

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE
GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
DEL AÑO 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

OCHOA MUÑOZ KENNY RENZO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA-PERÚ

2020

ASESOR

Dr. Vallenias Pedemonte, Francisco

AGRADECIMIENTO

A los docentes universitarios, asesores grandes profesionales de la salud que participaron en mi formación como profesional de la salud a lo largo de estos siete años, en especial a los que hicieron posible este estudio.

A los docentes de investigación y ética del Hospital Carlos Lafranco La Hoz quien me permitió realizar la presente investigación.

DEDICATORIA

A Dios, por guiar cada día de mis pasos.

A mis padres Luis y Natividad, por ser un gran ejemplo a seguir y por la confianza que siempre depositaron en mí.

A mis hijos Catalina y Sebastián que me motivan en cada momento en el desarrollo personal y profesional.

A mi esposa Nancy, por permitir en todo momento con su apoyo al desarrollo de esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para parto pretérmino del servicio Gineco Obstetricia del Hospital Carlos Lafranco La Hoz Del Año 2019

Material y Métodos: El diseño de estudio es analítico, de casos 155 gestantes con parto pretérmino y controles 155 gestantes con parto a término, que cumplieron con los criterios de inclusión. El análisis de las variables se realizó mediante método estadístico de chi cuadrado, considerándose significancia estadística a $p < 0.05$, con intervalo de confianza del 95%. La medida estadística odds ratio (OR).

Resultados: En el Grupo de Casos la edad se distribuye 3 (1.9%), 116 (74.8%) y 36 (23.2%) entre Menores de 16 años, de 16 a 35 años y mayores de 35 años, respectivamente; mientras que en el Grupo de los Controles es de 1 (0.6%), 92 (59.4%) y 62 (40%). Estas diferencias son significativas por un valor de CHI2, de 10.667 y un p de 0.005. Al constituir solo dos grupos de edades: Hasta 35 años y mayores de 35 años las diferencias son más notorias entre los casos 119 (76.8%) y 36 (23.2%) respectivamente con respecto a los controles que tienen 93 (60.0%) y 62 (40.0%), con un CHI2 de 10.087 y un p de 0.001, lo que evidencia asociación significativa entre la Edad y el parto pretérmino con un OR de 2.2 y con un IC al 95% de 1.37 y 3.61. Las Infecciones del Tracto Urinario en los Casos un total de 54 (34.8%) tienen y 101 (65,2%) no tienen; mientras que en el Grupo Control, se observa que 31 (20.0%) y 124 (80.0%) respectivamente; con un CHI2 de 8.575 y un p de 0.03; lo que evidencia una asociación con el Parto Pretérmino con un OR de 2.139 y con un IC al 95% de 1.28 y 3.59. El resto de variables no tienen relación con el Parto Pretérmino

Conclusiones: Los factores de riesgo para Parto Pretérmino son Edad de las gestantes hasta los 35 años y la presencia de Infecciones del Tracto Urinario.

Palabras clave: Parto pretérmino, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for childbirth pre-term of the Gineco Obstetrics service of the Hospital Carlos Lafranco La Hoz DeL.

Material and Methods: The study design is analytical, of 155 pregnant cases with preterm delivery and controls 155 gshelves with full birth to term, which met the inclusion criteria. The analysis of the variables was performed using the chi square test, considering statistical significance at $p < 0.05$, with 95% confidence interval. The statistical measure used was the reason for mummies or odds ratio (OR).

Results: In the Case Group age is distributed 3 (1.9%), 116 (74.8%) and 36 (23.2%) children under the age of 16, 16 to 35 years and over 35, respectively; group of controls is 1 (0.6%), 92 (59.4%) 62 (40%). These differences are significant for a CHI2 value of 10,667 and a p of 0.005. Being only two age groups: Up to 35 years and over 35 years of age the differences are most noticeable between cases 119 (76.8%) and 36 (23.2%) respectively with respect to controls that have 93 (60.0%) and 62 (40.0%), with a CHI2 of 10,087 and a p of 0.001, which shows significant association between age and predetermined birth with an OR of 2.2 and with an IC 95% of 1.37 and 3.61. Urinary Tract Infections in Cases a total of 54 (34.8%) 101 (65.2%) they don't have; control group notes that 31 (20.0%) 124 (80.0%) respectively; with a CHI2 of 8,575 and a p of 0.03; which shows an association with Pretermino Childbirth with an OR of 2,139 and with an IC 95% of 1.28 and 3.59. All other variables are unrelated to Preterm Childbirth

Conclusions: Risk factors for Preterm Childbirth are Age of pregnant women up to age 35 and the presence of Urinary Tract Infections.

Keywords: Preterm delivery, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El parto antes de las 37 semanas en la población considerado una problemática de salud pública por las serias repercusiones en la salud perinatal y al alto coste económico y social que produce. Dentro de las medidas más importantes para disminuir la incidencia de esta patología se encuentra la identificación oportuna de gestantes en riesgo de parto pretérmino y brindar las medidas necesarias para evitarlo. Los riesgos que se encuentran en la literatura varían de acuerdo al lugar y momento de estudio, siendo los más frecuentemente asociados: infecciones urinarias frecuentes, controles prenatales, embarazo múltiple y rotura prematura de membranas

La presente investigación busca la determinación de los problemas de riesgos que afectan a las gestantes en nuestra población con la finalidad de contar con bases propias para la detección oportuna y la elaboración de estrategias de intervención efectivas en nuestra población.

Esta tesis cuenta con 5 capítulos:

Capítulo I: plantea y justifica el problema de investigación; de va a dar una relación con los factores que afectan a las gestantes antes de las 37 semanas de gestación. Asimismo, menciona los objetivos.

Capítulo II: revisa estudios antes realizados similares a nuestra investigación, describe conceptos generales acerca del parto pretérmino. Además, plantea las hipótesis y describe las variables.

Capítulo III: define los métodos de estudios en este trabajo de investigación; estudio observacional de observar, analítico, de casos y controles, realizado en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019, para lo cual se tomó como muestra 155 gestantes de partos pretérmino (casos) y 155 gestantes con parto a término (controles). Los datos se obtuvieron a través de una ficha de recolección de datos, que se procesaron y analizaron en el programa estadístico SPSS 25.0.

Capítulo IV: presenta los resultados y discusión de la investigación.

Capítulo V: muestra las conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	xl
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
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 DE ÁREA DE ESTUDIO	2
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.6. OBJETIVOS	3
1.6.1 GENERAL	3
1.6.2 ESPECÍFICOS	3
1.7. PROPÓSITO	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	5
2.2. BASE TEÓRICA	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL	22
2.4. HIPÓTESIS	24
2.4.1. GENERAL	24

2.4.2. ESPECÍFICA	24
2.5. VARIABLES	25
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	27
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	27
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	29
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	31
4.1. RESULTADOS	31
4.2. DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
5.1. CONCLUSIONES	41
5.2. RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	47

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “CARLOS LANFRANCO LA HOZ” DEL AÑO 2019	31
TABLA N° 2: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS QUE SE COMPORTAN COMO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019	34
TABLA N° 3: ANTECEDENTES GINECOLOGICOS OBSTETRICOS QUE SE COMPORTAN COMO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019.	35
TABLA N° 4: CARACTERISTICAS PATOLOGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO ACTUAL QUE SE COMPORTAN COMO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019.	37

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
GRÁFICO N° 1: RELACIÓN ENTRE EL FACTOR EDAD Y EL PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019.	32
GRÁFICO N° 2: RELACIÓN ENTRE EL FACTOR EDAD Y EL PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “CARLOS LANFRANCO LA HOZ” DEL AÑO 2019.	
GRÁFICO N° 3: RELACIÓN ENTRE EL FACTOR ITU Y EL PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “CARLOS LANFRANCO LA HOZ” DEL AÑO 2019.	33

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48
ANEXO N°2: INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)	50
ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS CONSULTA DE EXPERTOS	52
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	55

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto antes de las 37 semanas es una condición cuando el recién nacido o lactante ha nacido antes de cumplir 37 semanas de gestación, que según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente hay nacimiento de un promedio de 15 millones de niños antes de las 38 semanas, es decir 1 de cada 10 recién nacidos es prematuro, en este caso es un problema de salud pública ya que un alto porcentaje de la población de gestantes son afectadas esta patología. Asimismo, se reporta que el 60% de los partos prematuros es los continentes africanos en diferentes países por estar en condición de países sub desarrollados y crisis económicas y el continente asiático por su alta población y en países con una tasa baja de ingresos económicos tienen una prevalencia de 12% y en países desarrollados con la tasa de ingresos económicos reportan un 9%.⁽¹⁾

En América del Norte se reporta que existe una prevalencia del 10.6%, mientras que Estados Unidos se reporta una incidencia del 12.5%, en otras palabras que cada 60 segundos nace un niño prematuro. Según datos de la (OPS) en algunos países de América del sur y las islas del caribe en el año 2010, oscila entre un 5.1% en Ecuador a un 13.6% en Costa Rica.⁽²⁾

Según el Ministerio de Salud del Perú, en el año 2015 se reporta que aproximadamente el 7% de los recién nacidos eran prematuros, dentro de los cuales el 6% tuvieron un periodo gestacional entre 32 y 36 semanas, mientras que el 1% nació a una edad gestacional inferior a 31 semanas, asimismo, se reporta la mayor incidencia en el departamento de Lima. Además, según la ENDES 2017, de los 480 483 nacimientos, el 21.8% (104 745) era prematuro, dentro del cual el 6.4% (30 750) era prematuro extremo.⁽³⁾

Existen algunos riesgos que pueden adelantar un parto antes de las 37 semanas de la gestación en la población estos pueden ser por causa materna, fetal o uterina; factores que destaca por su mayor frecuencia los siguientes:

Antecedentes de parto pretérmino, edad materna, controles pre natales insuficientes infecciones maternas y embarazo múltiple.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuáles son factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019?

1.2.2 ESPECÍFICOS

¿Cuáles son las características sociodemográficas que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019?

¿Cuáles son los antecedentes ginecológicos obstétricos que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019?

¿Cuáles son las características patológicas asociadas al embarazo actual que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Este estudio de investigación tiene como principal intención conocer, los factores de riesgo de parto pretérmino y al mismo tiempo poder realizar debates entre los profesionales de la salud de dicha especialidad y reflexión entre los profesionales de salud acerca de esta patología que hasta hace unos años se veía disminuida pero que ha aumentado su prevalencia trayendo consigo complicaciones maternas y perinatales.

1.4. DELIMITACIÓN DE ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación lugar: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Delimitación temporal: Período año 2019.

Delimitación social: pacientes embarazadas del departamento de ginecología-obstetricia.

Delimitación de concepto: Factores de riesgo de parto pretérmino.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo tiene algunas limitaciones en cuanto a las historias clínicas del hospital ya que pueden estar incompletas, como también muchos pacientes son referidos a otros hospitales o institutos de mayor complejidad.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Determinar los factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

1.6.2 ESPECÍFICOS

Determinar las características sociodemográficas que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019

Identificar los antecedentes ginecológicos obstétricos que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019

Mencionar las características patológicas asociadas al embarazo actual que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

1.7. PROPÓSITO

Se finalizo esta investigación identificando las variables que se comportan como un riesgo en la población de embarazadas de parto pretérmino o parto

antes de las 37 semanas que son atendidas en el nosocomio Hospital Carlos Lanfranco La Hoz específicamente en el consultorio y servicio de ginecología obstetricia y de esta forma poder aplicarlo en el diagnostico precoz de esta entidad patológica y el abordaje integral adecuado, evitando de este modo tener algunas complicaciones futuras a corto y largo plazo en las pacientes y en el recién nacido.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

NACIONALES

Neira N en el año 2019 en la tesis realizado en Piura con el objetivo de determinar los factores asociado a Parto antes de las 37 semanas de gestación en las embarazadas adolescentes, en el cual planteo un estudio Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal y correlacional; que incluyeron la muestra de 75 pacientes. Como resultados se obtuvieron que Los factores sociodemográficos: la edad de 17 a 19 fue 73.3%; 85.3 % fue conviviente y el 73.3% con secundaria. Los factores obstétricos: 54.6% presentó menos de seis controles prenatales, 17.3% presentó periodo intergenésico corto y el 2.7% fue múltipara. Los factores patológicos: Infección del tracto urinario, el 20%; la RPM, 18.7% y pre eclampsia en el 16%. Concluyendo que Los factores asociados con el parto pre término, de las gestantes adolescentes son socios epidemiológicos, obstétricos y patológicos Los factores sociodemográficos más frecuentes: la edad de 17 a 19 años, conviviente y con nivel secundario. Los factores obstétricos más frecuentes: menos de seis controles prenatales, PIG prolongado y Nuliparidad y Los factores patológicos más frecuente son la ITU, RPM y la Hipertensión Arterial. Según la prueba de chi cuadrado, no está asociada la variable control prenatal, todas las demás variables están asociadas al parto pre término en las adolescentes en estudio.⁽⁴⁾

Garcia D en el año 2018 en su tesis realizado en Lima con el objetivo de lograr identificar los factores que se asocian a la presencia de gestación pretérmino en el Hospital de Ventanilla, para lo cual plantearon un estudio de tipo analítico de casos y controles, observacional, retrospectivo, incluyendo a 66 casos y 132 controles, y entre los resultados obtenidos se halló que la presencia del antecedente de parto pretérmino tiene asociación significativa ($p=0.017$, $OR=3.10$, $IC95\%:1.18-8.13$). Asimismo, se halló asociación con respecto a los controles prenatales insuficientes ($p=0,029$, $OR=2,32$, $IC95\%:1,07-5,00$). De igual manera, la infección del tracto urinario se halló

asociado ($p=0,025$, $OR=2,14$, $IC95\%:1,09-4,19$). Concluyendo que la presencia de un antecedente de parto pretérmino, infección del tracto urinario y falta de controles prenatales se asocian de manera estadística con parto pretérmino.⁽⁵⁾

Lozada H en el año 2018 en Piura presento sus tesis con el estudio de determinar los factores de riesgo asociados para el parto antes de las 37 semanas de embarazo en las gestantes del Hospital Nuestra Señora de La Mercedes De Paita, siendo este un estudio observacional de casos y controles de tiempo retrospectivo con una población de 381 gestantes. Obteniendo como resultados que se asocian al parto pretérmino como la edad de la madre antes de los 18 años ($O. \text{ration}=8.843$, $p < 0.001$), lugar de procedencia ($OR=0.351$, $p=0.019$), antecedente de sangrado ($OR=19.77$, $p<0.001$), antecedente del parto pretérmino ($O \text{ ration}=97.229$, $p < 0.001$), infección del tracto urinario ($OR=3.357$, $p=0.004$), RPM ($OR= 11.694$, $p<0.001$) y anemia gestacional ($OR=2.459$, $p=0.043$). Concluyendo que los factores asociados a las gestantes son la edad adolescente, el lugar de procedencia, presencia anterior de sangrado, antecedente de partos antes de las 37 semanas, infección de las vías urinarias, anemia, y ruptura prematura de membranas.⁽⁶⁾

Guadalupe S y Oshiro S., en el año 2017 en Lima; plantearon como objetivo de determinar los Factores de Riesgo asociados a Parto Pretérmino en Gestantes del departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora. Es un estudio de tipo observacional, analítico, de tiempo retrospectivo lo que se tomó historias de todo el año 2017, con un número de casos y controles; con una población seleccionada que incluyeron a 400 gestantes. Como resultados se obtuvo que falta de controles prenatales, estado civil, edad, pre eclampsia, paridad, infección de vía urinaria, rotura prematura de membranas quienes presentaron una relación estadística significativa ($p< 0.05$) así como son factores para el parto pretérmino ($OR: 2.579$). Concluyendo que aquellos factores que se asocian al parto pretérmino están la paridad, rotura prematura de membranas, edad, falta de controles prenatales, infección de la vida urinaria, preeclampsia y el estado civil.⁽⁷⁾

Carnero Y en el año 2016 Perú en Lima planteo un estudio para determinar los factores de riesgo del parto antes de las 37 semanas de gestación que fueron a consultorio de obstetricia del instituto nacional materno perinatal desarrollo un estudio de tipo casos y controles que fueron seleccionados respectivamente en tiempo retrospectivo cuantitativo y corte transversal en que la población objetiva fueron 150 casos y 300 controles; como resultados se obtuvieron que la prevalencia de partos antes de tiempo fue de 33% los riesgos asociados estadísticamente fueron antecedentes antes de parto antes de las 38 semanas de embarazo altamente con ($p < 0.001$) con un OR igual a 8.5 e IC de 95% (5.35-13.52) las ITU fueron de igualmente significativas ($p < 0.0001$) con un OR 2.26 e IC 95 (1.5085 – 3.3726) y no hubo algo significativo la edad de la gestante ($P = 0.4769$) con un OR: 1.25 e IC 95% (0.67–2.3218). Llegaron a la conclusión que los antecedentes de parto pretérmino antes de las 37 semanas de gestación en las embarazadas , Infecciones del tracto urinario y la anemia gestacional son considerados unos de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino.⁽⁸⁾

INTERNACIONALES

Jiang M et al. en 2018 realizo una investigación en Taiwán, con el objetivo de examinar los factores de riesgo y los resultados neonatales del parto prematuro y proporcionar una base para prevenir el parto prematuro, se plantearon un estudio de casos y controles, que incluyeron 1328 personas en cada uno de los grupos. Entre los resultados se estudiados se encontró: edad materna, antecedentes de embarazos con parto antes de las 37 semanas y aborto, atención prenatal, complicaciones del embarazo (incluye hipertensión, colestasis intrahepática del embarazo (PIC), restricción del crecimiento fetal (FGR), ruptura prematura de las membranas (PROM), placenta previa, presentación anormal, relación S / D anormal al.) durante el procesamiento de datos estas variables se asociaron fueron estadísticamente significativamente con el parto prematuro. Varios factores surgieron como riesgos estadísticamente significativos para el parto prematuro, como antecedentes de embarazo con partos antes de las 37 semanas, hipertensión, ICP, FGR,

PROM, placenta previa y presentación anormal. El tiempo de atención prenatal demostró ser un factor protector. Además, observamos evidencia que sugiere que se sabe que los recién nacidos varones tienen un riesgo significativamente mayor de parto prematuro que los recién nacidos. Concluyendo que los antecedentes de embarazo, hipertensión, ICP, FGR, PROM, placenta previa y presentación anormal fueron covariables identificadas en este estudio como factores de riesgo de parto prematuro. Es una razón importante de mal pronóstico neonatal y muerte.⁽⁹⁾

Rao C et al. en el 2017 realizó estudios científicos en la India que tuvieron como objetivo evaluar la incidencia de nacimientos prematuros espontáneos y determinar los factores de riesgo bioquímicos y obstétricos para nacimientos prematuros espontáneos, en un estudio de tipo cohorte prospectivo en el que incluyeron a 1420 mujeres. Entre nuestros resultados se obtuvo que de 1133 mujeres. Entre los 1071 encuestados, 11 tuvieron abortos, el 93.1% entregó a término mientras que el 5.9% tuvo partos prematuros. Se observaron partos prematuros entre el 6,5% de las mujeres con baja estatura, el 13,3% con longitud cervical <2,5 cms y el 5,2% entre las mujeres con anemia. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre Oligohidramnios, RCIU y nacimientos prematuros. El estriol salival fue menor en las mujeres que tuvieron nacimientos prematuros en comparación con los nacimientos a término. Concluyendo que la incidencia de nacimientos prematuros (5,9%) fue baja en la presente cohorte. El oligohidramnios y el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) se identificaron como factores de riesgo significativos para los nacimientos prematuros. Los factores de riesgo convencionales como el cuello uterino corto, la baja estatura y los marcadores inflamatorios bioquímicos no se identificaron como predictores de prematuridad. Los niveles más bajos de estriol salival identificados entre las mujeres en riesgo de partos prematuros demuestran la utilidad de la prueba como una investigación no invasiva para la identificación temprana de los partos prematuros.⁽¹⁰⁾

Lengyel C et al. en el año 2017 en E.E.U.U. realizaron Un trabajo de investigación con el objetivo de El propósito de este estudio es evaluar la prevalencia, el impacto y la interacción del intervalo corto de embarazo (IPI), la categoría (IMC) antes del embarazo y el aumento de peso del embarazo (PWG) en la tasa de nacimientos prematuros. Realizo este estudio de tipo cohorte retrospectivo en el tiempo incluyeron con una población a 393 411 pacientes. Como resultados se obtuvo que el 6% de las mujeres en este estudio tuvieron un embarazo de referencia, con una tasa de natalidad prematura del 7,6% para este grupo. Los IPI cortos de <6 y 6 a 12 meses se asociaron con mayores tasas de natalidad prematura a 12,9 y 10,4%, respectivamente. El bajo PWG en comparación con las recomendaciones de la OIM para la clase de IMC antes del embarazo también se asoció con una mayor tasa de natalidad prematura del 13.2% para todas las clases de IMC combinadas. Sin embargo, la tasa más alta de parto prematuro del 25,2% se produjo en mujeres con bajo peso con IPI corto y aumento de peso inadecuado con el 3.44 (IC 95% 2.80, 4.23). La fracción de nacimientos prematuros observados en esta cohorte que se puede atribuir a IPI cortos es de 5.9%, IPI largos es de 8.3%, PWG inadecuado es de 7.5% y un IMC bajo antes del embarazo es de 2.2%. concluyendo que nuestro análisis indica que una proporción significativa de nacimientos prematuros en Ohio están asociados con factores de riesgo potencialmente modificables. Estos datos sugieren que las iniciativas de salud pública centradas en la prevención del parto prematuro podrían incluir asesoramiento e intervenciones para optimizar la salud preconceptiva y la nutrición prenatal.⁽¹¹⁾

Girsen A et al. en el año 2016 en el Estados Unidos plantearon como objetivo Investigar la distribución de los factores conocidos para el parto prematuro según la gravedad del bajo peso materno; para investigar la relación ajustada al riesgo entre la gravedad del bajo peso y el parto prematuro, y evaluar si la relación difiere según la edad gestacional. Se planteo un estudio de tipo cohorte retrospectivo, con 950 356 historias entre el año 2007-2010; como resultados se obtuvo que Alrededor de 72 686 (7,6%)

mujeres tenían bajo peso. El aumento de la severidad nacimiento neonatos con peso muy bajo se asoció con un aumento del porcentaje de PTB: 7.8% (n = 4421) en leve, 9.0% (n = 1001) en moderado y 10.2% (475) en bajo peso grave. El riesgo relativo ajustado de PTB también aumentó significativamente: riesgo relativo ajustado (aRR) = 1.22 (IC 95% 1.19–1.26) en leve, aRR = 1.41 (IC 95% 1.32–1.50) en moderado y aRR = 1.61 (IC 95% 1.47–1.76) en bajo peso severo. Estos hallazgos fueron similares en PTB espontáneo, PTB médicamente indicado y los grupos de edad gestacional. Concluyendo que el aumento de la gravedad del IMC prepeso materno con bajo peso se asocia relativamente con el aumento de PTB ajustado al riesgo a <37 semanas. Este riesgo creciente fue de similar magnitud en los nacimientos espontáneos y médicamente indicados y en el parto prematuro a las 28-31 y a las 32-36 semanas de gestación.⁽¹²⁾

Leal M et al. en el año 2016 realizado en Brasil, tuvieron como objetivo describir y cuantificar los factores que afectan el parto prematuro espontáneo e iniciado por el proveedor en Brasil. Plantearon un estudio de tipo transversal que incluyeron a 23 940 mujeres, con los resultados que la tasa de nacimientos prematuros fue del 11.5%, (95% de confianza del 10.3% al 12.9%) 60.7% espontánea con inicio espontáneo del parto o rotura prematura de membranas, y 39.3% iniciada por el proveedor, con más del 90% del último grupo siendo partos por cesárea antes del trabajo. Los factores sociodemográficos asociado en el parto antes de las 37 semanas y sus clasificaciones espontáneo en el embarazo de adolescente, el nivel muy bajo de grado de instrucción educativa y la atención de números de controles prenatal menores a 6 controles durante la gestación. Otros factores de riesgo fueron parto prematuro previo de las embarazadas (OR 3.74; IC 95% 2.92–4.79), embarazos múltiples (OR 16.42; IC 95% 10.56–25.53), DPM (OR 2.38; IC 95% 1.27–4.47) e infecciones (OR 4.89; IC 95% 1.72–13.88). En contraste, el parto prematuro iniciado por el proveedor se asoció con atención médica privada del parto (OR 1.47; IC del 95%: 1.09–1.97), embarazo en edad avanzada (OR 1.27; IC del 95%: 1.01–1.59), dos o más partos por cesárea

previos (OR 1.64 ; IC 95% 1.19–2.26), embarazo múltiple (OR 20.29; IC 95% 12.58–32.72) y cualquier patología materna o fetal (OR 6.84; IC 95% 5.56–8.42). concluyendo que la alta proporción de partos prematuros iniciados por el proveedor y su asociación con partos por cesárea previos y todas las patologías maternas / fetales estudiadas sugieren que puede ser posible una reducción de este tipo de prematuridad. La asociación del parto prematuro espontáneo con grupos socialmente desfavorecidos reafirma que la reducción de no realizar orientación sociales y de salud debe seguir siendo una prioridad nacional.⁽¹³⁾

2.2. BASE TEÓRICA

El parto prematuro es cuando el recién nacido nace demasiado temprano, antes de que se hayan completado las 37 semanas de embarazo. En 2018, el parto antes de las 37 semanas considerado parto prematuro afectó en la población a 1 de cada 10 nacidos en los Estados Unidos. Las tasas de natalidad prematura disminuyeron de 2007 a 2014, y la investigación de los CDC muestra que esta disminución se debe, en parte, a la disminución en el número de nacimientos de adolescentes y madres jóvenes. Sin embargo, la tasa de nacimientos prematuros aumentó por cuarto año consecutivo en 2018. Además, persisten las diferencias raciales y étnicas en las tasas de nacimientos prematuros. Por ejemplo, en 2018, la tasa de nacimientos prematuros entre las mujeres afroamericanas (14%) fue aproximadamente un 50 por ciento más alta que la tasa de nacimientos prematuros entre las mujeres blancas (9%).

Un bebé en desarrollo atraviesa un crecimiento importante durante el embarazo— incluso en los últimos meses y semanas. Por ejemplo, el cerebro, los pulmones y el hígado necesitan las últimas semanas de embarazo para desarrollarse completamente.

Los lactantes que se hayan entre las semanas 34 y 36 que representan al 75% de los partos pretérmino, y es la proporción de partos pretérmino de un único producto más grande y que tienen un crecimiento rápido en los Estados

Unidos. El parto prematuro tardío recibe más atención en términos de obstétricos y neonatales que sean optimos.

Tenían interés concreto en las complicaciones obstétricas durante este periodo, pues si se modifican, es posible disminuir las tasas de partos prematuros tardíos. Alrededor del 3% de los nacimientos durante el periodo de estudio ocurrieron entre las 24 y las 32 semanas y 9% durante las semanas de pretérmino tardío.

Por consiguiente, los partos prematuros tardíos constituyeron tres cuartas partes de todos los partos prematuros. El 80% de los nacidos prematuros tardíos fue causado por un parto idiopático a pretérmino o la rotura prematura de las membranas. La presencia de hipertensión o accidentes placentarios son complicaciones en casi un 20%. Las tasas de la mortalidad a nivel neonatal aumentan semanalmente comparado con la observada a la semana 39 del periodo de referencia.

Fisiopatología de la amenaza de las gestantes antes de las 37 semanas

Tanto la amenaza de los partos de antes de las 37 semanas como el parto pretérmino no son consideradas entidades únicas si no que tienen componentes multifactoriales. En cuanto a la fisiopatología del evento las bases no están aún claras pero se ha llegado a la conclusión que tanto la sobre distensión uterina, la isquemia causada por hemorragia, la infección que causa que se liberen los mediadores de la inflamación, y supresión de progesterona debido a la activación de mediadores en el eje hipotalámico hipofisis adrenales tanto a nivel de la madre o fetal espontanea de algún modo consiguen aumentar la producción de prostanoïdes, citocina, oxitocina proteasas lo que culminara en amenaza de parto pretérmino.

La mayor parte del tiempo total del embarazo el útero grávido permanece en estado quiescente esto se debe a múltiples inhibidores que actúan en la mantención de la gestación como lo son la relaxina, NO5, y sobre todo la progesterona. Esta importante hormona que al inicio es secretada por el cuerpo lúteo ve su fin cuando la placenta es capaz de auto sustentarse es decir de producir su propia progesterona ayudando en la mantención y

conservación del embarazo. Otras teorías hacen presente la importancia del eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenal del feto y mucho más aun su maduración que es el paso final y a continuación estimulara a la hormona adrenocorticotropa de la hipófisis desarrollándose el mecanismo de inicio del parto (lo que incluye proteínas de contracción y canales iónicos). Luego de esta serie de reacciones, un evento importante que sucede en el útero grávido más específicamente en el miometrio, este se encuentra más susceptible debido al aumento de la expresión de receptores de oxitocina y prostaglandinas, cuyo principal mecanismo de acción del primero se da por los canales de calcio y la consecuente provocación de las contracciones uterinas; las segundas actúan a nivel decidual y del amnios.

Los cuatro principales mecanismos de amenaza de parto pretérmino son:

- Activación prematura del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal
- Respuesta infecciosa sobre aumentada
- Hemorragia decidual
- Distensión uterina

De estos 4 procesos, todos de no tener los cuidados respectivos o una atención oportuna, terminaran en parto pretérmino tras el inicio de contracciones uterinas, dilatación y acortamiento (incorporación) cervical y rotura de membranas.

- Activación prematura del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: puede ser tanto a nivel materno o fetal en el primer caso se debe más que todo a un factor psicológico, mientras que en el caso fetal se debe a vasculopatía uterina – placentaria. La activación de este eje aproximadamente suele comenzar en la mitad de la gestación alcanzado el máximo a las 37 semanas de edad gestacional. Su maduración y posterior activación de manera temprano ocasionan la amenaza de un parto antes de las 38 semanas y posterior a esto un parto si que no existe un tratamiento adecuado.
- Respuesta infecciosa sobre aumentada / Inflamación: es importante destacar que este apartado abarca desde la infección del tracto urinario

(la más común) hasta infecciones sistémicas. El proceso inicia con la unión de las endotoxinas bacterianas, liposacaridos, de la bacteria a los receptores de tipo Toll que se encuentran en la decidua, amnios, corion y cérvix uterino ocasionando la activación de células o leucocitos por endotoxinas lo que llevara a la consecuente secreción de citocinas y quimiocinas (los mediadores más importantes en este proceso son la interleucina beta 1 y FNT, que estimulan a las prostaglandinas mediante la COX-2) son que activan cascadas que desencadenaran la amenaza parto antes de la semana 38, lo cual es necesario un tratamiento adecuado para proteger tanto a la gestante como al recién nacido.

- Hemorragia decidual: ocasionada generalmente por un desprendimiento placentario causado por una injuria a nivel de las arterias espirales del útero, cuyas principales etiologías como el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta tiene como factor de riesgo los hábitos nocivos como el consumo de tabaco, drogas y/o alcoholismo, así como patología materna de base o desarrollada netamente en el embarazo.
- Distensión uterina: en este mecanismo se encuentra representado principalmente por la gestación múltiple y el polihidramnios cuya principal acción radica en la inducción de formación de uniones gap, regulación al alza de los receptores de la hormona oxitocina en el miometrio uterino y también se han encontrado aumento de la expresión de genes que precipitan la cascada de amenaza de parto pretérmino antes de las 38.

Causas de parto prematuro

En América del norte EEUU hay una serie de mediadores principales que puedes llegar a una gestante antes de las 37 semanas a un parto

- El trabajo de parto o recién nacido que nace por una operación de cesárea previo al trabajo de parto.

- En el momento del parto pretérmino que no se explica y presencia de membranas intactas.
- Ruptura prematura de membranas idiopáticas pretérmino
- Partos de mellizos o partos gemelares múltiples.

En cuanto a los partos pretérmino, en un 30-35% con presencia de indicaciones, entre el 40 y 45% es a causa del trabajo de parto pretérmino de manera espontánea, y solo entre el 30-35% es a causa de rotura de membranas al pretérmino. Por último, el incremento de la tasa de partos prematuros solo se explica por la cantidad de partos pre términos que se indican.

Dentro de las causas de parto pretérmino esta la presencia de antecedentes múltiples, que interactúan entre sí, así como la presencia de factores diversos, complicando de manera mayor los esfuerzos para la prevención y tratar. Ocurriendo principalmente en caso de ruptura prematura de membranas y presencia de parto pretérmino espontáneo, en significa entre el 70 y 80% de todos los partos.

Factores de riesgo de partos antes de las 37 semanas

Factores sociodemográficos

Edad: Durante las últimas décadas, se ha observado un aumento gradual de la edad materna en todo el mundo. La edad materna avanzada (40 años y más) en la que se asocio con una mayor frecuencia de tener un parto antes de las 37 semanas. El menor riesgo de prematuridad se encontró en madres de 30 a 34 años. El parto prematuro fue principalmente espontáneo en mujeres más jóvenes (20-24 años), mientras que fue más frecuente de origen iatrogénico en mujeres mayores de 40 años. Lawlor et al, en una población de mujeres danesas, encontraron una relación en forma de U entre la edad materna y el riesgo de parto prematuro nacimiento, con la edad de menor riesgo a los 24-30 años. Un estudio de cohorte más reciente basado en registros a nivel nacional en Finlandia encontró que el umbral de edad para el parto prematuro era de 28 años (OR 1.10, 1.02–1.19). Sin embargo, los

autores utilizaron diferentes criterios de inclusión y no estratificaron sus resultados según el inicio del parto prematuro (espontáneo o iatrogénico).⁽¹⁴⁾

Estado civil: El estado civil de la madre se ha identificado en un gran número de poblaciones con alta tasa de parto antes de fecha adecuada. Hay varias razones interrelacionadas por las cuales estar soltero podría aumentar el riesgo de tener un parto prematuro. Las madres solteras se enfrentan a una mayor inseguridad económica que las madres casadas. La falta de apoyo social y emocional está muy relacionada con la depresión durante la gestación en la que por el estrés la soledad y los problemas sentimentales dentro del entorno de la gestante puede llevar a que sea un factor de riesgo a un parto antes de las 37 semanas y pueden ser más comunes entre las mujeres solteras. También se ha planteado la hipótesis de que los factores estresantes agudos de la vida, como la separación de una pareja durante el embarazo, aumentan el riesgo de parto prematuro, aunque esta asociación no se ha demostrado. Por último, las mujeres solteras pueden recibir atención prenatal insuficiente, especialmente cuando un embarazo está oculto o no es deseado.^(15,16)

La aceptación de la sociedad de los nacimientos fuera del matrimonio puede mediar la asociación entre estar soltero y el resultado del nacimiento. En Europa, la proporción de nacimientos fuera del matrimonio se ha multiplicado por cinco en las últimas cuatro décadas, del 5% en 1960 al 23% en 1995 para los estados miembros de la UE. La distinción legal entre hijos ilegítimos y legítimos ha desaparecido y, en la mayoría de los países, el reconocimiento del niño por parte del padre, ya sea dentro o fuera del matrimonio, otorga a los niños los mismos derechos legales. Estas transformaciones reflejan cambios en las estrategias de construcción familiar y, en particular, el aumento de la convivencia, tanto como una forma alternativa de matrimonio o como un precursor del matrimonio.^(15,16)

Para las parejas que conviven en relaciones estables, la ausencia del vínculo legal del matrimonio al nacer un hijo puede no estar asociada con la

inseguridad económica o emocional. Aunque las parejas que conviven tienen tasas de disolución más altas e informan una calidad de relación percibida más baja que las parejas casadas, estas diferencias son menos marcadas para las parejas que conviven con hijos. Los programas gubernamentales que brindan apoyo financiero y atención médica pueden reducir los estresores financieros y psicológicos asociados con tener un hijo fuera del matrimonio, tanto para mujeres que viven juntas como solteras.^(15,16)

Grado de instrucción: Una reciente revisión sistemática a nivel europeo de estudios de cohorte infantil ha demostrado el vínculo entre la educación materna y el riesgo de parto prematuro y pequeño para la edad gestacional (PEG), entre otros marcadores de crecimiento fetal. Se han reportado desigualdades entre bebés nacidos de madres con bajos niveles de educación en el Reino Unido, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Grecia. Estas asociaciones no fueron concluyentes en los Países Bajos y Suecia, y insignificantes en Irlanda, Italia, Portugal y España. Sin embargo, no se puede distinguir fácilmente si estas diferencias informadas fueron de naturaleza genuina o artificial.

Diversos mecanismos, como la edad avanzada en el primer parto, los intervalos de parto más largos, el mayor uso de prácticas positivas para la crianza de los hijos, la aceptación de los servicios sociales y de atención médica, y las menores barreras estructurales y materiales, pueden beneficiar a los hijos de madres con mayores niveles de educación. Estas madres pueden tener una instalación mejorada para navegar en su entorno familiar y socioeconómico, y pueden vivir en mejores circunstancias a nivel del hogar y del vecindario favorables para la salud neonatal.

Los estudios sobre la educación de la madre y los resultados del crecimiento fetal se han limitado a las cohortes de niños de Europa occidental y septentrional, y contrastan la escasez de pruebas de Europa meridional, central y oriental.⁽¹⁷⁾

Estrato socioeconómico: El desarrollo fetal óptimo es ampliamente reconocido (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2006) como un factor importante

para la supervivencia del bebé y el desarrollo social posterior. En particular, el peso al nacer, la viabilidad neonatal y la edad gestacional se consideran determinantes importantes de la salud durante toda la vida. Además, la buena salud y el entorno socioeconómico favorable de la madre embarazada también se consideran requisitos previos esenciales para el bienestar mental y físico del recién nacido.

Las condiciones de trabajo desfavorables, caracterizadas por el trabajo manual y las largas horas de trabajo en particular, está muy relacionado con los riesgos de tener partos antes de las 37 semanas lo cual está considerado como parto prematuro en las mujeres de chipriotas en este estudio. Los hallazgos previos también han demostrado una asociación positiva de trabajo relacionado con el esfuerzo físico, largas horas y / o trabajo por turnos con malos resultados del embarazo. Estos efectos se pueden atribuir al estrés físico de los músculos en el trabajo y al aumento de la liberación de catecolaminas y la constricción de la arteriola, lo que causa la redistribución del flujo sanguíneo en la mujer embarazada y la reducción del flujo sanguíneo a la placenta, así como trastornos hormonales y déficits nutricionales que también pueden perjudicar afectar el crecimiento fetal. En general, aunque existe una considerable falta de homogeneidad en los entornos laborales entre los estudios publicados que exploran la relación entre las condiciones de trabajo y los resultados del embarazo, en la actualidad hay mucha información que las horas de trabajo en distintos oficios o empleos constituye un riesgo muy significativo para un parto prematuro y asociado al bajo peso al nacer lo cual significa un factor de riesgo al recién nacido.⁽¹⁸⁾

Factores Gineco-Obstétricos

Paridad: Además, se ha demostrado que la edad interactúa con la paridad de tal manera que las primíparas jóvenes de 18 a 21 años y las mayores tienen un mayor riesgo de resultados perinatales adversos. Entre las multíparas jóvenes, este riesgo se ha atribuido en parte al espaciamiento cercano y a las condiciones socioeconómicas que rodean tener más de un nacimiento en la adolescencia. Sin embargo, las explicaciones para el riesgo adicional

asociado con la primiparidad en edades más avanzadas son menos abundantes, particularmente dado que gran parte de la demora en la maternidad ahora se planifica en lugar del resultado no deseado de la subfecundidad.⁽¹⁹⁾

Preeclampsia: que desarrollan hipertensión gestacional-preeclampsia a las 37 semanas o más. debido a la preocupación por la seguridad materna y fetal se debe tener en claro los controles muy constates y monitorización. Estas recomendaciones parecen justificadas teniendo en cuenta los posibles riesgos maternos y fetales durante el manejo expectante en tales pacientes.

En mujeres con hipertensión gestacional leve o preeclampsia leve pero que no dan a luz antes de las 35 semanas de gestación, se recomienda el manejo expectante con una evaluación cercana de la madre y el feto. En este caso, el manejo expectante se justifica en un intento de prolongar el embarazo para beneficio fetal ya que los riesgos maternos son pequeños.⁽²⁰⁾

Cesáreas previas: Los malos resultados se han asociado con el parto por cesárea. La complejidad de la literatura sobre la relación entre el parto por cesárea y el parto prematuro posterior nos recuerda la dificultad de comparar poblaciones con diferentes modelos de atención médica. Las diferencias de población pueden contribuir a los hallazgos estadísticamente intrascendentes del reciente metanálisis que examina esta relación, donde 5 de los 7 estudios se basaron en países que tienen sistemas de salud de un solo pagador. En los EE. UU., Los investigadores demostraron que existe un mayor riesgo de complicaciones durante los segundos nacimientos después de un parto por cesárea anterior, pero no han encontrado previamente importancia en la asociación entre un parto por cesárea anterior y el parto prematuro posterior en todo el país. Nuestro estudio da seguimiento a los hallazgos de Huang et al. Que utilizaron datos vitales de nacimientos de los años 1995 a 2001, cuando la tasa de cesárea nacional fue 7.5% menor que la tasa actual. Este estudio examina la relación 15 años después, utilizando un marco de datos y métodos similares, y encuentra resultados diferentes.⁽²¹⁾

Antecedentes de aborto: La presencia de sangrado a nivel vaginal en la primeras etapas de la gestación se encuentran asociados al aumento de los desenlaces posteriores, para Weiss et al. en el 2004, menciona que las consecuencias de la hemorragia a nivel vaginal entre las 6-13 semanas en un promedio de 14 mil féminas; tanto como el sangrado leve y la intensa presentaron parto pretérmino consiguiente, el desprendimiento pretérmino de la placenta y posterior pérdida de la gestación anterior a la semana 24.

Antecedentes personales de parto pretérmino: Aquellas que presentaron un parto pretérmino recurrente que tuvieron un primer parto pretérmino y ese dato aumento hasta en 3 veces comparado con las que tuvieron un hijo primero a término. Además, más de la tercera parte de aquellas féminas que tuvieron como mínimo dos hijos pretérminos y culminaron en pretérmino. La mayoría de los nacimientos que son recurrentes, en el 70% se presentaron a dos semanas antes de la edad de gestación en parto pretérmino previo.

Si bien es cierto que las féminas con presencia de partos pretérmino previo presentan un riesgo, lo cual mediante estadísticos esta en un 10% de los partos antes de las 37 semanas del total de partos, de otra forma, el 90% de los partos pretérmino no solo se proveen a la presencia de un antecedente de parto pretérmino. Si se extrapolan los datos de la nueva acta de nacimiento en Estados Unidos, que fue actualizada en 2003, se calcula que alrededor del 2.5% de las mujeres que dieron a luz en 2004 tenía un antecedente de parto prematuro. El coito autonotificado durante las primeras etapas del embarazo no se acompañó de un incremento del riesgo de recurrencia de parto prematuro.

Características Del Embarazo Actual

Anemia: Más de una cuarta parte (29%) de las mujeres tenían anemia al comienzo del embarazo, mientras que el 15%, el 15% y el 9% de las mujeres eran ID, IDE e IDA, respectivamente. La OMS recomienda la suplementación diaria de hierro de rutina (30 a 60 mg de hierro elemental) más ácido fólico para todas las mujeres embarazadas para cubrir los mayores requisitos de hierro. Además, en entornos donde al menos el 40% de las mujeres

embarazadas tienen concentraciones de hemoglobina <11 g / dL, se debe preferir una dosis diaria de 60 mg de hierro elemental a una dosis más baja. Aunque la prevalencia de anemia es inferior al 40% en las mujeres sudafricanas en edad reproductiva, la recomendación es complementar a todas las mujeres embarazadas con 60 mg de hierro elemental al día (junto con ácido fólico y calcio). En nuestro entorno, todas las mujeres embarazadas reciben 55 mg de hierro elemental (170 mg de sulfato ferroso seco) diariamente con ácido fólico y calcio. El cumplimiento de la suplementación de rutina fue alto en nuestro estudio (mediana del 100%) y algunas mujeres informaron que compraron suplementos en las tiendas además del régimen de rutina. Aun así, encontramos disminuciones significativas en el estado del hierro con la progresión del embarazo. Dos estudios de cohortes en países de África occidental con suplementos de hierro de rutina para mujeres embarazadas observaron una disminución similar en el estado del hierro durante el embarazo. La fuerte disminución en las concentraciones de hemoglobina que observamos en nuestra muestra de mujeres a mediados del embarazo puede explicarse por la masa materna de glóbulos rojos y la expansión del volumen plasmático que conduce a la hemodilución.⁽²²⁾

Infecciones del tracto urinario: La evidencia sugiere que la infección juega un factor de causas de riesgo de la gestante para tener un parto prematuro o de un parto a la edad indicada. Lockwood informó que aproximadamente el 50% de los nacimientos prematuros espontáneos se asociaron con infecciones ascendentes del tracto genital. En 2001, Chhabra y Patil informaron que 14 y 28% de las gestantes en sala de operación ante un parto tiene cultivo de orina positivo y como las muestras cervicales, respectivamente. Se ha demostrado mediante estudios in vivo e in vitro que la infección ascendente del tracto genital inferior conduce al parto prematuro. La invasión decidida por las bacterias del tracto genital inferior se asocia con el reclutamiento de leucocitos seguido de la producción de citocinas que desencadenan las prostaglandinas en diferentes partes de la estructuras del aparato reproductor femenino. Esto lleva que el útero tenga contracciones uterinas, dilatación del cuello uterino de

la gestante, exposición de la membrana lo cual esto va a facilitar el medio de transporte de bacterias y parásitos en la cavidad uterina. La acción local de las bacterias del tracto genital inferior produce enzimas sialidasa o mucinasa, que debilita la mucosa cervical protectora y, por lo tanto, apoya la invasión bacteriana del tracto genital superior.

Si la bacteriuria sin síntomas no se trata en mujeres embarazadas, puede provocar cistitis aguda y pielonefritis en 20 a 40% de los casos. Las ITU puede ser un indicador de flora vaginal anormal debido a la colonización de la vagina con los mismos patógenos que se encuentran en la orina.⁽²³⁾

Número de controles prenatales: El indicador II mostró una adecuación del 56,7% para los casos y el 43,3% para los controles, y el indicador III indicó una adecuación de solo el 24,0% y el 40,4% para los casos y controles, respectivamente, y se asoció con prematuridad y / o bajo peso al nacer. Otros estudios realizados en Brasil, aunque utilizan diversas metodologías de evaluación prenatal, también encontraron una baja adecuación de esta prueba.

A medida que se agregan criterios de atención que son parte de la atención prenatal, los porcentajes de adecuación disminuyen, lo que indica que realizar el conjunto de actividades es el mayor desafío en la atención prenatal, un hecho observado en este estudio, donde el Según el análisis del indicador general, la adecuación prenatal alcanzó el 20,2% entre los casos y el 35,5% entre los controles. El análisis multivariado mostró que la atención prenatal inadecuada en relación con la baja educación, la falta de actividad remunerada, el parto por cesárea, el oligodrammio, el desprendimiento prematuro de placenta, la preeclampsia y el Indicador III se asociaron con prematuridad y / o bajo peso al nacer.⁽²⁴⁾

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Factor de riesgo: Es cualquier cosa (característica, rasgo o factor) que aumente la probabilidad de un individuo de sufrir lesión o enfermedad.⁽²⁶⁾

Gestación: Periodo de tiempo que sucede tras la fecundación hasta la expulsión del producto, es un proceso que implica muchos cambios de tipo fisiológico en el cuerpo de la madre, algunos de los cuales pueden transformarse en peligrosos la vida de la gestante como el neonato prematuro. (25)

Parto pretérmino: La literatura lo define como todo aquel proceso de culminación del embarazo que se da antes de las 37 semanas en los que se puede observar una dinámica uterina totalmente regular y además se observa cambios cervicales como borramiento o incorporación >50% y una dilatación mayor a 4cm evaluadas ambas por tacto vaginal. (26)

Edad: tiempo evaluado en años que ha pasado desde el nacimiento de la persona hasta la época actual. (27)

Estado civil: característica sobre la pareja y su relación designada en el Perú por la RENIEC. (28)

Grado de instrucción: Es el grado académico escolar, superior o técnico

Paridad: es el total de número de hijos ya sea por parto vaginal y/o cesárea que ha tenido una mujer hasta el momento actual. (30)

Cesáreas previas: cesáreas que ya se han realizado en la madre gestante.

Antecedentes personales de parto pretérmino: gestaciones anteriores cuya culminación fue antes de las 37 semanas. (31)

Anemia: disminución de los glóbulos rojos que en termino de concentración para una gestante se representa como menor a 11g/dl. (32)

Ruptura prematura de membranas: se define como la ruptura, de forma espontánea y previa antes de que la gestación haya llegado a su final, de la bolsa de amnios; tomado como punto de referencia después de las 20 semanas. (33)

Infecciones del tracto urinario: definido como la existencia de bacterias patógenos en la orina puede o no ser sintomático. (34)

Embarazo múltiple: gestación en el que se confirma clínica y ecográficamente la presencia de dos o más fetos en desarrollo.

Número de controles prenatales: cantidad de atenciones que recibe la gestante desde que conoce que se encuentra embarazada hasta el final de la misma.

Aborto previo: terminación abrupta del embarazo ya sea de forma espontánea o provocada en una gestación de menos de 12 semanas.

Preeclampsia: definido como presión arterial S. mayor o igual a 140 mmHg y/o P.D. mayor igual a 90 mmHg en la gestante con proteinuria sobreagregada definiéndose esta misma como presencia de 3 gramos en un recuento de 24 horas o una tira reactiva presentándose en una edad gestacional mayor a 20 semana.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

Hi: Si existen factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

Ho: No existen factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz I del año 2019.

2.4.2. ESPECÍFICA

Hipótesis 1

H₁: Si existen características sociodemográficas que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

H₀: No existen características sociodemográficas que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

Hipótesis 2

H₂: Si existen antecedentes ginecológicos obstétricos que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

H₀: No existen antecedentes ginecológicos obstétricos que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

Hipótesis 3

H₃: Si existen características patológicas asociadas al embarazo actual que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

H₀: No existen características patológicas asociadas al embarazo actual que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

2.5. VARIABLES

Variable dependiente:

Parto pretérmino

Variable independiente: Factores De Riesgo.

Factores sociodemográficos

Edad

Estado civil

Grado de instrucción

Factores ginecológicos - obstétricos

Preeclampsia

Antecedentes de aborto

Antecedentes personales de parto pretérmino

Características del embarazo actual

Anemia

Infecciones del tracto urinario

Número de controles prenatales

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Edad: (<18 años, >35 años y de 18 años a 35 años)

Estado civil: (Soltera/Conviviente o Casado)

Grado de instrucción: (Primaria o Secundaria/Superior)

Preeclampsia: (Si/No)

Antecedentes de aborto: (Si/No)

Antecedentes personales de parto pretérmino: (Si/No)

Anemia: (Si/No)

Infecciones del tracto urinario: (Si/No)

Número de controles prenatales: (<6 CPN/≥6 CPN)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo cuantitativo porque se cuantificaron los datos obtenidos, observacional ya que, solo se observaron cómo se comportan las variables estudiadas, analítico de casos y controles; debido a que se buscó la relación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino, retrospectivo ya que el inicio del estudio de investigación es posterior a los hechos estudiados y los datos se seleccionaron y se tomó de las historias clínicas y transversal por que los datos de cada sujeto representa un momento en el tiempo como tampoco se puede establecer relaciones causales porque el factor como la enfermedad se recogen simultáneamente

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según Fidias Gerardo Arias el presente trabajo de investigación se encuentra en el nivel explicativo debido a que, responde a la interrogante del porqué e intenta relacionar causa o factor de riesgo de parto pretérmino al comparar un grupo de casos y otro de controles.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

La presentes investigación se trabajó con un total de gestantes que acuden a su atención que culminaron su embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo de enero a diciembre del 2019 y que cumplan el criterio de selección (N=1950).

MUESTRA:

Debido a que la cantidad de casos es pequeña se tomara la totalidad de gestantes con parto pretérmino, siendo un total de 155 gestantes y se consideraran un total de 155 controles, que cumplan con los criterios siguientes:

CASOS

Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes gestantes con parto pretérmino.

Historias clínicas completas y legibles.

Historias clínicas de pacientes que acudan al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de gestantes con datos incompletos.

Historias clínicas de gestantes con embarazo múltiple.

CONTROLES

Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes gestantes con parto a término.

Historias clínicas completas y legibles.

Historias clínicas de pacientes que acudan al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de gestantes con datos incompletos.

Historias clínicas de gestantes con embarazo múltiple.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica es análisis documental y como instrumento es una ficha de recolección de datos del (anexo 2) la cual fue elaborada por el investigador en base a las variables de dicho estudio con los antecedentes y material revisados sobre dicho tema, para recolectar la información necesaria para el presente estudio fue la observación de fuente secundaria realizada a través de la revisión de la historia clínica del hospital. Para identificar los factores de riesgo de parto pretérmino en gestantes.

Validación del instrumento

Se realizó el juicio de expertos, entrevistando a 2 profesionales expertos en el tema motivo de la investigación y 1 profesional estadístico, a cada uno de los cuales se les presentó un proyecto de tesis, el instrumento propuesto por el investigador y una guía para la validez, para emitir su juicio de manera individual. Los juicios emitidos permitieron determinar la consistencia interna del instrumento mediante la prueba.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos recolectados se procesaron y analizaron en el programa SPSS Statistics 25v (Statistical Package for social Sciences), que es un programa de especial utilidad para estudios de esta índole.

La estadística analítica se realizó con la prueba de distribución de probabilidad continua Chi cuadrado, se consideró asociación estadística a un valor de $p < 0.05$ con un intervalo de confianza del 95%. Se determinó la razón de probabilidades (Odds Ratio) de cada variable, presentando los resultados en tablas de contingencia y además el Intervalo de Confianza al 95% de las Odds Ratio.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se analizó todas las variables cualitativas nominales que están incluidas en la investigación, observando las posibles relaciones utilizando la prueba CHI(X²) cuadrado. En la interpretación $p (< 0.005)$

Para la relación entre los factores de riesgo para parto pretérmino vale decir el riesgo se utilizó el Odds ratio (OR).

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación respeta los principios éticos en la ficha de recolección de datos lo cual resguarda la información de los pacientes cumpliendo con los principios de la ética y también solicitar los permisos correspondientes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz al comité de investigación docencia y ética para poder tener accesos a las historias clínica y las bases estadísticas.

Asimismo, se garantiza la confidencialidad y la privacidad de los datos de las historias clínicas que se utilizarán.

La investigación se llevó a desarrollar cuando se obtuvo la autorización del comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista, aprobación de la carta de presentación de la universidad y de la institución donde se realice la investigación Hospital Carlos Lanfranco La Hoz contando con la autorización del comité de ética y docencia e investigación del hospital. A su vez autorización para poder revisar las historias clínicas e estadística

En términos de investigación clínica se respetaron los principios éticos estipulados en el informe de Belmont en el año 1979 y la declaración de Helsinki en el año 1947, los cuales son beneficencia, justicia y respeto, que se respetaron durante el periodo y proceso de aplicación del estudio.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

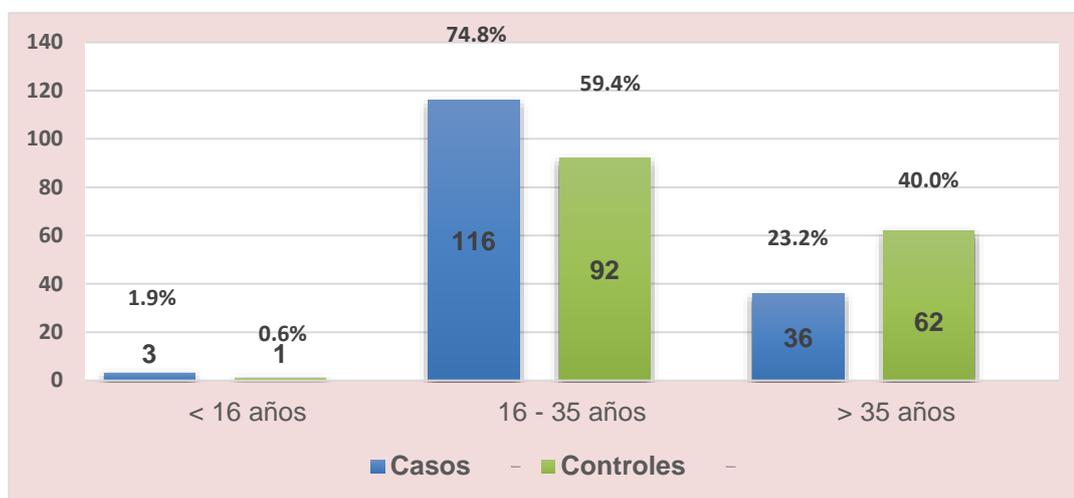
4.1. RESULTADOS

TABLA N°1: FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “CARLOS LANFRANCO LA HOZ” DEL AÑO 2019.

		CASOS		CONTROLES		Valor de CHI	Valor de p	O.R.	I.C. OR 95%
		N°	%	N°	%				
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS									
Edad	< de 16 años	3	75.0	1	25.0	10.667	0.005		
	16 a 35 años	36	36.7	62	63.3				
	> 35 años	116	55.8	92	44.2				
	menores de 35 años	36	56.1	93	43.9	10.087	0.001		
	Mayores de 35	119	36.7	62	63.3				
Estado Civil	Soltera	27	55.1	22	44.9	1.022	0.6		
	Conviviente	58	51.3	55	48.7				
	Casada	70	47.3	78	52.7				
Grado de Instrucción	Primaria	31	41.3	44	58.7	5.894	0.52		
	Secundaria	102	55.7	81	44.3				
	Superior	22	42.3	30	57.7				
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS OBSTETRICOS									
Paridad	Un hijo	50	54.9	41	45.1	1.26	0.262		
	Más de un hijo	105	47.9	114	52.1				
Cesárea Previa	Cesárea previa	68	50.4	67	49.6	0.013	0.909		
	Sin cesárea previa	87	49.7	68	50.3				
Antecedente de Aborto	Antecedente de aborto	48	53.9	41	46.1	0.772	0.380		
	Sin antecedente de aborto	107	48.4	114	51.6				
Antecedente de Embarazo Pretérmino	Antecedente de embarazo pretérmino	31	41.3	44	58.7	2.972	0.085		
	Sin antecedente de pretérmino	124	52.8	111	47.2				
PATOLOGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO ACTUAL									
Anemia	Anemia	89	44.5	111	55.5	6.820	0.009	0.535	0.333 - 0.857
	Sin anemia	66	60.0	44	40.0				
RPM	Ruptura previa de membranas	52	48.6	55	51.4	0.128	0.720		
	Sin ruptura previa de membranas	103	50.7	100	49.3				
ITU	ITU	54	63.5	31	36.5	8.575	0.003	2.139	1.279 - 3.575
	Sin ITU	101	44.9	124	55.1				
CPN	< de 6 CPN	34	30.4	78	69.6	27.063	0.000	0.277	0.169 - 0.455
	6 o más CPN	121	61.1	77	38.9				
PE	Pre eclampsia	63	46.7	72	53.3	1.063	0.303		
	Sin Pre eclampsia	92	52.6	83	47.4				

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

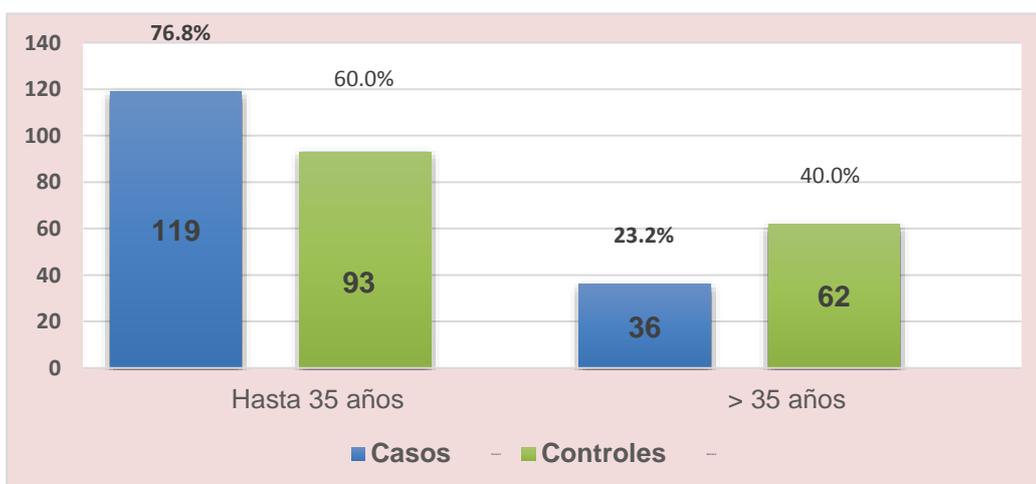
GRÁFICO N°1: RELACIÓN ENTRE EL FACTOR EDAD Y EL PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “CARLOS LANFRANCO LA HOZ” DEL AÑO 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

Interpretación: Se observa en el gráfico N° 1 que en el grupo de los casos existen 3 (1.9%), 116 (74.8%) y 36 (23.2%) gestantes repartidas en los grupos de edad: Menores de 16 años, de 16 a 35 años y mayores de 35 años, respectivamente.

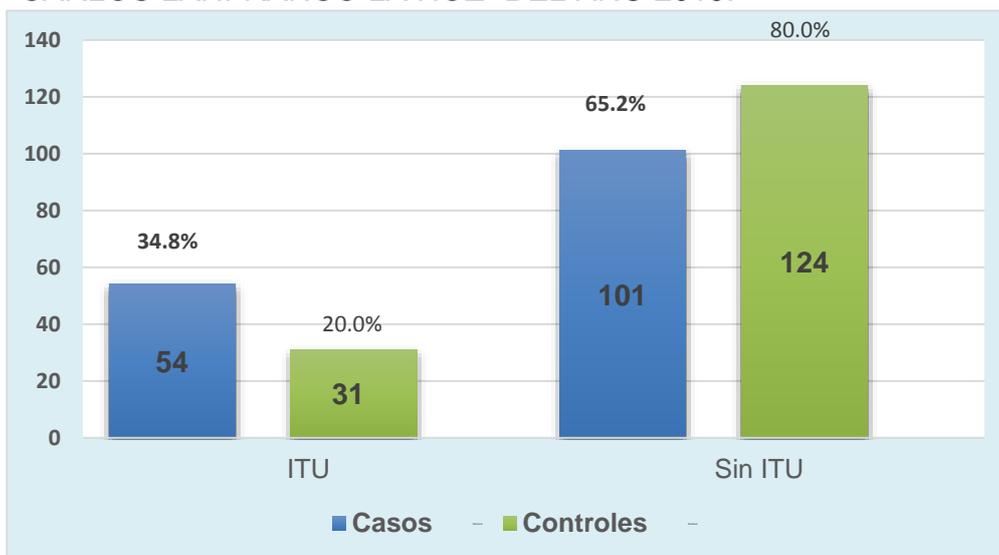
GRÁFICO N°2: RELACIÓN ENTRE EL FACTOR EDAD Y EL PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “CARLOS LANFRANCO LA HOZ” DEL AÑO 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

Interpretación: Hasta 35 años y mayores de 35 años las diferencias son más notorias entre los casos 119 (76.8%) y 36 (23.2%) respectivamente con respecto a los controles que tienen 93 (60.0%) y 62 (40.0%) para los dos grupos de edad.

GRÁFICO N°3: RELACIÓN ENTRE EL FACTOR ITU Y EL PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “CARLOS LANFRANCO LA HOZ” DEL AÑO 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019

Interpretación: En la tabla N°1 se presentan los dos factores de riesgo significativos para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019; estos factores son la Edad y la Infección del Tracto urinario. Con respecto a la edad, Tabla N° 1 y Gráfica N°1, podemos observar que en el grupo de los casos existen 3 (1.9%), 116 (74.8%) y 36 (23.2%) gestantes repartidas en los grupo de edad: Menores de 16 años, de 16 a 35 años y mayores de 35 años, respectivamente; mientras que en el Grupo de los Controles la distribución es de 1 (0.6%), 92 (59.4%) y 62 (40%), estas diferencias son más notorias sobre todo en el grupo de 16 a 35 años, a favor de los Casos. Estas diferencias son significativas por cuanto el valor de CHI2, es de 10.667 con un p de 0.005. Al constituir solo dos grupos de edades, Tabla N° 1 y Gráfica N° 2: Hasta 35 años y mayores de 35 años las diferencias son más notorias entre los casos 119 (76.8%) y 36

(23.2%) respectivamente con respecto a los controles que tienen 93 (60.0%) y 62 (40.0%) para los dos grupos de edad; estas diferencias tienen significancia estadística con un CHI2 de 10.087 y un p de 0.001, esto evidencia que existe una asociación significativa entre la Edad y el parto pretérmino.

Con respecto a las Infecciones del Tracto Urinario, Tabla N° 1 y Gráfica N° 3, se observa que en los Casos un total de 54 (34.8%) tienen la infección y 101 (65,2%) no tienen ITU; mientras que, en el Grupo Control, se observa que 31 (20.0%) tienen ITU y 124 (80.0%) no presentan dicha infección. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 8.575 y un p de 0.03; lo que evidencia una asociación significativa entre Infección del Tracto Urinario y el Parto Pretérmino con un OR de 2.139 y con un IC al 95% de 1.28 y 3.59.

TABLA N°2: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS QUE SE COMPORTAN COMO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019.

		CASOS n = 155		CONTROL ES n = 155		Valor de CHI	Val or de p	O.R.	I.C. OR 95%
		N°	%	N°	%				
Edad	< de 16 años	3	1.9	1	0.6	10.66 7	0.00 5		
	16 a 35 años	11	74.8	92	59.4				
	> 35 años	36	23.2	62	40.0				
	Hasta 35 años	11	76.8	93	60.0	10.08 7	0.00 1	2.20 4	1.347 - 3.605
	Mayores de 35 años	36	23.2	62	40.0				
Estado Civil	Soltera	27	17.4	22	14.2	1.022	0.6		
	Conviviente	58	37.4	55	35.5				
	Casada	70	45.2	78	50.3				
Grado de Instrucción	Primaria	31	20.0	44	28.4	5.894	0.52		
	Secundaria	10	65.8	81	52.3				
	Superior	22	14.2	30	19.4				

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019

Interpretación: En la tabla N°2, observamos tres variables: Edad, Estado Civil y Grado de Instrucción de estas ya se analizó la edad. Con respecto al Estado Civil, se observa que en los casos se distribuye 27 (17.4%), 58 (37.4%) y 70 (45.2%) entre Soltera, Conviviente y Casada, respectivamente; mientras que en el Grupo Control se observa 22 (14.2%), 55 (35.5%) y 78 (50.3%) como distribución para las mismas categorías, se puede apreciar que existen diferencias entre los dos grupos, pero no tienen significancia estadística por cuanto el valor de CHI2 es de 1.022 con un valor de p de 0.6. Con la variable Grado de Instrucción, en el Grupo de Casos entre Primaria, Secundaria y Superior la distribución de las gestantes es de 31 (20.0%), 102 (65.8%) y 22 (14.2%) respectivamente; mientras que en el Grupo Control esta distribución es de 44 (28.4%), 81 (52.3%) y 30 (19.4%) respectivamente; si observamos diferencias entre las distribuciones, sin embargo estas nos son significativas por cuanto el valor de CHI2 es de 5.894 con un p de 0.52. Concluimos que entre las características Sociodemográficas solo la edad existe una asociación estadística significativa relacionado con Parto Pretérmino.

TABLA N°3: ANTECEDENTES GINECOLOGICOS OBSTETRICOS QUE SE COMPORTAN COMO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019.

		CASOS n = 155		CONTROLE S n = 155		Valor de CHI	Valo r de p	O.R.	I.C. OR 95%
		N°	%	N°	%				
Paridad	Un hijo	50	32.3	41	26.5	1.26	0.262		
	Más de un hijo	105	67.7	114	73.5				
Cesárea Previa	Cesárea previa	68	43.9	67	43.2	0.013	0.909		
	Sin cesárea previa	87	56.1	88	56.8				

Antecedente de Aborto	Antecedente de aborto	48	31.0	41	26.5	0.772	0.380		
	Sin antecedente de aborto	107	69.0	114	73.5				
Antecedente de Embarazo Pretermino	Antecedente de embarazo pretermino	31	20.0	44	28.4	2.972	0.085		
	Sin antecedente de pretermino	124	80.0	111	71.6				

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

Interpretación: En la tabla N°3 se presentan los antecedentes Ginecológicos y Obstétricos, en el caso de la Paridad, en el grupo de Casos se observa que 50 (32.3%) y 105 (67.7%) tienen un hijo y más de un hijo respectivamente; en el Grupo de Controles la distribución es 41 (26.5%) y 114 (73.5%) respectivamente; aunque observamos diferencias en las proporciones entre los dos grupos, sin embargo, estas diferencias no son significativas por cuanto el valor del CHI2 es de 1.26 y su p es de 0.262. Con respecto al antecedente Cesárea Previa, en los Casos tienen antecedente de Cesárea Previa 68 (43.9%) y Sin Cesárea Previa un total de 87 (56.1%); mientras que en el Grupo Control se tiene 67 (43.2%) y 88 (56.8%) respectivamente, estas distribuciones son muy parecidas lo que se corrobora con el valor de CHI2 que es de 0.013 y con un p de 0.909, no observándose diferencias significativas. Para el antecedente de Aborto en el Grupo de Casos lo tienen un total de 48 (31.0%) y no presentan antecedente de Aborto 107 (69.0%), distribuciones muy parecidas en el Grupo Control que tiene 41 (26.5%) y 114 (73.5%) respectivamente, su valor de CHI2 es de 0.772 con un p de 0.38, confirmando que no existen diferencias significativas. En el antecedente de Embarazo Pretérmino en el Grupo de casos lo tiene un total de 31 (20.0%) y no lo tienen 124 (80.0%); mientras que en el Grupo Control se tiene 44 (28.4%) y 111 (71.6%), estas diferencias no son significativas por el valor de CHI2 2.972 y el valor de p 0.085. Se concluye que en este grupo de antecedentes, ninguno se comporta como factor de riesgo para Parto Pretérmino.

TABLA N°4: CARACTERISTICAS PATOLOGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO ACTUAL QUE SE COMPORTAN COMO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019.

		CASOS n = 155		CONTROLES S n = 155		Valor de CHI	Valo r de p	O.R.	I.C. OR 95%
		N°	%	N°	%				
Anemia	Anemia	89	57.4	111	71.6	6.820	0.009	0.535	0.333 - 0.857
	Sin anemia	66	42.6	44	28.4				
RPM	Rotura prematura de membranas	52	33.5	55	35.5	0.128	0.720		
	Sin Rotura prematura de membranas	103	66.5	100	64.5				
ITU	ITU	54	34.8	31	20.0	8.575	0.003	2.139	1.279 - 3.575
	Sin ITU	101	65.2	124	80.0				
CPN	< de 6 CPN	34	21.9	78	50.3	27.063	0.000	0.277	0.169 - 0.455
	6 o más CPN	121	78.1	77	49.7				
PE	Pre eclampsia	63	40.6	72	46.5	1.063	0.303		
	Sin Pre eclampsia	92	59.4	83	53.5				

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

Interpretación: En la tabla N°4, se presentan las características patológicas: Anemia, Ruptura Prematura de Membranas, Infección del Tracto Urinario, Número de Controles Prenatales y Preeclampsia. En el caso de Anemia, en el Grupo de Casos se encuentra en un total de 89 (57.4%) y no tienen anemia un total de 66 (42.6%); mientras que en el Grupo Control está presente la anemia en 111 (71.6%) y no tienen anemia un total de 44 (28.4%), las diferencias son muy notorias y el valor de CHI² de 6.820 y su valor de p 0.009, lo confirman, teniendo un OR de 0.535 con un IC al 95% de 0.333 y 0.857, este hallazgo se debería interpretar como que la anemia es un factor de protección para Parto Pretérmino, pero existe una contradicción con el marco teórico expuesto por lo que podríamos decir que se trata de un hallazgo espurio. La Rotura Prematura de Membranas se presenta en 52 (33.5%) y está ausente en 103 (66.5%) de los Casos, mientras que en los Controles se

presenta en 55 (35.5%) y está ausente en 100 (64.5%); estas distribuciones son muy parecidas y dan un CHI2 0.128 con un p de 0.72, lo que nos permite asumir que no hay diferencias significativas. Como hemos analizado en el Cuadro N° 1 y Gráfico N° 3, en el caso de la Infección del Tracto Urinario, esta se comporta como un factor de Riesgo para Parto Pretérmino. En la variable de Número de Controles Prenatales se observa que en el Grupo de Casos 34 (21.9%) tuvieron menos de 6 Controles Prenatales, mientras que 121 (78.1%) tuvieron más de 6 Controles Prenatales; en el Grupo Control se observa que 78 (50.3%) tuvieron menos de 6 controles y en un total de 77 (49.7%) tuvieron más de 6 Controles Prenatales; a simple vista podemos ver que existen diferencias entre las proporciones a favor del Grupo de Casos que realizaron más Controles Prenatales que el Grupo Control. Estas diferencias se corroboran por el valor de CHI que es de 27.063 con un p de 0.000, con un OR 0.277 y un IC al 95% de 0.169 y 0.455; al igual que en el caso de la variable Anemia, estos hallazgos no pueden ser asumidos como verdaderos porque contradicen el marco teórico actual. Con respecto a la Pre eclampsia, en el Grupo de Casos un total de 63 (40.6%) tienen dicha patología y en 92 (59.4%) está ausente; mientras que en el Grupo Control tienen Pre eclampsia 72 (46.5%) y en 83 (53.5%) está ausente, estas diferencias que se observan no son significativas porque el valor de CHI2 es de 1.063 con un p de 0.303. En este grupo de variables la Infección del Tracto Urinario, se comporta como factor de riesgo para Parto Pretérmino.

4.2. DISCUSIÓN

- El presente estudio se realizó en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco Hoz en el año 2019, con el objetivo de determinar los factores de riesgo de parto pretérmino.
- En este estudio se determinó que la Edad es un factor de riesgo para Parto Pre término, las gestantes que tienen hasta 35 años tienen un OR de 2.2 con un IC al 95% de 1.35 y 3.61, es decir que tienen el doble

de riesgo de tener un parto pretérmino que las gestantes mayores de 35 años, estos hallazgos no concuerdan con Lozada H, quien encuentra que la madre adolescente tiene un OR de 8.843 para Parto Pretérmino (6); otros como Carnero Y, no encuentran relación con la edad de la gestante y el Parto Pretérmino(6).

- En relación a la infección del tracto urinario se encontró un OR de 2.139 con un IC95% de 1.279 y 3.575 lo que nos indica que la infección del tracto urinario es un factor de riesgo para parto pretérmino en la población estudiada, aumentando 2 veces la probabilidad de culminar el embarazo antes de las 37 semanas en comparación con las gestantes que no tienen infección del tracto urinario. Estos hallazgos son compatible con los diversos estudios revisados en la literatura, en los que la mayoría la considera como un factor frecuentemente asociado al parto prematuro, por ejemplo tenemos el estudio que Rodríguez S, et al. (32) realizaron en México, el año 2013, que fue efectuado con 300 casos y 600 controles, donde la infección del tracto urinario se presentó con mayor frecuencia en el grupo de casos con un OR= 3.63 (IC 95%: 2.67-4.92); así mismo Lozada H encontró que la infección del tracto urinario es un factor de riesgo con un OR de 3.357(6); Carnero Y encontró un OR de 2.26 con un IC 95 de 1.5085 y 3.3726(8).
- En este estudio de las Características socioeconómicas solo la Edad de la gestante se comportó como factor de Riesgo, mientras que el estado Civil y el Grado de Instrucción no son factores de riesgo,
- Con respecto a los antecedentes Ginecológicos y Obstétricos, la Paridad, Cesárea Previa, Antecedente de Aborto y Antecedente de Embarazo Pretérmino, no se han podido demostrar como factores de riesgo, como en otros que si llegaron a demostrar la relación de riesgo con Parto Pretérmino; así por ejemplo, García D, demostró en su estudio que el Antecedente de Embarazo Pretérmino tiene un OR de 3.10, con un IC95% de 1.18 y 8.13 (5); así también Guadalupe S y

Oshiro S., encontraron para el parto pretérmino un OR de 2.579 (13), lo mismo que Carnero Y que halló OR igual a 8.5 con un IC de 95% de 5.35 y 13.52 (7); Lozada H, también encontró que el antecedente del parto pretérmino tiene un OR de 97.229 (6).

- Las características patológicas asociadas al embarazo que actúan como factores de riesgo, en este estudio solo se pudo demostrar que la Infección del Tracto Urinario es un factor de riesgo para Parto Pretérmino, mientras que la Anemia, la Rotura Prematura de membranas, los Controles Pre Natales y la Pre eclampsia no se comportan como factores de riesgo. Otros estudios como el de García D demuestran que los Controles Prenatales insuficientes es un factor de riesgo para Parto Pretérmino (5); Lozada H, encuentra que la RPM tiene un OR de 11.694 y la anemia un OR de 2.459(6).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Que los factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019 son:
 - Edad: Las gestantes hasta los 35 años de edad tienen una significancia estadística con un χ^2 de 10.087 y un p de significativa entre la edad y el parto pretérmino de las gestantes entendidas.
 - Las infecciones del tracto urinarias: las gestantes con ITU tienen un OR de 2.139 y con un IC al 95% de 1.28 y 3.59 de riesgo de presentar parto pretérmino.
- De las características sociodemográficas, el Estado Civil y el Grado de Instrucción no se comportan como factores de riesgo, solo la edad es factor de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.
- Ninguno de los antecedentes ginecológicos obstétricos como Paridad, Cesárea Previa, Antecedente de Aborto y Antecedente de Embarazo Pretérmino se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.
- De las características patológicas asociadas al embarazo actual solo la infección del Tracto Urinario se comporta como factor de riesgo, mientras que Anemia, Rotura Prematura de Membranas, Controles Prenatales y Pre eclampsia no son factores de riesgo para parto pretérmino del servicio gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.

5.2. RECOMENDACIONES

- En las características sociodemográficas Incorporar otras variables como situación socioeconómica, lugar de procedencia, establecimiento de salud donde es atendida. En las consultas y controles obstétricos tener en cuenta que las gestantes de hasta 35 años tienen el riesgo incrementado al doble, de tener un Parto Pretérmino que las mujeres de mayor edad. Por lo que las acciones de educación, seguimiento y control se deben asegurar en este grupo de gestantes.
- En los antecedentes ginecoobstétricos y las características patológicas asociadas al embarazo actual mejorar el recojo de información en las historias clínicas.
- Garantizar que todas las gestantes con síntomas de Infección Urinaria que acudan a los Servicios de salud se les realice un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado por el riesgo a que tengan un parto pretérmino.
- Realizar estudios con un mayor tamaño de muestra, considerando cohortes de gestantes amplias o estudios multicéntricos para valorar mejor la relación de las Características socioeconómicas, antecedentes ginecológicos y obstétricos y características patológicas asociadas al embarazo con el Parto Pretérmino. Promover el uso de fichas de registro básico que permita ubicar los datos de forma adecuada y dinámica como parte del protocolo de los servicios de salud para mejorar los análisis estadísticos en cuanto a calidad de resultado y variedad de análisis como el análisis estratificado y multivariado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018 [citado 7 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.DIwho.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2016;81(4):330-42.
3. Ministerio de Salud del Perú. Boletín estadístico de nacimientos Perú, 2015. Lima - Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2016.
4. Neira Rojas N de J. Factores asociados a parto pretermino en gestantes adolescentes del Hospital Santa Rosa II-2, Piura 2013-2017 [Tesis de Grado]. [Piura - Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.
5. Garcia Vargas DO. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo Junio 2016 – Junio 2017 [Internet][Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 30 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1271/70%20TESIS%20GARCIA%20VARGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Lozada Arellano HA. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita - 2017 [Tesis de Grado]. [Piura - Perú]: Universidad Nacional de Piura; 2018.
7. Guadalupe-Huamán SM, Oshiro-Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 14 de marzo de 2017 [citado 30 de diciembre de 2019];17(1). Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746>
8. 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 [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: UMSM; 2016 [citado 30 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4712/Carnero_cy.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Jiang M, Mishu MM, Lu D, Yin xianghua. A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2018;57(1):814-8.
10. Rao CR, Bhat P, Ke V, Kamath V, Kamath A, Nayak D, et al. Assessment of risk factors and predictors for spontaneous pre-term birth in a South Indian antenatal cohort. *Clinical Epidemiology and Global Health*. marzo de 2018;6(1):10-6.
11. Lengyel CS, Ehrlich S, Iams JD, Muglia LJ, DeFranco EA. Effect of Modifiable Risk Factors on Preterm Birth: A Population Based-Cohort. *Matern Child Health J*. abril de 2017;21(4):777-85.
12. Girsan A, Mayo J, Carmichael S, Phibbs C, Shachar B, Stevenson D, et al. Women's prepregnancy underweight as a risk factor for preterm birth: a retrospective study. *BJOG: Int J Obstet Gy*. noviembre de 2016;123(12):2001-7.
13. Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive Health* [Internet]. octubre de 2016 [citado 30 de diciembre de 2019];13(S3). Disponible en: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0230-0>
14. Fuchs F, Monet B, Ducruet T, Chaillet N, Audibert F. Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado 3 de enero de 2020];13(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5791955/>
15. El-Sayed AM, Galea S. Changes in the Relationship Between Marriage and Preterm Birth, 1989–2006. *Public Health Rep*. 2011;126(5):717-25.

16. Zeitlin JA, Saurel-Cubizolles M-J, Ancel P-Y, the EUROPOP Group. Marital status, cohabitation, and the risk of preterm birth in Europe: where births outside marriage are common and uncommon. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2002;16(2):124-30.
17. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Kukla L, Švancara J, Riitta-Järvelin M, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(9):826-33.
18. Stylianou-Riga P, Kouis P, Kinni P, Rigas A, Papadouri T, Yiallourous PK, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case–control study. *Reprod Health.* 2018;15(157):1-8.
19. Schempf AH, Branum AM, Lukacs SL, Schoendorf KC. Maternal age and parity-associated risks of preterm birth: differences by race/ethnicity. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007;21(1):34-43.
20. Sibai BM. Preeclampsia As a Cause of Preterm and Late Preterm (Near-Term) Births. *Seminars in Perinatology.* 2006;30(1):16-9.
21. Williams CM, Asaolu I, Chavan NR, Williamson LH, Lewis AM, Beaven L, et al. Previous cesarean delivery associated with subsequent preterm birth in the United States. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2018;229:88-93.
22. Symington EA, Baumgartner J, Malan L, Wise AJ, Ricci C, Zandberg L, et al. Maternal iron-deficiency is associated with premature birth and higher birth weight despite routine antenatal iron supplementation in an urban South African setting: The NuPED prospective study. *PLOS ONE.* 2019;14(9):e0221299.
23. Verma I, Avasthi K, Berry V. Urogenital Infections as a Risk Factor for Preterm Labor: A Hospital-Based Case–Control Study. *J Obstet Gynaecol India.* 2014;64(4):274-8.
24. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV da, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer

- em capital do nordeste brasileiro. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(6):1965-74.
25. Huaroto K, Paucça M, Polo M, Meza J. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Rev méd panacea2013; 3(2): 27-31.
 26. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica2016; 6(1): 75-80.
 27. Definición de edad [Internet]. Definición.de. 2018 [citado 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/edad/>
 28. Estado Civil [Internet]. Conceptos Jurídicos. 2018 [citado 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/estado-civil/>.
 29. Euskal Estatistika Erakundea., Instituto Vasco de Estadística. Definición Nivel de instrucción [Internet]. Eustat. 2018 [citado 30 de diciembre de 2019].
 30. Antecedentes Familiares [Internet]. National Cancer Institute. 2011 [citado 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>
 31. Schwars , Libro: Ginecología y obstetricia,2017
 32. Volker Kutscher. Salus-Haus GmbH, Alemania embarazo y anemia 2018 revista universidad de florida.<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol2n4pag15-17.pdf>
 33. Chira J, Sosa J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense2015; 2(2): 7-18.
 34. Dávila J, Vélez A, Salas C. Infección de vías urinarias como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes. Recimundo 2017; 1(4): 791-802.
 36. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica2016; 6(1): 75-80.

ANEXOS

ANEXO N° 1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: PARTO PRETERMINO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
PARTO PRETERMINO	1. PPT 2. NO PPT	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO			
FACTORES SOCIOECONOMICOS			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD	MENOR A 16 AÑOS DE 16 A 35 AÑOS MAYOR DE 35 AÑOS	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
ESTADO CIVIL	SOLTERO CASADO CONVIVIENTE	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
GRADO DE INSTRUCCION	PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	ORDINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
FACTORES GINECOLOGICOS – OBSTETRICOS			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
PARIEDAD	UN HIJO MÁS DE 1 HIJO	DISCRETA	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
PREECLAMPSIA	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
CESAREAS PREVIAS	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
ANTECEDENTES DE ABORTO	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
ANTECEDENTES PERSONALES DE PARTO PRETERMINO	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO ACTUAL			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO

ANEMIA	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	SI NO	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	MENOS DE 6 CONTROLES PRENATALES SEIS O MÁS CONTROLES PRENATALES	ORDINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



ANEXO N° 2 INSTRUMENTO
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Título: FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL 2019

Autor: Ochoa Muñoz Kenny Renzo

Fecha: 06 de enero del 2020

Ficha de Recolección de Datos N°: N° H.C:

I) Datos generales:

DIMENSIÓN 1: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

A. Edad materna:

B. Grado de instrucción:

1	Sin Estudios	
2	Primaria incompleta	
3	Primaria completa	
4	Secundaria incompleta	
5	Secundaria completa	
6	Superior	

C. Estado civil:

GINECO-	DIMENSIÓN	1	Soltera		2: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
		2	Casada		
		3	Conviviente		

A. NUMERO DE EMBARAZOS

1	Un hijo	
2	Más de dos hijos	

	Si	No
Cesáreas previas		
Antecedentes de aborto		
Antecedentes personales de parto pretérmino		

DIMENSION 3: EMBARAZO ACTUAL

A. Edad Gestacional: semanas

B. Número de controles prenatales

1	Ningún CPN	
2	Menor a 6 CPN	
3	6 o más CPN	

	Si	No
Preeclampsia		
Anemia		
Rotura prematura de membranas		
Infecciones del tracto urinario		

ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTO CONSULTA DE EXPERTOS

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Vallenas Pedemonte Francisco
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Universitario UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo (X) Especialista () Estadístico ()
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Ochoa Muñoz Kenny Renzo

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					/
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					/
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores De Riesgo Parto Pretermino.					/
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					/
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					/
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer Factores De Riesgo De Parto Pretermino.					/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					/
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la Investigación Analítico					/

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 6 Enero de 2020

Eli Bajan
ELI BAJAN RODRIGUEZ
COESPE N° 444

Firma del Experto
D.N.I N° *10200983*
Teléfono *922 414 895*

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Universitario UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo () Especialista (X) Estadístico ()
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Ochoa Muñoz Kenny Renzo

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					/
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					/
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores De Riesgo parto pre término.					/
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					/
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					/
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer Factores De Riesgo De Parto Pre término.					/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					/
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la Investigación Analítico.					/

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90 %

Lugar y Fecha: Lima, 13 Enero de 2020

Firma del Experto

D.N.I N°

Telex

Dr. Wilfredo Hernández Guerra
C.N.O. N° 21973, 877 17 JANA
Instituto de Investigaciones de la UPEL - Universidad Peruana de La Libertad

ANEXO N° 3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DEL AÑO 2019

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Vallenas Pedemonte Francisco
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Universitario UPSJB
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo (X) Especialista () Estadístico ()
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Ochoa Muñoz Kenny Renzo

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					/
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					/
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Factores De Riesgo Parto Pretermino.					/
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					/
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					/
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer Factores De Riesgo De Parto Pretermino.					/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					/
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la Investigación Analítico					/

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Ademante* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 6 Enero de 2020

Firma del Experto
 D.N.I. N° 07559112A
 Teléfono 99950103

FRANCISCO VALLINAS PEDEMONTE
 C.M.P. 032191

ANEXO N.º 4 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuáles son factores de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del 2019?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuáles son las características que socioeconómicas que se comportan como factor de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son los antecedentes ginecológicos - obstétricos que se comportan como factor de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019? ´</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son las características patológicas asociadas al embarazo actual que se comportan como factor de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019?</p>	<p>General: OG: Determinar los factores de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.</p> <p>Específicos: OE1: Determinar las características socioeconómicas que se comportan como factor de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019</p> <p>OE 2: Identificar los antecedentes ginecológicos - obstétricos que se comportan como factor de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019</p> <p>OE 3: Mencionar las características patológicas asociadas al embarazo actual que se comportan como factor de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019</p>	<p>General: HG: Si existen factores de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.</p> <p>Específicas: HE1: Si existen características socioeconómicas que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.</p> <p>HE2: Si existen antecedentes ginecológicos – obstétricos que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019.</p> <p>HE3: Si existen características patológicas asociadas al embarazo actual que se comportan como factores de riesgo para parto pretérmino del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del 2019.</p>	<p>Variable Independiente: Factores De Riesgo</p> <p>Indicadores: Factores socioeconómicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Grado de instrucción <p>Factores ginecológicos - obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Preeclampsia • Cesáreas previas • Antecedentes de aborto • Antecedentes personales de parto pretérmino <p>Características del embarazo actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Rotura prematura de membranas • Infecciones del tracto urinario • Número de controles prenatales <p>Variable Dependiente: Parto Pretérmino</p>

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel: Explicativo</p> <p>Tipo de Investigación: Analítico, observacional, de casos y controles retrospectiva y transversal.</p>	<p>Población: Todas las gestantes que acudieron al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo de enero a diciembre del 2019, que son un total por definir aproximadamente, de las cuales 155 gestantes culminaron en parto pretérmino.</p> <p>N = 1950</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas de pacientes gestantes con parto pretérmino. • Historias clínicas completas y legibles. • Historias clínicas de pacientes que acudan al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas de gestantes con datos incompletos. • Historias clínicas de gestantes con embarazo múltiple. <p>Población objetivo: 310 Muestra: casos 155 Control 155 Muestreo: no probabilístico</p>	<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>