura prematura de membrana	Sí No	Cualitativa	Ordinal	12	Instrumento
Variable dependiente: Parto pretérmino	Es aquel nacido entre las semanas 22 y <37 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días	Edad gestacional al momento del parto	Moderado a tardío Muy prematuro Prematuro extremo	Cualitativa	Ordinal	13	Instrumento
		Peso al nacer	Normopeso Bajo peso al nacer Muy bajo peso al nacer Extremadamente bajo peso al nacer	Cualitativa	Ordinal	14	Instrumento

ANEXO 2: INSTRUMENTO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015.

Información para realizar el proyecto de tesis "Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2015." Caso () Control ()

Historia clínica:

Nº Ficha:

Fecha:

I. DATOS DESOCIO – DEMOGRÁFICOS:

1. Edad :
2. Nivel de Instrucción:
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()
3. Estado civil :
 - Soltera ()
 - Conviviente ()
 - Casada ()

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS :

4. Paridad: G: ___ P: ___ ___ ___ ___
 - Primigesta ()
 - Segundigesta ()
 - Multigesta ()
 - Gran multigesta ()
5. Número de controles prenatales: sí () no ()
 - Controlada: ≥ 6 ()
 - Mal controlada : < 6 ()

6. Antecedentes de parto pretérmino :

- Sí ()
- No ()

7. Amenaza de parto pretérmino :

- Sí ()
- No ()

8. Antecedente de aborto :

- Sí ()
- No ()

III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

9. Anemia (Hb) :sí () no ()

- Leve: Hb de 10 a 10,9 g/dl ()
- Moderada : Hb de 7 a 9,9 g/dl ()
- Severa: Hb menos de 7 g/dl ()

10. Trastorno Hipertensivo del embarazo : sí () no ()

- Hipertensión gestacional ()
- Preeclampsia ()
- Eclampsia ()
- Hipertensión crónica más Preeclampsia()
- Síndrome de Hellp ()

11. Infección del Tracto Urinario (ITU) :

- Sí ()
- No ()

12. Ruptura Prematura de Membrana (RPM):

- Sí ()
- No ()

IV. DATOS DEL PARTO :

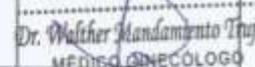
13. Edad gestacional al momento del parto: ()
- Prematuro moderado a tardío: 32 a < 37 semanas ()
 - Muy prematuros: 28 a 31 semanas ()
 - Prematuros extremos: < de 28 semanas ()
14. Peso al nacer : ()
- Peso \geq 2500 g ()
 - Bajo peso al nacer: < 2500 g ()
 - Muy bajo peso al nacer: < 1500 g ()
 - Extremadamente bajo peso: < 1000 g ()

ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA EXPERTOS
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Investigación titulada: Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unánue en el año 2015.

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	EXPERTOS					
		A		B		C	
		Si	No	Si	No	Si	No
1	El instrumento tiene estructura lógica.	✓		✓		✓	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	✓		✓		✓	
3	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	✓		✓		✓	
4	Los ítems permiten medir el problema de investigación.	✓		✓		✓	
5	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	✓		✓		✓	
6	El instrumento abarca las variables e indicadores.	✓		✓		✓	
7	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.	✓		✓		✓	

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE EXPERTOS		
	APELLIDOS Y NOMBRES	FIRMA DEL EXPERTO
A	Sandoval Alvarillo, Valdemar E.	
B	MIRANDA Flores Alan Francis	
C	Walter Mandamanto Trujillo	 <small>Dr. Walter Mandamanto Trujillo MEDICO GINECOLOGO CMP. 45614 / RNE: 21190</small>

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

75

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p style="text-align: center;"><u>PROBLEMA GENERAL</u></p> <p>¿Cuál es son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?</p>	<p style="text-align: center;"><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Determinar los factores de riesgo que están asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015.</p>	<p style="text-align: center;"><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></p> <p>Existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015. No existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015.</p>	<p style="text-align: center;">VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p style="text-align: center;">Factores de riesgo</p> <p style="text-align: center;">VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p style="text-align: center;">Parto Pretérmino</p>	<p><input type="checkbox"/> Características socio demográficas</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo obstétricas.</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo patológicos-</p>	<p style="text-align: center;"><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p> <p>Estudio tipo cuantitativo retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles.</p> <p style="text-align: center;"><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></p> <p>La población está compuesta por 601 historias clínicas y la muestras por 141 casos y 141 controles por la formula correspondiente.</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA ESPECÍFICOS</u></p> <p>¿Cuál es la distribución de las características socio-demográficas en el parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?</p>	<p><u>OBJETIVO ESPECÍFICOS</u></p> <p>Determinar la distribución de las características socio – demográficas en el parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015</p>	<p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</u></p> <p>No presenta hipótesis.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Parto Pretérmino</p>	<p><input type="checkbox"/> Características socio – demográficas</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo obstétricas.</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo patológicos-</p>	<p><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p> <p>Estudio tipo cuantitativo retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles.</p> <p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></p> <p>La población está compuesta por 601 historias clínicas y la muestras por 141 casos y 141 controles por la formula correspondiente.</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA ESPECÍFICOS</u></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?</p>	<p><u>OBJETIVO ESPECÍFICOS</u></p> <p>Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015</p>	<p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</u></p> <p>1. Los factores de riesgo obstétricos están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015. 2. Los factores de riesgo obstétricos no están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Parto Pretérmino</p>	<p><input type="checkbox"/> Características socio demográficas –</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo obstétricas.</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo patológicos-</p>	<p><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p> <p>Estudio tipo cuantitativo retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles.</p> <p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></p> <p>La población está compuesta por 601 historias clínicas y la muestras por 141 casos y 141 controles por la formula correspondiente.</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA ESPECÍFICOS</u></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015?</p>	<p><u>OBJETIVO ESPECÍFICOS</u></p> <p>Identificar los factores de riesgo patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015</p>	<p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</u></p> <p>1. Los factores de riesgo patológicos están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015. 2. Los factores de riesgo patológicos no están asociados al parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Parto Pretérmino</p>	<p><input type="checkbox"/> Características socio demográficas –</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo obstétricas.</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo patológicos-</p>	<p><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p> <p>Estudio tipo cuantitativo retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles.</p> <p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></p> <p>La población está compuesta por 601 historias clínicas y la muestras por 141 casos y 141 controles por la formula correspondiente.</p>

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA ESPECÍFICOS</u></p> <p>¿Cuáles la clasificación por edad gestacional y en función del peso en recién nacidos en parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015?</p>	<p><u>OBJETIVO ESPECÍFICOS</u></p> <p>Determinar la clasificación por edad gestacional y en función del peso al nacer en recién nacidos de parto pretérmino en gestantes del HNHU en el año 2015</p>	<p><u>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</u></p> <p>No hay hipótesis</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Parto Pretérmino</p>	<p><input type="checkbox"/> Características socio demográficas –</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo obstétricas.</p> <p><input type="checkbox"/> Factores de riesgo patológicos-</p>	<p><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p> <p>Estudio tipo cuantitativo retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles.</p> <p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></p> <p>La población está compuesta por 601 historias clínicas y la muestras por 141 casos y 141 controles por la formula correspondiente.</p>

ANEXO 5: MAPA GEOPOLÍTICO DE LA UBICACIÓN DEL HNHU - 2015

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015



FUENTE: ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD HOSPITALARIO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE DEL 2015

ANEXO 6: BASE DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015

C	P1_EDAD	P2_NIVELINS	P3_ECIVIL	P4_PARIDAD	P5	P5_1_NUM	P6_ANTP	P7_AMEN	P8_ANTA	P9_ANEM	P9_1_NIVEL	P10_1	P10	P11_ITU	P12_RPM	P13_OTRC	P14_EDADGEST	P15_PESO	OTROS	Edad_2	C2	controladas
Caso 18	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		Menor de 20 años	Caso	Controladas
Caso 25	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Controlada	No	Si	No	Si	Leve	No	No	No	No	Si	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso	Hipertiroidismo	De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 22	Secundaria	Casada	Segundigesta	Si	Mal controlada	Si	Si	No	No	No	No	No	Si	Si	No	No	Prematuro extremo	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 19	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 29	Secundaria	Soltera	Segundigesta	Si	Controlada	Si	Si	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 36	Superior	Conviviente	Segundigesta	Si	Controlada	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 32	Primaria	Conviviente	Multigesta	Si	Controlada	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 17	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	Si	Leve	No	No	No	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 25	Primaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 31	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Controlada	Si	Si	No	No	No	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 27	Primaria	Soltera	Primigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	Si	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 17	Primaria	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 29	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 29	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 35	Primaria	Soltera	Multigesta	Si	Controlada	Si	No	No	No	No	No	Preeclampsia	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 23	Superior	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	Si	Si	Prematuro moderado a tardío	Peso > 25g	Hepatitis A	De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 31	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 18	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		Menor de 20 años	Caso	Controladas
Caso 29	Superior	Soltera	Multigesta	Si	Mal controlada	Si	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 26	Superior	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	Si	No	No	No	No	No	Si	Si	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 19	Superior	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	Si	No	Si	Moderada	No	No	Si	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		Menor de 20 años	Caso	Controladas
Caso 32	Secundaria	Soltera	Multigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	Sd. de Hellp	Si	No	No	No	Muy prematuro	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 27	Primaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	Si	Si	No	Si	Severa	No	No	No	No	No	No	Muy prematuro	Muy bajo peso al nacer: < 150g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 20	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Muy prematuro	Muy bajo peso al nacer: < 150g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 32	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Controlada	No	No	No	Si	Leve	No	No	No	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 28	Superior	Conviviente	Segundigesta	Si	Controlada	No	No	Si	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 41	Secundaria	Soltera	Multigesta	Si	Mal controlada	Si	No	No	Si	Leve	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 30	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	Preeclampsia	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 28	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Controlada	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	Si	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 17	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	Si	Moderada	No	No	No	Si	Si	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso	TBC	Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 19	Superior	Conviviente	Primigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 24	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	Si	No	No	No	No	No	Si	Si	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 39	Secundaria	Soltera	Multigesta	Si	Mal controlada	Si	Si	No	Si	Moderada	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 27	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 19	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Mal controlada	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 28	Secundaria	Casada	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	Preeclampsia	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 23	Superior	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	Si	No	Si	Leve	No	No	No	Si	No	No	Prematuro extremo	Extremadamente bajo peso:		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 22	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	Si	Moderada	No	No	No	Si	No	Si	Prematuro moderado a tardío	Peso > 25g	TBC	De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 31	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	Si	Leve	Sd. de Hellp	Si	Si	No	No	No	Prematuro extremo	Extremadamente bajo peso:		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 35	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	Si	Si	No	Si	Leve	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 24	Superior	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	Si	Si	No	No	No	No	Preeclampsia	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 42	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	Si	Si	Leve	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 19	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Controlada	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		Menor de 20 años	Caso	Controladas
Caso 31	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Controlada	No	No	Si	Si	Leve	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 22	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	Preeclampsia	Si	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 26	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	Si	Si	Leve	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 20	Primaria	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	Si	No	Prematuro moderado a tardío	Peso > 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 30	Primaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	Si	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 26	Secundaria	Soltera	Segundigesta	Si	Mal controlada	No	Si	No	Si	Moderada	Preeclampsia	Si	No	No	No	No	Prematuro extremo	Muy bajo peso al nacer: < 150g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 22	Secundaria	Soltera	Multigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 15	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	Si	Leve	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Muy bajo peso al nacer: < 150g		Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 20	Secundaria	Conviviente	Primigesta	Si	Controlada	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Controladas
Caso 32	Secundaria	Soltera	Multigesta	Si	Mal controlada	Si	Si	No	No	No	No	Preeclampsia	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 39	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 42	Primaria	Conviviente	Gran multigesta	Si	Mal controlada	Si	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso	Hipertiroidismo	De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 48	Primaria	Soltera	Primigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	Si	Moderada	No	No	No	No	No	No	Prematuro extremo	Extremadamente bajo peso:		Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 20	Secundaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	Preeclampsia	Si	No	No	No	Prematuro extremo	Extremadamente bajo peso:		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 40	Primaria	Conviviente	Segundigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Muy prematuro	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 18	Secundaria	Soltera	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	Si	Leve	No	No	Si	No	No	No	Prematuro extremo	Extremadamente bajo peso:		Menor de 20 años	Caso	Mal controladas
Caso 28	Secundaria	Soltera	Multigesta	Si	Mal controlada	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	Prematuro extremo	Muy bajo peso al nacer: < 150g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 34	Secundaria	Conviviente	Multigesta	Si	Mal controlada	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	Mal controladas
Caso 32	Secundaria	Casada	Segundigesta	Si	Controlada	No	Si	No	No	No	No	Preeclampsia	Si	No	No	No	Prematuro moderado a tardío	Bajo peso al nacer: < 2500g		De 20 años a más	Caso	

**ANEXO 7: FOTOGRAFÍA RECOLECTANDO DATOS EN ARCHIVO DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2015**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL HNHU EN EL AÑO 2015**

