

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y
OBSTETRICOS PARA PARTO PRETERMINO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPOLITO UNANUE EN EL AÑO 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

AYSA MILAGROS ROBLES BUENO

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO**

LIMA – PERU

2017

ASESOR

Dr. Walter Bryson Malca.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Universidad por haberme dado la oportunidad de ser parte de esta casa científica y culminar mi meta. Agradezco también a mi asesor de tesis al Dr. Walter Bryson por apoyarme y orientarme durante el desarrollo de mi tesis.

DEDICATORIA

A Dios por encaminar mis pasos y otorgarme esa fuerza para perseguir mis objetivos.

A mis padres Maruja Bueno, Alejandro Robles por haberme apoyado en todo momento, formando parte de cada uno de mis logros y sueños.

A mis amigas, por sus consejos, por aclarar mis dudas y motivarme a seguir adelante.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. **Materiales y Métodos:** Se desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de diseño cuantitativo. La población estuvo compuesta por 261 gestantes que presentaron parto pretermino. Los datos fueron acopiados de las historias clínicas en una cédula de recolección de datos, para el estudio estadístico se empleó el programa de SPSS en su versión 23.0. **Resultados:** Se estima que las pacientes que presentaron parto pretermino representaron un 6%. Se encontró que el 27% estaba en el rango de edad de 21-25 años, tuvieron estudios secundarios el 91.2%, el 73.6% fueron casadas y el 69 % formó parte del nivel socioeconómico medio. También se pudo obtener que el 94.3% de las pacientes presentaron una edad gestacional mayor a 34 semanas, el 66.3% fueron multigestas y se evidenció controles prenatales inadecuados en un 61.7%. Se identificó que la patología materna más frecuente para parto pretermino fue la ITU representando el 50% y que la patología obstétrica más frecuente para parto pretermino fue la preeclampsia con un 48%. Dentro de la clasificación de parto pretermino el más frecuente fue el moderado (32 a <37 semanas) representando un 96% y la culminación del parto fue por cesárea en un 52% **Conclusiones:** La frecuencia del parto pretermino fue del 6%. El rango de edad más frecuente fue 21-25 años, la mayoría tuvieron estudios secundarios, son casadas y pertenecen al nivel socioeconómico medio. La edad gestacional con mayor frecuencia fue mayor de 34 semanas, la mayoría fueron multigestas y presentaron controles prenatales inadecuados. La patología materna y obstétrica más frecuente fue ITU (50%), preeclampsia (48%) respectivamente.

Palabras claves: parto pretermino, factores sociodemográficos, factores obstétricos, patología materna, tipo de parto, clases de parto pretermino.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological and obstetric factors for preterm delivery in pregnant patients treated at the Hospital National Hipólito Unanue in 2016. **Materials and Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional, quantitative design study was developed. The population was composed of 261 pregnant women who had preterm birth. The data were collected from the clinical records in a data collection card, for the statistical study was used the SPSS program in its version 23.0. **Results:** It is estimated that patients who presented preterm birth represented 6%. It was found that 27% were in the age range of 21-25 years, had secondary studies 91.2%, 73.6% were married and 69% were part of the average socioeconomic level. It was also found that 94.3% of the patients had a gestational age greater than 34 weeks, 66.3% were multigestive and inadequate prenatal controls were evident in 61.7%. It was identified that the most frequent maternal pathology for preterm labor was UTI representing 50% and that the most frequent obstetric pathology for preterm labor was preeclampsia with 48%. Within the classification of preterm delivery, the most frequent was the moderate one, representing 96% and the culmination of the birth was by caesarean section in 52%. **Conclusions:** Preterm birth frequency was 6%. The most frequent age range was 21-25 years, the majority had secondary studies are married and belong to the average socioeconomic level. The most frequent gestational age was more than 34 weeks, most of them were multigestive and had inadequate prenatal controls. The most common maternal and obstetric pathology was UTI (50%), preeclampsia (48%), respectively.

Key words: Preterm birth, Sociodemographic factors, obstetric factors, maternal pathology, type of delivery, preterm delivery classes

PRESENTACIÓN

El parto prematuro es el causante de aproximadamente 15 millones de nacimientos en el mundo, de los cuales 1,1 millones de recién nacidos morirán a causa de complicaciones relacionadas con el parto pretérmino ya que numerosos trastornos concurrentes que se desarrollan por la falta de madurez de los órganos y sistemas se incrementan apreciablemente en los lactantes que nacen prematuramente en comparación con los que nacen a término. También determina un mayor riesgo de enfermedades crónicas del adulto, como la hipertensión y la diabetes.

En estados unidos en el año 2005 ,28 384 lactantes murieron en su primer año de vida, el parto pretermino que se precisa como el nacimiento antes de cumplir las 37 semanas se presentó en casi dos tercios de estos fallecimientos, siendo los partos prematuros tardíos (definido entre las 34 a 36 semanas de gestación) quienes constituyeron cerca del 70% de todos los partos prematuros. ⁽¹⁴⁾

Su incidencia en diferentes lugares del mundo figura entre el 5 y el 12%⁽¹¹⁾

En nuestro país oscila entre los 10-14% de todas las gestaciones, e incluso pueden llegar a duplicarse en los lugares más pobres de nuestro territorio. ⁽¹¹⁾

Por ello el interés en reconocer los factores sociodemográficos y obstétricos que originen esta patología, que en muchos casos pueden ser prevenibles o tratados a tiempo disminuyendo así el índice de partos prematuros.

El siguiente trabajo de investigación es un estudio realizado en el HNHU en el departamento de Ginecología y Obstetricia, teniendo como objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el HNHU en el periodo 2016.

Se identificaron las variables dentro de las historias clínicas que permitieron elaborar una ficha de recolección de datos, en esta ficha captura la

información acerca de las características sociodemográficas, características obstétricas, patología materna y patología obstétrica. Se gestionó la autorización de la Dirección del HNHU y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación para la elaboración del estudio. El análisis estadístico se realizó en el programa de Microsoft Excel 15.0 posterior fue exportada al programa de SPSS en su versión 23.0.

El estudio consta de: Capítulo I: Contiene la base de este trabajo de investigación la formulación de los problemas y la obtención de los objetivos. Capítulo II: Contiene el marco teórico, donde se amplifica el tema de investigación y se muestra los últimos acontecimientos al respecto. Capítulo III: Se definió las variables, no se realizó hipótesis por ser un trabajo descriptivo, así mismo se definió la población de estudio, describiendo brevemente el lugar de estudio y el tipo de población que se obtuvo así mismo se procesaron los datos obtenidos en el programa estadístico SPSS 23. Capítulo IV: Se presenta los resultados en el cual se muestra el análisis e interpretación de cada tabla y gráfico, así como la fuente de recolección de la información. Capítulo V: Contiene las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó después de interpretar los datos estadísticos.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. OBJETIVOS.....	4
1.4.1. GENERAL.....	4
1.4.2. ESPECÍFICOS.....	4
1.5. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA	10
2.3. HIPÓTESIS.....	17

2.4. VARIABLES.....	17
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	20
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	20
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	20
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .	21
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	22
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	23
4.1. RESULTADOS.....	23
4.2. DISCUSIÓN.....	31
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
5.1. CONCLUSIONES.....	36
5.2. RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS.....	40

LISTA DE TABLAS

		Pág.
TABLA N°1	Distribución de frecuencia del parto pretérmino en pacientes atendidas en el HNHU en el 2016.	23
TABLA N°2	Características sociodemográficas en pacientes atendidas por parto pretérmino en el HNHU en el 2016.	24
TABLA N°3	Características obstétricas en pacientes atendidas por parto pretérmino en el HNHU en el 2016.	26

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
GRÁFICO N°1	Distribución del nivel socioeconómico en pacientes con parto pretérmino atendido en el HNHU en el año 2016.	25
GRÁFICO N°2	Distribución de frecuencia de las patologías obstétricas en pacientes atendidas en el HNHU en el año 2016.	27
GRÁFICO N°3	Distribución de frecuencia del término de la gestación en pacientes con parto pretérmino atendidas en el HNHU en el año 2016.	28
GRÁFICO N°4	Distribución de frecuencia según clasificación de parto pretérmino atendidas en el HNHU en el año 2016.	29
GRÁFICO N°5	Distribución de frecuencia según patología materna en pacientes atendidas en el HNHU en el año 2016.	30

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO Nº 1	Operacionalización de variables.	41
ANEXO Nº 2	Instrumentos.	44
ANEXO Nº 3	Validez del instrumento – consulta de expertos.	45
ANEXO Nº 4	Matriz de consistencia.	48

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS considera nacido pretérmino al recién nacido con menos de 37 semanas de gestación (menos de 259 días).⁽¹¹⁾

El parto prematuro es el causante de la morbimortalidad perinatal y simboliza el 75% de los óbitos perinatales y 50% de las secuelas neurológicas que se atribuye directamente a la prematuridad.⁽¹²⁾

En Estados Unidos en el año 2005 ,28 384 lactantes fallecieron en su primer año de vida, donde el parto prematuro se mostró en casi dos tercios de estos fallecimientos.⁽¹⁴⁾

En nuestro país durante el 2015 la incidencia de parto pretermino del total de nacidos vivos, fue de 6,5%.⁽¹⁷⁾

En estudios europeos y nacionales se ha demostrado que son múltiples los factores asociados a parto pretermino como: la escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ITU, RPM, anemia hipocrómica o preeclampsia son algunos factores que aumentan la incidencia, las complicaciones y la morbilidad materno-perinatal del parto prematuro , En el Hospital donde se realiza el estudio no es indiferente a estas cifras de parto prematuro, por lo cual se ha decidido realizar este estudio para identificar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a esta enfermedad y así poder contribuir a la mejora en nuestro hospital.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?

Problemas específicos:

- ¿Cuál es la incidencia de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en pacientes con parto pretérmino atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?
- ¿Cuáles son las características obstétricas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?
- ¿Cuáles son las patologías obstétricas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?
- ¿Cuáles son las patologías maternas en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?
- ¿Cuál es la incidencia del parto pretermino según su clasificación en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?
- ¿Cuál es la incidencia del tipo de parto en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica –científica

En el Perú, se ha evidenciado diferentes estudios en los cuales se puede demostrar la incidencia y los factores asociados a parto pretermino. Durante el año 2015 comprendió un 6.5% siendo similar a nivel regional como nacional. ⁽¹⁷⁾

Son muchos los factores implicados en el aumento de parto pretermino; por ello el interés de determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de las pacientes en este estudio, para contribuir a reconocer el comportamiento de estos factores y formular estrategias con un mayor enfoque preventivo para la reducción de la morbilidad materna y neonatal.

Justificación practica

El determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de las pacientes que presentaron parto pretermino nos permitirá establecer programas de detección oportuna logrando mejores pronósticos para la prevención y el tratamiento oportuno de esta patología.

Justificación económica- social

Las consecuencias económicas del parto prematuro que traspasa el periodo neonatal y se extiende hasta la lactancia ,e incluso la adolescencia y la edad adulta no se han determinado ,pero deben ser enormes si se tiene en cuenta los efectos de las enfermedades del adulto asociado a premadurez como la hipertensión y la diabetes mellitus. ⁽¹⁴⁾

Es por ello la importancia de identificar los factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretermino con el fin de conocer la población materna más vulnerable a presentar esta patología.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.

1.4.2. ESPECÍFICOS

- Conocer la frecuencia de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.
- Establecer los factores sociodemográficos en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.
- Describir las características obstétricas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.
- Reconocer las patologías obstétricas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.
- Identificar las patologías maternas en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.
- Registrar la frecuencia de parto pretérmino según la clasificación en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.
- Conocer la frecuencia de los tipos de parto en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.

1.5. PROPÓSITO

El propósito del presente trabajo es determinar los factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el HNHU de enero a diciembre durante el 2016.

Entonces el determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de las pacientes se quiere promover la realización de múltiples estudios a nivel nacional para lograr que toda paciente que presente factores sociodemográficos y obstétricos que contribuyan al diagnóstico de parto prematuro sean atendidas y/o diagnosticadas oportunamente y así evitar complicaciones maternas y fetales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Martínez G. Guliana (2016), en Ecuador realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, durante el periodo 2014-2015, obteniéndose los siguientes resultados: de las 321 pacientes que presentaron ITU, 210 pacientes presentaron amenaza de parto pretermino y las 111 restantes llegaron al parto pretérmino, concluyendo así que “La ITU es una de las principales causas de amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino ⁽¹⁾

León C. Andrea (2016), en Ecuador realiza un estudio del tipo descriptivo, retrospectivo, obteniéndose los siguientes resultados: 17 de las gestantes tuvieron sintomatología para amenaza de parto pretérmino donde solo el 14.8% fue provocado por infecciones de vías urinarias donde en la mayoría el patógeno causante es la E. coli con un 80% , un 93.3%, presentó una edad gestacional entre las 33-36.6 semanas siendo la más frecuente y con un 66.7% la edad materna estuvo comprendida entre 15 a 25 años de edad. Se concluye que “La amenaza de parto pre término si tiene relación con la infección de vías urinarias siendo el agente etiológico más frecuente la e. coli, siendo más frecuente durante el tercer trimestre del embarazo, afectando primordialmente a las madres entre los 15-25 años de edad. ⁽²⁾

Barrera S. Lina, et al (2016), en Colombia; realizaron un estudio de corte transversal, observacional analítico; el estudio lo realizaron durante el año 2010 donde se obtuvo como resultados una prevalencia de parto pretermino 6,07%; media de edad 17,3 años; rango de edad gestacional 22-37

semanas. Se identificaron, asociadas al parto pretermino, ITU (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). En cuanto a los controles prenatales más del 70% presentaron controles inadecuados. En conclusión, el PP ocurrió en 6,1% de las gestaciones en adolescentes. Los principales factores que se insinúan como asociados con el PP son hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia, bajo nivel de escolaridad. ⁽³⁾

Vílchez A G. (2016) en Nicaragua realizó un estudio en el periodo de julio del 2014 y junio del 2015, de tipo caso control. Teniendo como resultados que los controles prenatales inadecuados, el índice de masa corporal inadecuada y los factores maternos en el embarazo actual como: el síndrome hipertensivo gestacional, la ITU, el RPM, la amenaza de parto pretérmino y el embarazo múltiple se asocian al parto pretermino. Concluyéndose que hay múltiples factores de riesgo que intervienen en el parto prematuro ⁽⁴⁾

Ramón Minguet-Romero, et al 2014 en México; realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo; el estudio fue realizado durante el periodo 2007-2012 donde se obtuvo que la incidencia de parto prematuro es de 7.7% ⁽⁵⁾

Retureta M. Silvia, et al (2014) cuba; realizaron un estudio descriptivo durante el 2009 al 2012 en mujeres con parto prematuro teniendo como resultado que la incidencia de parto prematuro fue de 6,0%; se presentó con más frecuencia entre los 18 y 34 años; la mayoría ocurrió entre las 34 y 36 semanas; desencadenado por infecciones vaginales y urinarias, los antecedentes de aborto de embarazos anteriores y de partos prematuros ⁽⁶⁾

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Tucto S. Yesica. (2016) en Huánuco realizó un estudio durante el mes de octubre del 2015 y marzo del 2016 de tipo descriptivo, transversal, prospectivo. Teniendo como muestra 60 adolescentes gestantes de 20 a 36 semanas de gestación. Presentó como resultado que el grupo etáreo más frecuente es de 16 a 19 años, el 43% presentaban controles prenatales inadecuados, el 77% de las pacientes cursaban la sección secundaria y un 30% cursaban de 35-36 semanas de gestación. Además se obtuvo que la ITU representó un 82%, por ello se concluye que el principal factor de parto pretérmino en gestantes adolescentes es la infección del tracto urinario. ⁽⁷⁾

Cueva R. Esperanza (2015) en Puno durante el año 2013 realiza un estudio, conformado por 130 gestantes con diagnóstico de ITU, donde se obtuvo que dentro de las complicaciones maternas el 46% de las gestantes tuvieron parto prematuro, el 38% presentó RPM y el 15% presentó amenaza de aborto. Además las multíparas predominaron con 54% y presentaron mayor complicaciones. Se concluye que el parto pretermino, la RPM y amenaza de aborto son complicaciones en las pacientes que intervinieron en el estudio ⁽⁸⁾

Carnero C. Yohanna (2016) en Lima realizó un estudio durante el periodo de enero-junio del 2015, estuvo constituido por 150 gestantes que presentaron parto pretermino y 300 pacientes que presentaron parto a término. Teniendo como resultado: la frecuencia de partos pretérminos fue 33.3%, concluyendo que el antecedente de parto pretermino, la ITU y la anemia están asociados a parto prematuro. ⁽⁹⁾

Guillén G. Juan (2015) en Lima realizó un estudio en el periodo comprendido entre enero a junio del 2014, con una población de 127 pacientes donde el 39,4% presentaron parto pretérmino y el 60,6% no presentaron parto

prematureo. Se obtuvo como resultados que la edad gestacional más frecuente fue de 35-37 semanas con un 64% además la patología materna que más se presentó fue la vulvovaginitis con un 32%,ITU con un 28% y por último la diabetes mellitus (14%);por lo que se concluye que estas tres patologías anteriormente mencionadas están significativamente asociadas a parto prematuro. ⁽¹⁰⁾

Huaroto P.Karina (2013) en Ica realiza un estudio en el año 2012. El estudio tuvo como muestra 107 pacientes, 31 con el diagnóstico de parto pretermino y 76 que presentaron parto a término, donde se obtuvo como resultado que el 23%de las pacientes que presentaron parto prematuro fueron madres adolescentes cuya edad materna fue menor de 19 años con un 76,7%, el 20,5% estuvieron casadas y un 84,1% tuvieron un nivel de instrucción bajo concluyéndose que entre los factores maternos de riesgo fueron ser adolescente, edad extrema materna, nivel de instrucción bajo .Además dentro de las enfermedades maternas asociados se presentó la infección del tracto urinario y dentro de los factores neonatales bajo peso al nacer y gemelaridad. ⁽¹¹⁾

Chira S. Jorge (2015) en Lambayeque realiza un estudio durante el año 2010 de tipo analítico, de caso y control. El siguiente estudio presentó 170 partos prematuros que representan el 8,4% de un total de 2006 partos. Se concluye que los controles prenatales inadecuados, la anemia y el antecedente de parto prematuro, la ITU, la RPM, el embarazo múltiple y el oligohidramnios están asociados a parto prematuro ⁽¹²⁾

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. DEFINICIÓN:

Se define parto pretérmino o prematuro son términos utilizados para definir a los recién nacidos que nacen demasiado pronto o sea el nacimiento antes de concluir las 37 semanas de gestación. ^(14,15)

2.2.2. INCIDENCIA

La incidencia de nacimientos prematuros en 184 países asociados a la OMS va de 5 a 18%;⁽¹¹⁾ por ello la OMS instauró que en el periodo de 2010-2025 (durante 15 años) se deberá aminorar la tasa de mortalidad neonatal por parto prematuro en un 50%.

La incidencia de parto pretermino es de 5-7% en algunos países desarrollados y puede ser mayor en países subdesarrollados con tendencia al aumento esto se debe al aumento de procedimientos de fecundación artificial, aumento de embarazos múltiples, mayor natalidad en mujeres mayores de 34 años y mayor uso de cesárea electiva. ⁽⁶⁾

2.2.3. CLASIFICACIÓN

Se clasifica a los nacidos prematuros, según las semanas de gestación ⁽⁶⁾:

-) prematuros extremos (menores de 28 semanas)
-) muy prematuros (entre 28 a menores de 32 semanas)
-) prematuros moderados a tardíos (entre 32 a menores 37 semanas)

2.2.4 FISIOPATOLOGÍA

El trabajo de parto espontaneo con las membranas fetales intactas es el origen más común de parto prematuro, por otro lado la RPM casi siempre origina parto pretermino. ⁽¹⁴⁾

El trabajo de parto prematuro está relacionado con: embarazo múltiple, infecciones intrauterinas, infarto placentario, hemorragia dilatación prematura del cuello uterino, insuficiencia cervicouterina, anomalías de los fondos uterinos y fetales. Las patologías maternas como causas hipertensivas, patologías autoinmunes aumentan el riesgo de parto prematuro .todos estas patologías causan más de la mitad de parto prematuro. ⁽¹⁴⁾

La RPM definida como la ruptura espontanea de las membranas fetales antes de las 37 semanas está más relacionada a infecciones intrauterinas. Presentándose por un aumento en la apoptosis de las células que forman parte de las membranas, estas células principalmente las células mesenquimaticas quienes son las que producen colágena del tipo I y III son las que proporcionan la fuerza tensil de las membranas. A su vez existen estudios donde se menciona que un aumento de las metaloproteinasas que son las responsables de la remodelación normal del tejido de la matriz y de la degradación de la colágena origina ruptura prematura de membranas. Las metaloproteinasas están reguladas por factores inhibidores que están disminuidos en pacientes que presentaron RPM, la disminución de los inhibidores es causado por la presencia de interleucinas (IL-1, IL-6) y factor de necrosis tumoral que están presentes en procesos inflamatorios. ⁽¹⁴⁾

2.2.5 CAUSAS

Muchas veces no se reconoce la causa de parto pretérmino por ello se dice que es multifactorial ⁽¹⁵⁾

En Estados Unidos existen cuatro causas directas principales de parto pretérmino: ⁽¹⁴⁾

-) El parto por indicaciones maternas o fetales (en las cuales se induce el trabajo de parto o el lactante nace mediante cesárea antes del trabajo de parto que equivalen un 30%-35%.
-) Trabajo de parto prematuro espontaneo inexplicable con membranas intactas que equivalen un 40%-45%.

-) RPM a pretérmino idiopática que equivalen un 30%-35%.
-) Partos gemelares y múltiples muchos de estos por el empleo de fármacos inductores de ovulación y el empleo de la tecnología de reproducción asistida.

Las causas del parto pretérmino tienen múltiples antecedentes y factores de riesgo que generalmente interactúan entre si y esto hace que sea difícil la prevención y el tratamiento oportuno.

2.2.6 ANTECEDENTES Y FACTORES DE RIESGO

a) Factores de riesgo sociodemográficos

-) **Edad** la edad materna inferior a 18 años o avanzada superior a 40 años⁽¹⁴⁾ .Según otra literatura menor de 17 años y mayores de 35 años tienen mayor peligro de parto prematuro ⁶⁾

-) **Estado civil**

El estado civil principalmente el ser soltera o no tener un apoyo del tipo social se asocian a parto prematuro.

-) **Nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico, principalmente el bajo nivel socioeconómico (pobreza) está relacionado con el aumento de parto pretermino.

-) **Factores relacionados con el estilo de vida**

El consumo de tabaco, drogas y el peso insuficiente de la madre durante la gestación incrementa la incidencia y pronóstico de los recién nacidos de bajo peso al nacer ⁽¹⁴⁾

La pobre alimentación materna o el consumo de alimentos contaminados podrían ocasionar parto prematuro.

b) Factores de riesgo maternos

) Infecciones

Se ha demostrado según diferentes estudios que la infección de la decidua, de las membranas ovulares y del líquido amniótico se relaciona a parto prematuro. ⁽⁶⁾

Principalmente urinarias se ha planteado que las infecciones intrauterinas desatan el trabajo de parto prematuro al estimular el sistema inmune (25 a 40%) ⁽¹⁴⁾. Siendo los microorganismos ureoplasma urealyticum y micoplasma hominis los de mayor importancia quienes generan la liberación de citosinas inflamatorias como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral quienes a su vez estimulan la producción de prostaglandinas que estimulan las contracciones uterinas que a su vez la degeneración de la matriz extracelular en las membranas fetales produce la ruptura prematura de membranas. El cuello uterino corto medido mediante ecografía se acompañó de invasión microbiana indicativa del ascenso por la parte baja del aparato reproductor ⁽¹⁴⁾

) Vaginosis bacteriana

La microflora vaginal propia del ser humano es reemplazada por anaerobios que está comprendida por Gardnerella Vaginalis especies del genero Mobiluncos, y Mycoplasma Hominis.

La vaginosis bacteriana se ha asociado con aborto espontaneo, parto prematuro, RPM, corioamniitis. ⁽¹⁴⁾

“Las vaginosis duplican la tasa de parto pretermino” las causadas por Clamidas por N. Gonorreae y Estreptococo del grupo b ⁽¹⁵⁾

) Parto prematuro previo

Es un factor importante para parto pretermino.

En gestantes que tuvieron parto prematuro en su primera gestación se incrementa el riesgo tres veces más de parto pretermino recurrente probablemente por la misma causa. ⁽¹⁴⁾

) **Intervalo entre embarazos**

En gestantes con Intervalos menores de 18 meses y más de 59 meses aumenta el riesgo de parto prematuro ⁽¹⁴⁾

) **Amenaza de aborto o aborto tardíos**

Definido como hemorragia por vía vaginal en las primeras semanas de gestación.

) **Factores genéticos**

Muchas alteraciones genéticas y ambientales se relacionan con parto prematuro se menciona que existe polimorfismo y mutaciones en genes que están vinculados con la infección e inflamación y ensamblaje de la colágena que predispone a presentar dicha patología. ⁽¹⁴⁾ Existe un incremento del 60% de presentar parto prematuro en mujeres que tengan antecedentes familiares (madre, hermana, media hermana) de haber tenido parto prematuro ⁽¹⁶⁾

c) FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS

) **Controles prenatales**

La cantidad (menor de 6 controles prenatales durante todo el embarazo) y la calidad de los controles prenatales son un factor de riesgo asociado a parto prematuro. ⁽¹⁶⁾

) **Patología obstétrica**

✓ **Ruptura prematura de membranas**

Complica solo el 2% de todos los embarazos pero está asociado a un 30 % a parto pretermino traduciéndose en resultados negativos importantes en la morbimortalidad neonatal. ⁽¹⁶⁾

✓ **Transtornos hipertensivos**

La preeclampsia severa se asocia en un 5% de morbilidad materna y un 0,2% de mortalidad materna generalmente antes de las 32 semanas y con patologías preexistentes. ⁽¹⁶⁾

✓ **Otra patología:** como la diabetes mellitus

-) **Factores uterinos.-** volumen aumentado (polihidramnios, gestación múltiple), anomalías congénitas (útero bicorne o unicorne), miomas (especialmente submucosos, incompetencia cervical, traumatismos.⁽¹⁵⁾
-) **Malformaciones congénitas**
Se asocian a parto pretérmino y bajo peso al nacer.

2.2.7 DIAGNOSTICO

Dentro del diagnóstico clínico se define parto prematuro cuando existen contracciones uterinas (4 en 20 minutos o 8 en 60 min) asociadas a cambios cervicales con dilatación mayor o igual de 1 cm con borramiento de 70%.⁽¹⁶⁾

Marcadores bioquímicos

- ✓ **Fibronectina fetal:** glicoproteína producido por la membrana coriónica que interviene en la adhesión con la decidua materna continúa; según estudios realizados cuando la prueba de fibronectina es positiva se asocia fuertemente a parto prematuro.⁽¹⁶⁾
- ✓ **Estriol:** muchos estudios han sugerido que los niveles séricos maternos de estradiol, estriol salival aumentan durante el parto a término y parto prematuro.⁽¹⁶⁾
- ✓ **Otros marcadores:** los procesos inflamatorios producido muchas veces por infecciones desencadenan la cascada de citoquinas: factores de necrosis tumoral, interleucinas (IL-1, IL-6) se ha demostrado un incremento de estas a nivel cervical por lo que se asocian a parto prematuro.⁽¹⁶⁾

2.2.8 PREVENCIÓN DE PARTO PRETERMINO

Todas las pacientes con vaginosis bacteriana deben ser tratadas, pues si bien con ello no se reduce la mortalidad, si disminuye la tasa de parto pretermino. Por el contrario no existe indicación de tratamiento por pacientes asintomáticas., excepto en mujeres con parto pretermino previo y con ruptura prematura de membranas de las, o de muy alto riesgo por otros

motivos ⁽¹⁰⁾ los fármacos que están indicados son la ampicilina, la eritromicina o el metronidazol, el amoxi-clavulanico ha demostrado un aumento de enterocolitis necrotizante.

2.2.9 PARTO DEL FETO PRETERMINO

“Lo ideal es que el feto pretermino sea atendido en una unidad obstétrica que disponga de cuidados intensivos neonatales, sobre todo si se trata de fetos de menos de 33 semanas y con respecto a la vía del parto ante una presentación cefálica la vía de elección es la vaginal y las indicaciones para una cesárea son las habituales para el feto a término”. ⁽¹⁵⁾

2.2.10 ACTITUD ANTE EL PARTO PRETERMINO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

Después de las 34 semanas de gestación es frecuente permitir el progreso del parto dado que la morbimortalidad es mucho menor que en semanas precedentes

Entre las semanas 32-34 completas se deben usar tocolíticos y corticoides, y los neonatos pueden ser atendidos en centros secundarios con cuidados neonatales medios

De las 28-31 semanas completa también se indican corticoides y tocolíticos .el parto debe ser en un centro terciario con cuidados intensivos neonatales y estar atendido por un tocólogo, debiendo estar presente un pediatra capacitado

De las 25 -27 semanas completas es esencial extremar los cuidados en el cálculo de la edad gestacional y el peso fetal yb transferir al feto intrauterino a un centro terciario tras comentar el caso y las posibilidades de supervivencia y de defectos a largo plazo con los padres, puede realizarse una cesárea por indicación fetal ⁽¹⁵⁾

2.3. HIPÓTESIS

El presente estudio de investigación por ser de tipo descriptivo no se formula hipótesis.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variable dependiente :

- ✓ Parto pretermino

2.4.2. Variables independientes:

Sociodemográficas

- ✓ Edad materna.
- ✓ Grado de instrucción.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Nivel socioeconómico

Obstétricos

- ✓ Edad gestacional.
- ✓ Número de gestaciones.
- ✓ Controles prenatales.
- ✓ Patología materna
- ✓ Patología obstétrica
- ✓ Tipo de parto
- ✓ Clases de parto pretermino

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- Parto pretérmino: Se define parto pretérmino o prematuro son términos utilizados para definir a los recién nacidos que nacen demasiado pronto o sea el nacimiento menor a las 37 semanas de gestación .^(14,15)
- Parto a término: se define como el parto durante las 37 semanas de gestación hasta antes de las 42 semanas.

- Infección del tracto urinario: Son las infecciones bacterianas más comunes durante la gestación. Desde la bacteriuria asintomática que es la más común, hasta la pielonefritis donde ya existe daño a nivel de la pelvis renal presentándose así sintomatología .⁽¹⁴⁾
- Vulvovaginitis: trastorno donde la flora vaginal normal constituida por lactobacilos es reemplazada por anaerobios como la Gardnerella vaginalis y mycoplasma hominis ocasionando así múltiples patologías como: aborto espontaneo ,parto prematuro ,corioamniotitis.⁽¹⁴⁾
- Anemia: Se define como el valor de la hemoglobina inferior a 11.0 g/dl durante el embarazo.
- Preeclampsia: síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos
- Eclampsia: es la presencia de convulsiones que no pueden atribuirse a otra causa en una mujer con preeclampsia.
- Ruptura prematura de membranas(RPM): se define como la rotura espontánea de las membranas fetales antes de concluir las 37 semanas de gestación y antes del inicio de trabajo de parto según la ACOG 2007⁽¹⁴⁾
- Edad materna: Tiempo de vida de una persona desde su nacimiento (años).
- Grado de Instrucción: Es el nivel académico más alto de estudios ejecutados, sin tener en cuenta si se concluyó o no; entre ellos tenemos a primaria, secundaria, superior.
- Estado civil: Se denomina a la situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra, con quien se crean uniones legales reconocidas sin que sea su pariente. Se considera soltera, conviviente y casada.
- Nivel socioeconómico: se define como la medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona o familia basada en sus ingresos. Clasificados en: Alto, Medio, Bajo.

- Edad gestacional: Es el periodo de gestación que se mide desde el primer día de la última menstruación. Se determina en días o semanas completas.
- Número de gestaciones: Es el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos.
- Controles prenatales: Son atenciones programadas de la gestante con el personal de salud, con la finalidad de vigilar y evaluar de manera integral el embarazo; para la prevención y diagnósticos de algunas enfermedades que puedan poner en riesgo la vida de madre y feto. Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales (adecuado).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio, concibe un enfoque cuantitativo, porque se utilizará análisis estadístico se deducirá a partir de los resultados obtenidos.

Es observacional porque el investigador no ha manipulado variables solo ha observado.

Es descriptivo porque se estudiara los factores sociodemográficos, factores obstétricos del parto pretermino.

Es transversal porque se mide en un momento dado.

Es retrospectiva porque los datos serán recolectados de la historia clínica.

El tipo de estudio que se ha realizado, en la presente tesis de investigación es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se efectuó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue que se encuentra situado en el distrito del Agustino, en la provincia de Lima, departamento de Lima; colindante con la Av. Cesar Vallejo, cuadra 1390 y en la posterior delimita con la Sede Universitaria de la Universidad Federico Villarreal; y en sus laterales con la urbanización Villa Hermosa y Sede Administrativa de la Dirección de Salud IV Lima Este. El ámbito específico del estudio fue en el departamento de Ginecología y Obstetricia durante el periodo 2016.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

El universo estuvo constituido por 4650 mujeres gestantes de las cuales 261 pacientes conformaron la población que culminaron su gestación por parto pretérmino en el departamento de Ginecología y Obstetricia del HNHU, durante el periodo 2016.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todas las historias clínicas de las gestantes hospitalizadas que presentaron parto pretermino en el servicio de Gineco –obstetricia del HNHU durante el periodo 2016.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Historias clínicas cuyos registros médicos cumplieron con los criterios de inclusión pero que sus datos no estuvieron completos para la realización de la investigación.

3.3.2. Muestra

No se aplicó una formula estadística para hallar la muestra ya que se trabajó con toda la población de estudio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A partir del planteamiento del problema de investigación se identificaron variables que permitieron elaborar una ficha de recolección de datos (ANEXO N°2), en esta ficha captura la información acerca de las características sociodemográficas, características obstétricas, patologías maternas, clasificación del parto pretérmino según la edad gestacional y culminación de la gestación de las pacientes con diagnóstico de egreso de parto pretermino.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación de la ficha de recolección de datos, se gestionó la autorización de la Dirección del HNHU y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación. Se solicitó el listado de pacientes que presentaron parto pretermino del departamento de Ginecología y Obstetricia en el año 2016 a la oficina de estadística e informática del Hospital, para identificar a las pacientes candidatas para el estudio se procedió a solicitar las historias clínicas en el departamento de Archivos, para la revisión de estas y la obtención de la información de las variables de nuestro estudio; las cuales se recolectaron en la ficha.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se elaboró una base de datos en el programa de Microsoft Excel 15.0. en la cual se ingresó los valores de todas las variables que estaban contenidas en la ficha de recolección de datos; posteriormente esta base de datos fue exportada al programa de SPSS en su versión 23.0 para su análisis estadístico.

Se presentaron estadísticas descriptivas para las variables cuantitativas (edad, edad gestacional) se estimó las medidas de dispersión (desviación estándar; DE) y tendencia central (media y mediana) y para las variables cualitativas (estado civil, grado de instrucción, numero de gestaciones, control prenatal, tipo de parto, patología materna,) se determinó la distribución por frecuencias.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Luego de recolectar los datos, estos fueron analizados y presentados en tablas y gráficos estadísticos a fin de efectuar el análisis e interpretación.

En el hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2016 se atendieron 4650 pacientes, de las cuales 261 pacientes presentaron parto pretermino, estimándose la frecuencia de 6%.

TABLA N°1: Distribución de frecuencias del parto pretérmino en gestantes atendidas en el HNHU en el 2016.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
PARTO PRETÉRMINO	261	6%
PARTO A TÉRMINO	4389	94%
TOTAL	4650	100%

(Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2016.)

Con relación a las características sociodemográficas maternas en nuestras pacientes se pudo estimar un promedio de edad de 26.7años, una mediana de 26 años y una desviación estándar de ± 6.6 años. El 27% de las pacientes se encontraron entre 21 y 25 años(n=70), el 22.2% fueron menores de 20 años(n=58), el 21.1% estuvo entre 26 y 30 años (n=55), el 18% estuvo entre 31 y 35 años (n= 47) y solo el 11.9% de las pacientes fueron mayores de 36 años (n= 31). En referencia al grado de instrucción, se observó que el 91.2% de las pacientes tiene estudios secundarios (n=238), el 6.9% de las pacientes tiene estudios primarios (n=18) y solo un 1.9% de las pacientes tiene estudios superiores (n=5). Y con respecto al estado civil de las pacientes, se obtuvo un 73.6% de las pacientes fueron casadas (n=192), el

16.5% de las pacientes son solteras (n=43) y el 10% de las pacientes atendidas son conviviente (n=26).

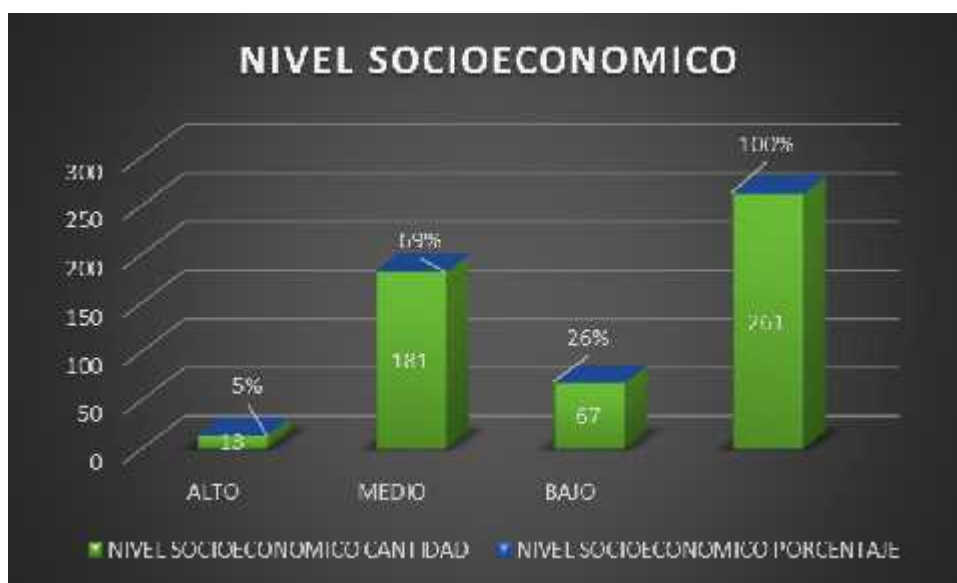
TABLA N°2: Características sociodemográficas en pacientes atendidas por parto pretérmino en el HNHU en el 2016.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS	N=261	%
EDAD MATERNA		
Promedio	26.72	
Mediana	26.00	
Desviación Estándar	±6.6	
GRUPOS DE EDADES		
<= 20	58	22.2%
21 - 25	70	27%
26 - 30	55	21.1%
31 - 35	47	18.0%
36+	31	11.9%
GRADO INSTRUCCIÓN		
Primaria	18	6.9%
Secundaria	238	91.2%
Superior	5	1.9%
ESTADO CIVIL		
Soltera	43	16.5%
Conviviente	26	10.0%
Casada	192	73.5%

(Fuente: Ficha de recolección de datos, periodo 2016)

En referencia al nivel socioeconómico en nuestras pacientes, se observó que el 69% es de nivel medio (n=181), que el 26% comprende el nivel bajo (n=67), y que solo el 5% comprende el nivel alto(n=10)

GRÁFICO N°1: Distribución del nivel socioeconómico en pacientes con parto pretérmino atendido en el HHU en el año 2016.



(Fuente: Ficha de recolección de datos, periodo 2016)

Con respecto a las obstétricas maternas se pudo estimar un promedio de edad gestacional de 35.1 semanas, una mediana de 36 semanas y una desviación estándar de $\pm 1,48$ semanas. El 94.3% de las pacientes presentaron una edad gestacional mayor a 34 semanas (n=246), el 3.4% estuvo entre 31-33 semanas (n=9) y solo el 6 % de las pacientes se encontró con una edad gestacional menor de 30 semanas (n= 6).

En referencia al número de gestaciones un 66.3% son multigestas (n=173), el 31.4% se encuentra las primigestas (n=82) y el 2.3% representan a las gran multigestas (n=6).Y también para los controles prenatales se evidencio que el 61.7% fueron inadecuados (n=161), el 36.8% equivale a los controles

adecuados (n=96) y solo el 1.5% de las pacientes no tuvieron ningún control prenatal (n=4).

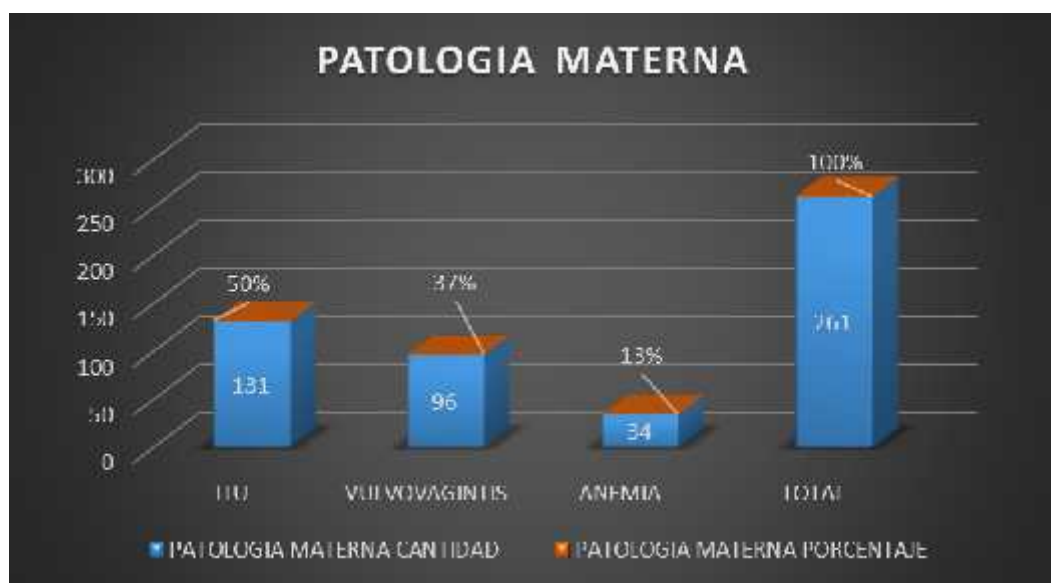
TABLA N°3: Características obstétricas en pacientes atendidas por parto pretérmino en el HHU en el 2016.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS MATERNAS	N=261	%
EDAD GESTACIONAL		
Promedio	35.1	
Mediana	36	
Desviación Estándar	± 1.48	
GRUPO DE EDAD GESTACIONAL		
< = 30 semanas	6	2,3 %
31 - 33semanas	9	3,4%
34 + semanas	246	94,3 %
NUMERO DE GESTACIONES		
Primigesta	82	31,4 %
Multigesta	173	66,3 %
Gran Multigesta	6	2,3 %
CONTROLES PRENATALES		
No	4	1,5 %
Inadecuado	161	61,7 %
Adecuado	96	36,8 %

(Fuente: Ficha de recolección de datos, periodo 2016)

Con respecto a la patología materna un 50% de las pacientes presentaron infección del tracto urinario (n=131), el 37% presento vulvovaginitis (n=96), y solamente un 13% de las pacientes presento anemia (n=34)

GRÁFICO N°2: Distribución de frecuencia según patología materna en pacientes con parto pretérmino atendidas en el HHU en el año 2016.



(Fuente: Ficha de recolección de datos, periodo 2016)

Con respecto a la patología obstétrica un 48% de las pacientes presentaron preeclampsia (n=126), el 38% presento RPM(n=98), y solamente un 14% de las pacientes presento eclampsia (n=37)

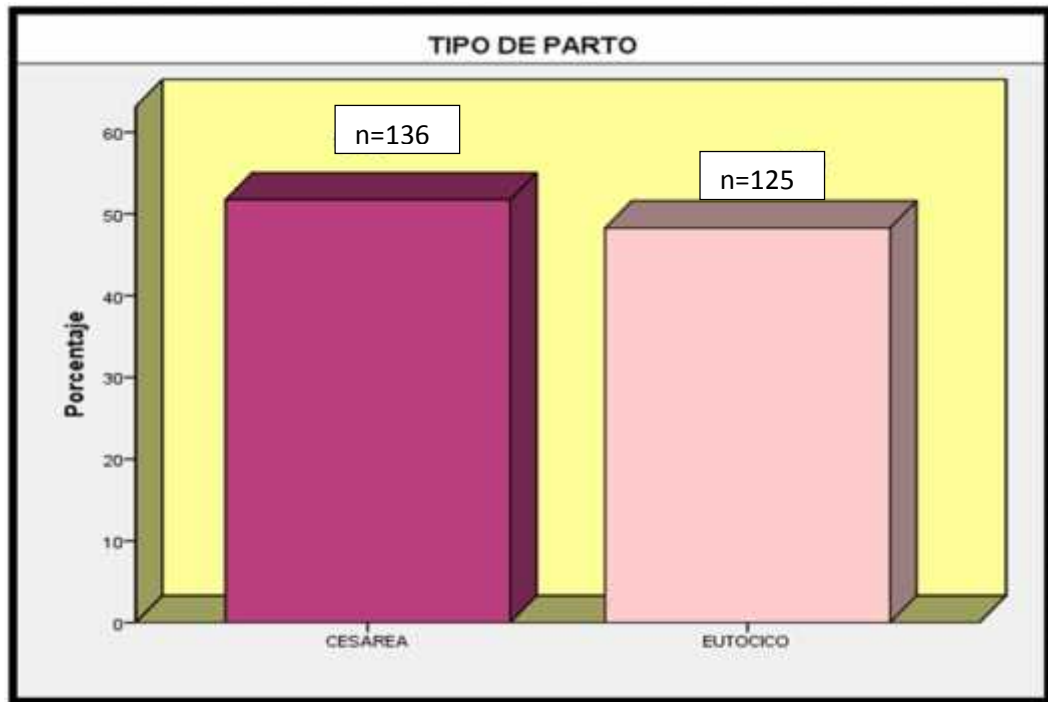
GRÁFICO N°3: Distribución de frecuencia de las patologías obstétricas en pacientes atendidas en el HHU en el año 2016.



(Fuente: Ficha de recolección de datos, periodo 2016)

Con respecto al tipo de parto un 52 % de las pacientes fueron cesareadas (n=136),el 48%de las pacientes presentaron parto eutocico(n=125)

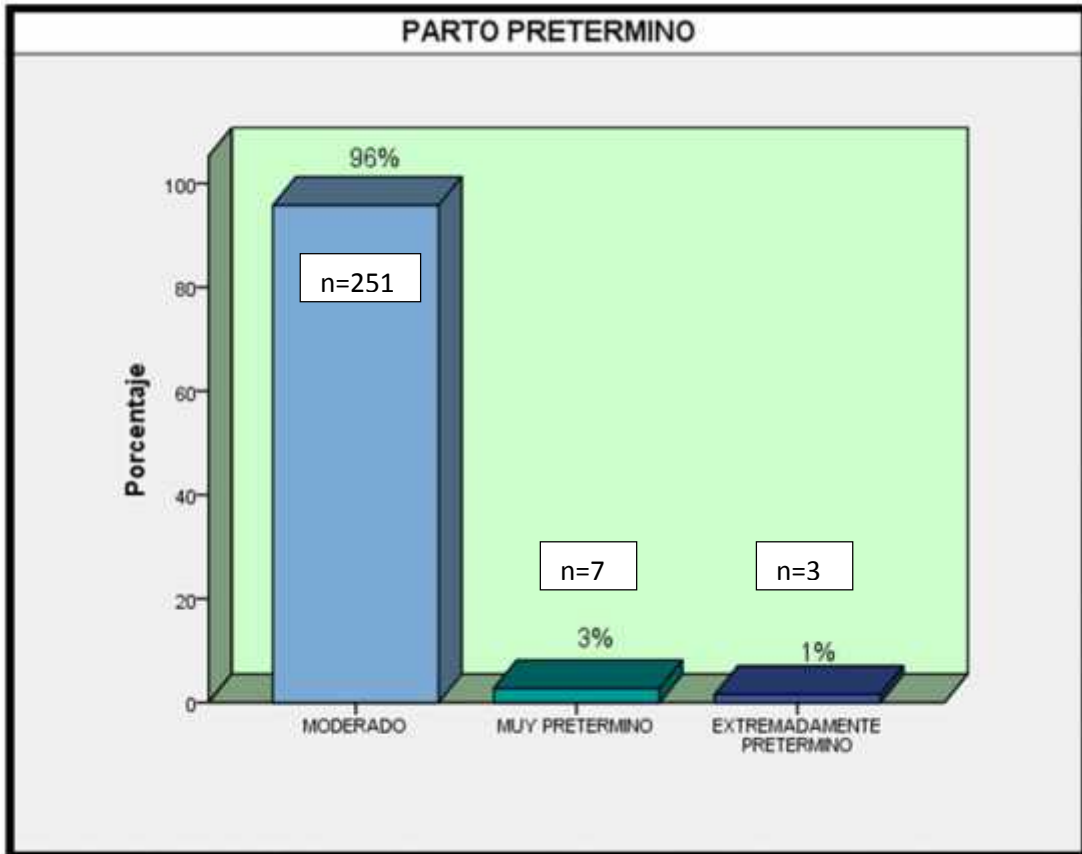
GRÁFICO N°4: Distribución de frecuencia del término de la gestación en pacientes con parto pretérmino atendidas en el HNHU en el año 2016.



(Fuente: Ficha de recolección de datos, periodo 2016)

Con respecto a la clasificación del parto pretermino según la edad gestacional un 96% fue moderado (n=251), un 3% fue muy pretermino (n=7) y solamente el 1% fue extremadamente pretermino(n= 3).

GRÁFICO N°5: Distribución de frecuencia según clasificación de parto pretérmino atendidas en el HNHU en el año 2016.



(Fuente: Ficha de recolección de datos, periodo 2016)

4.2. DISCUSIÓN

En el HNHU durante el periodo 2016 se estima una frecuencia de parto pretermino de 6% en comparación a diferentes estudios realizados a nivel nacional como en el de Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis (Lambayeque 2010) quienes obtuvieron que de un total de 2006 partos, 170 fueron pretérmino que representaron una incidencia de 8.4%, en el estudio de Carnero Cabrera Yohanna (lima 2015) se obtuvo que la frecuencia de partos pretérminos fue 33.3% y en el estudio de Guillén Guevara Juan José (lima 2014) se obtuvo que la frecuencia fue de 39,4% presentaron parto prematuro .^(9,10,12)

A nivel internacional se han realizado múltiples estudios como el de Ramón Minguet Romero, et al (México 2007-2012) se obtuvo una incidencia de 7.7% de nacimientos pretermino, en el estudio de Barrera Sánchez, Lina et al en (Colombia 2016) de un total de 494 mujeres con edad igual o menor a 20 años,30 pacientes presentaron parto pretermino representando el 6.07 % y en el estudio de Retureta Milan Silvia ,et al (cuba 2009-2011) el parto prematuro representó más del 6.0%, se puede evidenciar claramente la similitud de las cifras de nuestro estudio con estudios preexistentes. ^(5, 6,3)

Con respecto a las características sociodemográficas maternas en nuestro estudio se pudo estimar un promedio de edad de 26.7 años, una mediana de 26 años .El 27% de las pacientes se encontraron entre 21 y 25 años. A nivel nacional en el estudio de Huaroto Palomino Karina et al en (Ica 2012) resulto que la edad materna media de la población que presento parto prematuro fue de 25,7 \pm 1,84 años , en el estudio de Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis (Lambayeque 2010) se obtuvo que dentro de los casos un 63.8%(n=51) se encontraron entre 20 y 35 años, en el estudio de Carnero Cabrera Yohanna (lima 2015) se obtuvo que tanto en el grupo de casos como en el control el mayor porcentaje estuvo dentro del rango de 15 a 35 años, con 89.3% y 87% respectivamente, y por último en el estudio de

Guillén Guevara Juan José en (lima 2014) se obtuvo que la media de la edad de las pacientes con parto prematuro fue de 28,7+/-7,2 años, teniendo como extremos de las edades de 15 y 40 años. Todos estos estudios presentan gran similitud con nuestro estudio. ^(11, 12, 9,10)

A nivel internacional en el estudio de Retureta Milán Silvia et al (cuba 2009-2012) se obtuvo que el 83% del total de pacientes con parto prematuro comprende entre 18 y 34 años y en el estudio de Barrera Sánchez, Lina et al en (Colombia 2016) con una muestra de 30 pacientes adolescentes que presentaron parto pretermino resulto que la media de edad fue de 17,3 años; con un rango de edad entre 14-20 años. Todos estos estudios presentan gran similitud con nuestro estudio. ^(6,3)

En referencia al grado de instrucción, se observó que el 91.2% de las pacientes tiene estudios secundarios, y solo un 1.9% de las pacientes tiene estudios superiores. Estos estudios son comparables con el estudio a nivel nacional de Huaroto Palomino Karina et al en (Ica 2012) donde el 70.8% de la población presentaron estudios secundarios y en el estudio de Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis (Lambayeque 2010) se obtuvo que un 33.8%(n=27) de los casos presentaron secundaria completa siendo este el mayor porcentaje apreciándose que los presentes estudios guardan similitud con nuestro estudio. ^(11,12)

A nivel internacional en el estudio de Rodriguez Ruben Elias, Rodriguez Elsa Carolina (Colombia 2006-2008) se obtuvo que un 38.52% presentaron estudios secundarios completos. ⁽¹³⁾

Con respecto al estado civil de las mujeres gestantes se obtuvo un 73.5% de las pacientes atendidas fueron casadas, el 16.5% de las pacientes son solteras y el 10% de las pacientes atendidas son convivientes a nivel nacional en el estudio de Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis (Lambayeque 2010) con respecto al grupo de los casos el 73.8%(n=59)

fueron convivientes, el 21.3%(n=17) son casadas y el 5%(n=4) fueron solteras este estudio difiere con el nuestro.⁽¹²⁾

Con respecto a las características obstétricas maternas en nuestras pacientes se pudo estimar un promedio de edad gestacional de 35.1 semanas, una mediana de 36 semanas y una desviación estándar de ± 1.48 semanas. El 94.3% de las pacientes presentaron más de 34 semanas de gestación. A nivel nacional en el estudio de Guillén Guevara Juan José (Lima 2014) observamos una mayor frecuencia de parto prematuro entre los 35 a 37 semanas de gestación (64%) guardando similitud con nuestro estudio.⁽¹⁰⁾

En referencia al número de gestaciones en pacientes con parto prematuro se encontró que un 66.3% son multigestas. A nivel nacional en comparación con el estudio que difieren como el de Huaroto Palomino Karina et al en (Ica 2012) donde se obtuvo que la mayoría fue primigesta y segundigesta.⁽¹¹⁾

Y también para los controles prenatales se evidenció que el 61.7% fueron inadecuados, el 36.8% equivale a los controles adecuados y solo el 1.5% de las pacientes no tuvieron ningún control prenatal. En comparación a los estudios que difieren a nivel nacional Huaroto Palomino Karina et al en (Ica 2012) tuvo como resultado que las pacientes con diagnóstico de parto prematuro tuvieron controles prenatales adecuado (51.6%). En el estudio de Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis (Lambayeque 2010) se encuentra que los pacientes de 0 a 3 CPN, presentan 26.3% en el grupo de casos y 3.8% en el grupo de controles y en los pacientes de 4 a 6 CPN, presentan 58.7% en el grupo de los casos y 21.2% en los controles), y en los pacientes de 7 a más CPN, como vemos a menos controles prenatales es más el riesgo de parto pretermino este estudio guarda similitud con nuestro estudio.^(11,12)

A nivel internacional en el estudio de Ruben Elias Rodriguez, Elsa Carolina Rodriguez (Colombia 2006-2008) se obtuvo que dentro de las pacientes que

presentaron parto pretermino hubo mayor frecuencia de control prenatal inadecuado (37%) similar a nuestro estudio.⁽¹³⁾

Con respecto a las patologías maternas más frecuentes en nuestras pacientes se encontró que un 50% presentó ITU, 37% vulvovaginitis y solo un 13% presentaron anemia durante el embarazo. Estos resultados son comparables con estudios a nivel nacional como el de Huaroto Palomino Karina et al en (Ica 2012) donde se obtuvo que el 40,2% presentaron infecciones urinarias siendo esta la más frecuente ,predominantemente en los casos , vaginosis bacteriana con el 8.4%, asociándose significativamente , anemia solo el 7.5% que no se asoció a ningún caso de parto pretermino, en el estudio de Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis (Lambayeque 2010) se aprecia que las pacientes con ITU se presentaron en 55% de los casos y en 31.3% de los controles además un 41,3% en el grupo de los casos y 28.1% en los controles presentaron anemia ,en el estudio de Carnero Cabrera Yohanna (lima 2015) se obtuvo que en el grupo de casos (150) 58% y en el grupo control (300) solo el 18.7% presento infección de vías urinarias. Además en el grupo de casos el 62.7% y en el grupo control el 42.7% presento anemia previa al parto y en el estudio de guillén Guevara Juan José (lima 2014) se obtuvo que en las pacientes que presentaron parto prematuro se asociaron la vulvovaginitis (32%), ITU (28%).^(11,12,9,10)

Y a nivel internacional en el estudio de Barrera Sánchez, Lina et al en (Colombia 2016) se estableció asociación a PP a la ITU (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), en el estudio de Retureta Milán Silvia et al (cuba 2009-2012) se determinó asociación a las vulvovaginitis (63,3%), las infecciones urinarias (49,2%) similar a nuestro estudio. ^(3,6)

Con respecto a las patologías obstétricas más frecuentes en nuestras pacientes se encontró 48% presentaron preeclampsia, 38% RPM y solo un 14% eclampsia, según estudios a nivel nacional en el estudio de Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis (Lambayeque 2010) se observó que un

6.3% de los casos y un 2.5% de los controles presentaron preeclampsia ,un 3.8% de los casos y en 0.7% de los controles presentaron eclampsia, un 32.5% de los casos y 6.2% de los controles presentaron rotura prematura de membranas.⁽¹²⁾

A nivel internacional en el estudio de Barrera Sánchez, Lina et al en (Colombia 2016) se identificó asociado a parto pretermino preeclampsia (20%) similar a nuestro estudio.⁽³⁾

Con respecto al tipo de parto un 52 % de las pacientes fueron cesareadas el 48%de las pacientes presentaron parto eutocico.Dentro de los estudios que difieren a nivel nacional en el estudio de Chira Sosa Jorge Luis, Sosa Flores Jorge Luis (Lambayeque 2010) se obtuvo que del total de los casos el 75%(n=60) fue por parto vaginal y el 25%(n=20) fue por cesárea.⁽¹²⁾

A nivel internacional en el estudio de Ruben Elias Rodriguez,Elsa Carolina Rodriguez(colombia 2006-2008) se obtuvo que en el 57% de las pacientes que presentaron parto pretermino fueron cesareadas teniendo notable similitud con nuestro estudio.⁽¹³⁾

Con respecto a la clasificación de parto pretermino según la edad gestacional un 96% fue moderado, un 3% fue muy pretermino y solamente el 1% fue extremadamente pretermino. A nivel nacional en el estudio de Carnero Cabrera Yohanna (lima 2015) se obtuvo que un 33.3%(n=150) presentaron parto pretermino de los cuales 118 son prematuros tardíos a moderados (79%), 24 son muy prematuros (16%) y 8 son extremadamente prematuros (5%) con gran similitud a nuestro estudio.⁽⁹⁾

A nivel internacional en el estudio de Retureta Milán Silvia et al (cuba 2009-2012) se observó que destacó el parto prematuro tardío, es decir, entre 34 y 36 semanas simbolizando un 72,1% (n=305) con gran similitud a nuestro estudio.⁽⁶⁾

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de partos pretermino en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del HNHU en el periodo del 2016 fue del 6% (n=261).
2. Las características sociodemográficas de las pacientes que presentaron parto pretermino presentaron una mediana de edad de 26 años, principalmente tuvieron secundaria (91.2%), el 73,6% fueron casadas y que el 69% forma parte del nivel socioeconómico medio.
3. Entre las características obstétricas se obtuvo en nuestras pacientes una mediana de 36 semanas para la edad gestacional, siendo el rango más frecuente de mayores de 34 semanas (94.3%), principalmente el 66.3% fueron multigestas y se evidencio que las pacientes tuvieron controles prenatales inadecuados (61.7%).
4. La patología materna más frecuente en las pacientes que presentaron parto pretérmino fue la infección del tracto urinario en un 50%(n=131)
5. La patología obstétrica más frecuente en las pacientes que presentaron parto pretérmino fue la preeclampsia en un 48%(n=.126)
6. El mayor porcentaje según la clasificación de parto pretermino fue: recién nacido pretermino moderado a tardío comprendido entre las (32 a <37 semanas) representado por un 96%(n=251).
7. La frecuencia estimada según el tipo de parto en las pacientes fue la cesárea representando un 52%(n=136).

5.2 RECOMENDACIONES

1. Identificar los factores de riesgo prevenibles por parte del personal de salud para así disminuir la incidencia de parto pretermino en nuestro país.
2. Priorizar la atención prenatal en las gestantes con rango de edad entre 21-25 años que presentan mayor porcentaje de parto pretermino.
3. Dar a conocer a las pacientes la importancia de los controles prenatales adecuados (mayor a 6 CPN) durante la gestación y principalmente durante el tercer trimestre de embarazo que es donde se presentan mayor frecuencia de parto pretermino.
4. Vigilancia de la sintomatología y/o exámenes de laboratorio para el diagnóstico oportuno de ITU durante los controles prenatales por parte del personal de salud además de instruir a las gestantes del interés de acudir a las evaluaciones materno-fetales durante la gestación para así evitar complicaciones desencadenadas por la ITU.
5. Informar a las gestantes y capacitar al personal de salud sobre la enfermedad hipertensiva (preeclampsia) para así reconocer los síntomas oportunamente y acudir a su médico inmediatamente para un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y evitar la complicación de parto pretermino.
6. Monitorear estrictamente a las gestantes entre las 32 a <37 semanas de gestación mediante los controles prenatales adecuados ya que representan el mayor porcentaje de parto pretermino y así evitar las posibles complicaciones materno perinatal.
7. Monitoreo estricto de las pacientes con factores de riesgo para parto pretermino para así determinar a tiempo la vía de terminación del parto (vaginal o cesárea) y evitar complicaciones maternas y /o fetales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Guaicha GP. Infección del tracto urinario como factor de riesgo de parto pretermino en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital Teófilo Dávila. Tesis de bachiller. Loja, Ecuador. Universidad Nacional de Loja.2016
2. León Collahuazo AE. Amenaza de parto pre término y su relación con las infecciones de vías urinarias. Tesis de bachiller. Loja, Ecuador. Universidad Nacional de Loja .2016
3. Barrera Sánchez LF, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá*7 Universidad Católica del Norte (Revista Virtual) 2010, 48: 215-227. Disponible en:<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/769/1295>
4. Vílchez Torres AG. Factores de riesgo de parto pretérmino: un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015. Managua, Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua 2016.
5. Minguet Romero R, Cruz Cruz PR, Ruíz Rosas RA, Hernández Valencia M. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012) Ginecol Obstet Mex 2014; 82:465-471.
6. Retureta Milán SE, Retureta Milán ME, León Arana O, Rojas Álvarez LM, Álvarez Fernández M. Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila. Mediciego 2014; 20 (Supl.1)
7. Tucto Sanchez Y. Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretermino en gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco octubre 2015- marzo del 2016” Tesis de bachiller .Huánuco, Perú. Universidad de Huánuco .2016

8. Cueva Rossel E. Complicaciones en gestantes con infección del tracto urinario en el Hospital regional Manuel Nuñez Butrón de Puno. *Investigación Andina* 2015.15 :108-113
9. Carnero Cabrera YX. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. Tesis de bachiller. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016
10. Guillén Guevara JJ. Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. Tesis de bachiller. Lima, Perú. Universidad Privada San Martín de Porres. 2015.
11. Huaroto Palomino K, Paucá Huamancha MA., Polo Álvarez M, Meza León JN. Factores de riesgo maternos, obstétricos y/o fetales asociados al parto pretermino, en pacientes de un Hospital Público de Ica, Perú” *Rev. méd panacea* 2013; 3(2): 27-31
12. Chira Sosa JL, Sosa Flores JL. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. *Rev. Salud & Vida Sipanense* .2015;2(2):7-18
13. Rodríguez RE, Rodríguez EC. Epidemiología y factores de riesgo para parto pretermino en el servicio de maternidad del Hospital Militar Central. Tesis de bachiller. Nueva Granada, Colombia. Universidad Militar Nueva Granada. 2008
14. Cunningham H., Leveno R., Bloom Spong . *Williams obstetricia vol II* 23 a edición. México: Mc Graw Hill; 2006.
15. Cavero L. *Tratado de ginecología y obstetricia Vol 1. Edición 2* .
16. Faneite P, Pérez A, Sánchez R. Manejo de parto pretermino 2012:1-43
17. Sánchez de la Cruz E, Pardo Ruiz R, Mendoza Lara L, Oviedo Rodríguez C, Anchiraco Agudo W, Guillen Ramos J. Boletín estadístico de nacimientos Perú ,MINSA 2015 :1-16

ANEXOS

ANEXO Nº 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
PRINCIPAL						
parto pretermino	Se define parto pretérmino a los recién nacidos antes de concluir las 37 semanas de gestación desde la fecha de la última regla.	Diagnóstico de parto pretermino registrado en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	Edad gestacional menor a las 37 semanas	Historia Clínica
SECUNDARIOS						
Edad Materna	Tiempo de vida expresado en años.	Años cumplidos al momento del parto pretermino	Cuantitativa	Discreta	Todas las edades	Historia Clínica.
Estado Civil	Situación en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Estado civil registrado en la Historia Clínica	Cualitativa	Nominal	*Soltera *Casada *Conviviente	Historia Clínica
Grado de Instrucción	Es el nivel más elevado de estudios realizados, sin tener	Grado de instrucción registrado en la	Cualitativa	Ordinal	*Primaria *Secundaria	Historia Clínica

	en cuenta si se han terminado o no.	Historia Clínica			*Superior	
Número de Gestaciones	Son las gestaciones de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos.	Número de partos registrado en la Historia Clínica.	Cuantitativa	Discreta	*Primigesta: 1 *Multigesta: 2 *Gran Multigesta: 6	Historia Clínica
Control prenatal	Visitas periódicos al médico para prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	Número de controles prenatales registrados en la Historia Clínica.	Cualitativa	Nominal	*No: 0 *Inadecuado: <6 *Adecuado: 6	Historia Clínica
Edad Gestacional	Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla.	Edad gestacional registrado en la historia clínica	Cuantitativa	Discreta	*Todas las edades gestacionales.	Historia Clínica
Tipos de parto	Se refiere al tipo de culminación de la gestación	tipo de parto registrado en la historia clínica	Cualitativa	Nominal) Eutócico) cesárea	Historia Clínica
Clasificación del parto pretermino	Se refiere a la clasificación del parto pretermino según la edad gestacional	Clases de parto pretermino registrado en la historia clínica	Cualitativa	Nominal) prematuros extremos (<28 semanas)) muy prematuros (28 a <32 semanas)) prematuros moderados a	Historia Clínica

					tardíos (32 a <37 semanas)	
patología materna	Se refiere a las patologías maternas asociadas al parto pretermino	Patología materna registrada en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario <input type="checkbox"/> Si() No() <input type="checkbox"/> Vulvovaginitis <input type="checkbox"/> Si() No() <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Si() No()	Historia Clínica
Patología Obstétrica	Se refiere a las patologías a asociadas durante el embarazo	Patología Obstétrica registrada en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	<input type="checkbox"/> Preeclamsia <input type="checkbox"/> Si() No() <input type="checkbox"/> RPM <input type="checkbox"/> Si() No() <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Si () No()	Historia Clínica

ANEXO Nº 2: INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y OBSTÉTRICOS PARA PARTO
PRETÉRMINO EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2016

Nº Ficha: _____

1. DATOS GENERALES:

Historia clínica:

Edad:

Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada ()

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

Nivel socioeconómico: alto () medio () bajo ()

2. DATOS OBSTÉTRICOS:

Edad gestacional: _____ semanas.

Número de gestaciones: _____

CPN: # _____

3. PARTO PRETÉRMINO:

Moderado a tardío ()

Muy Pretérmino ()

Extremadamente Pretérmino ()

4. TIPO DE PARTO :

Eutócico () Cesárea ()

5. PATOLOGÍAS MATERNAS:

J Infección De Vías Urinarias SI() NO()

J Vulvovaginitis SI() NO()

J Anemia SI() NO()

6. PATOLOGÍAS OBSTETRICAS:

J Preeclampsia: SI() NO()

J Eclampsia SI() NO()

J RPM SI() NO()

ANEXO Nº 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Nº	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
I	Características sociodemográficas							
1	¿El estudio incluye todas las edades de las gestantes?	✓		✓		✓		
2	¿Considera importante el grado de instrucción de la gestante?	✓		✓		✓		
3	¿Es importante el estado civil de la gestante?	✓		✓		✓		
4	¿Tiene influencia el nivel socioeconómico de la gestante?	✓		✓		✓		
II	Datos de Antecedentes Gineco Obstétricos							
5	¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión?	✓		✓		✓		
6	¿Es importante considerar el control prenatal?	✓		✓		✓		
7	¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión?	✓		✓		✓		
8	¿Es importante saber el tipo de parto?	✓		✓		✓		
III	Antecedentes fetales							
9	¿Tiene importancia saber la clasificación del recién nacido?	✓		✓		✓		
10	¿Importa para el trabajo conocer el factor de riesgo que contribuye al parto pretérmino?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir () No aplicable ()
 Apellidos y nombres del juez evaluador: Tolentino Valencia Adrian Anche Lima, 23 de mayo del 2017
 Especialidad del evaluador: Gineco - Obstetra firma: [Firma] DNI: 4424027

Dr. Adrian A. Tolentino Valencia
GINECO OBSTETRA
CMP 62049 R.N.E. 31042

ANEXO Nº 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

46

Nº	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
I	Características sociodemográficas							
1	¿El estudio incluye todas las edades de las gestantes?	✓		✓		✓		
2	¿Considera importante el grado de instrucción de la gestante?	✓		✓		✓		
3	¿Es importante el estado civil de la gestante?	✓		✓		✓		
4	¿Tiene influencia el nivel socioeconómico de la gestante?	✓		✓		✓		
II	Datos de Antecedentes Gineco Obstétricos							
5	¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión?	✓		✓		✓		
6	¿Es importante considerar el control prenatal?	✓		✓		✓		
7	¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión?	✓		✓		✓		
8	¿Es importante saber el tipo de parto?	✓		✓		✓		
III	Antecedentes fetales							
9	¿Tiene importancia saber la clasificación del recién nacido?	✓		✓		✓		
10	¿Importa para el trabajo conocer el factor de riesgo que contribuye al parto pretérmino?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez evaluador: Panaque Fernandez Rómulo

Lima, 23 de Mayo del 20 17

DNI: 07735163

Especialidad del evaluador: Gineco - Obstetria firma

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"

R.C. RÓMULO GERÓNIMO PANAQUE FERNÁNDEZ
C.M.P. N° 14877 R.N.E. N° 5685
JEFE DEL DPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA

ANEXO Nº 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

N°	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
I	Características sociodemográficas							
1	¿El estudio incluye todas las edades de las gestantes?	✓		✓		✓		
2	¿Considera importante el grado de instrucción de la gestante?	✓		✓		✓		
3	¿Es importante el estado civil de la gestante?	✓		✓		✓		
4	¿Tiene influencia el nivel socioeconómico de la gestante?	✓		✓		✓		
II	Datos de Antecedentes Gineco Obstétricos							
5	¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión?	✓		✓		✓		
6	¿Es importante considerar el control prenatal?	✓		✓		✓		
7	¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión?	✓		✓		✓		
8	¿Es importante saber el tipo de parto?	✓		✓		✓		
III	Antecedentes fetales							
9	¿Tiene importancia saber la clasificación del recién nacido?	✓		✓		✓		
10	¿Importa para el trabajo conocer el factor de riesgo que contribuye al parto pretérmino?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez evaluador: Walter Bryson Malca

Lima, 23 de Mayo del 2017

DNI: 08819140

Especialidad del evaluador: _____

firma _____


 DR. WALTER BRYSON MALCA
 Médico Asistente de la Unidad
 de Terapia Intensiva
 C.R.P. Nº 13659 - R.N.E. Nº 7008
 Hospital Nacional Hipólito Unanue

ANEXO Nº4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADORES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES INDEPENDIENTE	TIPO DE INVESTIGACIÓN
¿Cuáles son los factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?	Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.	No se plantea hipótesis por ser un trabajo descriptivo.	Sociodemográficas * Edad materna. * Grado de instrucción * Estado civil. * Nivel socioeconómico Obstétricas * Edad gestacional. * Número de gestaciones. * Controles prenatales. * Tipo de parto pretermino * Clases de parto pretermino * Patología materna	Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal que se realizó en mujeres gestantes que presentaron parto pretérmino en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue

PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPÓTESIS ESPECIFICA	VARIABLE DEPENDIENTE	POBLACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuál es la incidencia de parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016? ▪ ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en pacientes con parto pretérmino atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016? ▪ ¿Cuáles son las características obstétricas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016? ▪ ¿Cuáles son las patologías obstétricas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer la frecuencia de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. ▪ Establecer los factores sociodemográficos en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. ▪ Describir las características obstétricas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. ▪ Reconocer las patologías obstétricas en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 	<p style="text-align: center;">No se plantea hipótesis por ser un trabajo descriptivo.</p>	<p style="text-align: center;">Parto pretérmino</p>	<p>La población está constituida por 261 pacientes atendidas que presentaron parto pretermino en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el periodo de 2016.</p>

<p>Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las patologías maternas en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016? ▪ ¿Cuál es la incidencia del parto pretermino según su clasificación en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016? ▪ ¿Cuál es la incidencia del tipo de parto en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016? 	<p>en el año 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las patologías maternas en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. ▪ Registrar la frecuencia de parto pretérmino según la clasificación en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. ▪ Conocer la frecuencia de los tipos de parto en pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. 			
---	--	--	--	--