

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PARA PARTO PRETERMINO EN
EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
VITARTE DURANTE EL PERIODO DE ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE
DEL 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

CRUZ CHAVARRIA IRIS NOEMI

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA-PERÚ

2020

ASESOR: DRA JENNY ZAVALA OLIVER

AGRADECIMIENTO

A todos los doctores, licenciados y personal técnico, grandes profesionales que participaron en mi formación como personal de la salud, por el que estoy muy agradecido por todo el apoyo durante este tiempo.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi familia en especial a mis padres por todo el apoyo recibido durante mis estudios de pregrado.

A mis docentes universitarios del internado médico, así como los de pregrado por guiarme cada día en mi formación como médico.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo desde enero del 2018 a diciembre del 2019.

Material y Métodos: El diseño de estudio es analítico, de casos 122 gestantes con parto pretérmino y controles 122 gestantes con parto a término, que cumplieron con los criterios de inclusión. El análisis de las variables se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, considerándose significancia estadística un $p < 0.05$, con intervalo de confianza del 95%. La medida estadística que se utilizó para establecer el riesgo fue la razón de momios u odds ratio (OR). **Resultados:** En la edad de las gestantes podemos observar que en el grupo de los casos el 57 (46.7%) son gestantes mayores de 35 años, el valor de CHI^2 , es de 18,750 con un valor de $p=0.001$. Con respecto a los factores de riesgo ginecológicos obstétricos al embarazo actual, en los controles prenatales el grupo de casos representaron 85 (69,7%) tiene menos de 6 controles prenatales con CHI^2 de 36.216 y un valor de $p=0.0001$; un OR de 5,078 y con un IC al 95% de 2.948 a 8.748. Con respecto a la infección del tracto urinario el grupo de casos que presenta ITU es de 85 (69.7%) un CHI^2 de 18,126 y un valor de $p=0.001$; un OR de 3.093 y con un IC al 95% de 1.826 y 5.238. Con respecto a la ruptura prematura de membrana, el grupo de casos fue de 89 (73.0%) un CHI^2 de 36.411 y un valor de $p=0.001$; un OR de 5.137 y con un IC al 95% de 2.973 y 8.876; por último, en los factores de riesgo fetales tenemos que el oligohidramnios representó un total de 59 (48.4%) con un CHI^2 de 6.821 y un valor de $p=0.009$; un OR de 1.993 y con un IC al 95% de 1.993 y 3.354, en cuanto al RCIU se observó en el grupo de casos un total de 74 (60.7%) con un CHI^2 de 32.444 y un valor de $p=0.003$, un OR de 4.728 y con un IC al 95% de 2.730 y 8.189. **Conclusiones:** Los factores de riesgo para Parto Pretérmino son la edad de las gestantes hasta los 35 años, controles pre natales, infección de tracto urinario, RPM, oligohidramnios y RCIU.

Palabras clave: Parto pretérmino, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: Determine the associated risk factors for preterm delivery in the gynecology-obstetrics service of the Vitarte Hospital in the period from January 2018 to December 2019.

Material and Methods: The study design is analytical, with 122 pregnant cases with preterm delivery and 122 controls with full-term delivery, who met the inclusion criteria. The analysis of the variables was performed using the chi square test, considering statistical significance a $p < 0.05$, with a 95% confidence interval. The statistical measure used to establish risk was the odds ratio (OR). Results: Regarding the age of the pregnant women, we can observe that in the group of cases, 57 (46.7%) are pregnant women over 35 years of age, the CHI2 value is 18.750 with a value of $p = 0.001$. Regarding the obstetric gynecological risk factors for the current pregnancy, in the prenatal controls the group of cases represented 85 (69.7%) had less than 6 prenatal controls with CHI2 of 36,216 and a value of $p = 0.0001$; an OR of 5,078 and a 95% CI of 2,948 to 8,748. Regarding urinary tract infection, the group of cases presenting UTI is 85 (69.7%), a CHI2 of 18.126 and a value of $p = 0.001$; an OR of 3,093 and a 95% CI of 1,826 and 5,238. Regarding premature membrane rupture, the group of cases was 89 (73.0%), a CHI2 of 36.411 and a value of $p = 0.001$; an OR of 5,137 and with a 95% CI of 2,973 and 8,876; finally, in fetal risk factors we have that oligohydramnios represented a total of 59 (48.4%) with a CHI2 of 6,821 and a value of $p = 0.009$; an OR of 1,993 and with a 95% CI of 1,993 and 3,354, regarding the IUGR, a total of 74 (60.7%) were observed in the group of cases with a CHI2 of 32,444 and a value of $p = 0.003$, an OR of 4,728 and with a 95% CI of 2,730 and 8,189. Conclusions: The risk factors for Preterm Labor are the age of the pregnant women up to 35 years of age, prenatal controls, urinary tract infection, RPM, oligohydramnios and RCIU.

Keywords: Preterm childbirth, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino representa un grave problema de salud pública por las serias repercusiones en la salud perinatal y al alto costo 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, así como brindar las medidas necesarias de prevención. Los factores de riesgo que se encuentran en la literatura varían de acuerdo al lugar y momento de estudio, siendo los más frecuentemente asociados: Las infecciones urinarias frecuentes, Controles prenatales incompletos, Embarazo múltiple y Rotura prematura de membranas.

La presente investigación busca determinar cuáles son los factores de riesgo en las gestantes de nuestro medio 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 relacionado a los factores de riesgo de parto pretérmino; así mismo, menciona los objetivos.
- Capítulo II; Revisa estudios antes realizados similares a nuestra investigación, luego describe conceptos generales acerca del parto pretérmino y posteriormente plantea las hipótesis y describe las variables.
- Capítulo III; Define la metodología de la investigación; estudio observacional, analítico, de casos y controles, realizado en el Hospital Vitarte del año 2018 -2019, para lo cual se tomó como muestra 122 gestantes de partos pretérmino (casos) en los dos años y 122 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	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1 General	16
1.2.2 Específicos	16
1.3. Justificación	16
1.4. Delimitación de área de estudio	17
1.5. Limitaciones de la investigación	17
1.6. Objetivos	18
1.6.1 General	18
1.6.2 Específicos	18
1.7. Propósito	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes bibliográficos	5
2.2. Base teórica	24
2.3. Marco conceptual	¡Error! Marcador no definido.
2.4. Hipótesis	39
2.4.1. General	39

2.4.2. Específica	40
2.5. Variables	40
2.6. Definición operacional de términos	41
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1. Diseño metodológico	42
3.1.1. Tipo de investigación	42
3.1.2. Nivel de investigación	42
3.2. Población y muestra	43
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.4. Diseño de recolección de datos	45
3.5. Procesamiento y análisis de datos	45
3.6. Aspectos éticos	45
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	46
4.1. Resultados	46
4.2. Discusión	58
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
5.1. Conclusiones	61
5.2. Recomendaciones	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	47

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.	32
TABLA N° 2: LOS FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 – 2019.	34
TABLA N° 3: FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 – 2019.	37
TABLA N° 4: FACTORES DE RIESGO FETALES ASOCIADAS AL PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.	40

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
GRÁFICA N° 1: EDAD DEL PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.	
GRÁFICA N° 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.	
GRÁFICA N° 3: ESTADO CIVIL DEL PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.	
GRÁFICA N° 4: NUMERO DE CONTROLES PRENATALES PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.	
GRÁFICA N° 5: INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.	

GRÁFICA N° 6: RUPTURA PREMATURA DE MENBRANA PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.

GRÁFICA N° 7: OLIGOHIDRAMNIO DE PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.

GRÁFICA N° 8: MALFORMACIONES FETALES DE PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.

GRÁFICA N° 9: RCIU DE PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
ANEXO N°2: INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)	56
ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS CONSULTA DE EXPERTOS	57
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	58

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad del recién nacido equivale al 46% de las muertes en los niños menores de cinco años, y aunque en los últimos 15 años ha disminuido ligeramente de 12 por cada 1000 nacidos vivos a 10 por cada 1000 nacidos vivos actualmente, está siendo afectada por factores endógenos como la inmadurez y la inadecuada función de los mecanismos de defensa del recién nacido que aún son difíciles de controlar, así mismo se ve afectado por factores de riesgo que los predisponen a infecciones como son: Las patologías maternas de la gestante como la Diabetes o las infecciones urinarias; otros como la promiscuidad sexual, el inadecuado control prenatal, ruptura prematura de membranas (RPM), parto prolongado o instrumentado, corioamnionitis, prematuridad, bajo peso según percentiles, multiparidad, malformaciones, asfixia neonatal, reanimación neonatal, etc. En el mundo existen tres causas principales que explican casi el 80% de las muertes neonatales dentro de los cuales están: Los partos pretérminos (29%), las Infecciones severas (25%) y la asfixia perinatal (23%).²⁰

Estadísticamente los partos pretérminos se dan en un 5% a 18 % de nacidos vivos a nivel mundial, por lo que se puede decir que son parcialmente comunes²¹. La OMS, calcula que cada año se producen entre 12 y 18 millones de nacimientos pretérminos de los cuales; los partos de 32 a 36 semanas equivalen el 84%, los partos de 28 a 32 semanas equivalen el 10% y los partos menores de 28 semanas equivalen el 5%.

El Recién nacido pretérmino tiene 20 veces más riesgo de morir que un Neonato a término, el riesgo de que muera será mayor en los países de bajo y mediano ingresos, lo fue demostrado en estudios realizados tanto en

América Latina, África y Asia concluyendo que los neonatos pretérminos tuvieron 6.8 veces más fallecimientos en comparación con los nacimientos a término.²¹

Por otro lado a pesar que en América latina se ha logrado cumplir el propósito de reducir la mortalidad infantil en más de dos terceras partes desde el año 1990 hasta la fecha, y esto debido a que se hizo uso de diferentes métodos y estrategias² ; la problemática persiste porque no solo se trata de la mortalidad neonatal sino de una morbilidad muy importante que estos generan, siendo las complicaciones más graves cuanto mayor sea la inmadurez del neonato. Por ello estudios revelan que los nacidos extremadamente prematuros (<25sem) tendrán la mayor tasa letal (50%) y si no fallecen tienen más alto riesgo de complicaciones severas; dentro de estas complicaciones pueden ser a corto plazo (Problemas cardiovasculares, respiratorias, etc.) y a largo plazo como la discapacidad del desarrollo neurológico o parálisis cerebral²⁰.

En América latina el 14% de los nacimientos son Partos prematuros y en el Perú (ENDES 2017) hubo un total de 480,483 neonatos, de los cuales 104,745 (21.8%) fueron recién nacidos prematuros y de estos 30,750 (6.4%) fueron prematuros extremos con un peso menor de 1.5kg.

El parto prematuro es aquella que ocurre desde las 20 a las 37 semanas de gestación. (En EEUU, si el parto ocurriese antes de las 20 semanas hablaríamos de un aborto espontáneo, sin embargo la categorización en semanas puede variar en muchos países). El 70 a 80% de los partos pretérminos son espontáneos y el 20 a 30% son de causa iatrogénica; dentro de los espontáneos el antecedente de parto pretérmino ocupa 40 a 50%, la ruptura prematura membranas (RPM) ocupa del 20 a 30% y muy escasamente se produce por insuficiencia cervical; dentro de la causa iatrogénica estos pueden ser maternos o fetales como por ejemplo la preeclampsia, el desprendimiento prematuro placenta (DPP), el retardo del

crecimiento intrauterino (RCIU), la gestación múltiple, la placenta previa (PP), etc. ¹

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

- ¿Cuáles son factores de riesgo asociados para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019?

1.2.2 ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados a para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019?.
- ¿Cuáles son los factores de riesgo ginecológicos obstétricos asociados al embarazo actual para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019?.
- ¿Cuáles son los factores de riesgo fetales asociadas al parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019?.

1.3. JUSTIFICACIÓN

-Teórica: Este estudio de investigación va a tener como principal intención conocer, prevenir y reconocer los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.

-Practica: Se justifica en el alto porcentaje de prematuridad, lo cual es motivo de investigación el de obtener información que será de ayuda

para el personal médico, consecuentemente prevenir e informar de algunas causas que puede desencadenar este tipo de patología e identificar claramente los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.

-Económico-social: Al disminuir el parto pretérmino, también disminuirán los costos para la familia, la institución de salud y las madres se reincorporan más precozmente a sus labores.

1.4. DELIMITACIÓN DE ÁREA DE ESTUDIO

-Delimitación espacial: Servicio de ginecología del Hospital Vitarte

-Delimitación temporal: Período enero del 2018 a diciembre del 2019.

-Delimitación social: Pacientes embarazadas del servicio ginecología y obstetricia.

-Delimitación Conceptual: Pacientes con parto pretérmino.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

-Económicas: La investigadora no cuenta con auspicios, por lo que ella sola solventara los gastos de la investigación.

-Temporales: Existen límites en la entrega de los proyectos que dificultan el normal desarrollo de la investigación.

-Administrativas: Los trámites burocráticos del hospital para obtener los permisos son un limitante para el normal desarrollo de la investigación.

-Personales: No se cuenta con personal auxiliar de apoyo, el investigador realizará solo todos los trámites para el desarrollo y ejecución de la investigación.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019?.

1.6.2 ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019?.
- Establecer los factores de riesgo ginecológicos obstétricos asociados al embarazo actual para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019?.
- Determinar los factores de riesgo fetales asociadas al parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019?.

1.7. PROPÓSITO

Esta investigación tiene como propósito el de obtener e identificar los factores de riesgo que puede ocasionar un parto prematuro en el hospital de Vitarte, así mismo determinar los riesgos que puede presentar las embarazadas con una amenaza de parto pretérmino lo que permitirá intervenir de manera oportuna y directa, disminuyendo así la probabilidad de que la gestación culmine antes de tiempo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

Escobar M. (México – 2017). En un estudio titulado: “factores de riesgo asociado a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención”, de casos y controles observacional en tiempo retrospectivo transversal analítico que tuvo una población de 344 gestantes total de casos y de igual manera de los controles con un total de 688 gestantes; el análisis de los datos fue descriptivo mediante pruebas estadísticas de CHI^2 de Pearson y los resultados estadísticos fueron la placenta previa con OR de 10,2 con un p valor de 0,0005 el antecedente de parto pretérmino: RM = 10.2 ($p = 0.005$); la preeclampsia: RM = 6.38 p valor de 0,000; el embarazo gemelar: RM = 5.8 ($p = 0.000$), el oligohidramnios: RM = 5.8 ($p = 0.000$); el tabaquismo = RM = 4.6 ($p = 0.002$), la ruptura prematura de membranas: RM = 4.1 ($p = 0.000$); la cervicovaginitis: RM = 3 ($p = 0.000$); la infección del tracto urinario: RM = 1.5 ($p = 0.010$). La conclusión que llego el estudio fue que los extremos de edades (Grupo de 15 a 19 años y aquellas > 40 años) se dio más frecuentemente los partos prematuros, considerándolo proporcional a la edad y que los factores de riesgo para parto ante de las 37 semanas son los controles prenatales los antecedentes maternos, las ITUS y los embarazos múltiples.³

Estelbina (España – 2015). Realizó un estudio “Factores de riesgo asociados al parto prematuro”. El método fue analítico de casos y controles tipo observacional y corte longitudinal, trabajo con una población de 423 casos y 423 controles. Uso programas estadísticos como el sspp y Excel como pruebas de chi cuadrado y decir que la variable es significativa cuando el p valor es menor a 0,05. Resultó que el parto pretérmino anterior como el principal factor de riesgo (OR: 5,104), Embarazo múltiple (OR: 5,040) las

infecciones vaginales (OR=3,298; IC=2,490-4,369), que las infecciones vaginales (OR=3,298; IC=2,490-4,369), infecciones urinarias (OR=3,526; IC=2,643-4,703), la preeclampsia (OR=2,900; IC=1,706-4,927), RCIU (OR=3,680; IC=1,843-7,346), así mismo el tabaquismo (OR: 2,367), Talla materna menor de 150cmt (OR: 4,331), HTA (OR: 2,679) y ganancia de peso bajo durante el embarazo (OR: 2,156) como factor de riesgo asociado al parto prematuro. Concluyendo que los factores de riesgo a parto antes de las 37 semanas de gestación son el parto pretérmino previo, embarazo múltiple, las infecciones vaginales, infecciones urinarias, la preeclampsia, ganancia de peso bajo durante el embarazo, tabaquismo, talla materna menor 150cmt, HTA, y el RCIU, no encontrando asociación con la edad ni afecciones del útero.⁶

Fuchs F. (Canadá - 2018). En su estudio “Efecto de la edad materna sobre el riesgo de parto prematuro”. Tuvo como objetivo evaluar el impacto de la edad materna en la aparición del parto prematuro después de controlar múltiples factores de riesgo conocidos. Su estudio fue retrospectivo de cohortes, un gran ensayo controlado aleatorizado canadiense, que recolectó datos de 184,000 nacimientos en 32 hospitales. Los criterios de inclusión y de exclusión fueron edad materna durante 20 años y los de exclusión fueron embarazo múltiple, malformación fetal y muerte fetal intrauterina. Se definieron y compararon cinco categorías de edad materna para las características maternas, las complicaciones gestacionales y obstétricas y los factores de riesgo para la prematuridad. Los factores de riesgo para parto pretérmino <37 semanas, ya sea espontáneo o iatrogénico, se evaluaron para diferentes grupos de edad mediante regresión logística multivariada. Obteniendo como resultado de los 165,282 nacimientos fueron incluidos en el estudio. La hipertensión crónica, técnicas de reproducción asistida, diabetes pre gestacional, procedimiento invasivo en el embarazo, diabetes gestacional y placenta previa se asociaron linealmente con el aumento de la edad materna, mientras que los trastornos hipertensivos del embarazo

siguieron una distribución en "U" según la edad materna. Las tasas de parto prematuro siguieron una curva en forma de "U" con un nadir de 5.7% para el grupo de 30-34 años. En el análisis multivariado, la odds ratio ajustada (OR) del prematuro estratificado por grupo de edad siguió una distribución en forma de "U" con una OR de 1,08 (IC del 95%: 1,01-1,15) durante 20-24 años y 1,20 (IC del 95%; 1.06-1.36) durante 40 años en adelante. Los factores de riesgo encontrados que tuvieron el mayor impacto fueron placenta previa, complicaciones hipertensivas. A partir de ello, se pudo concluir que Incluso después del ajuste para los factores de riesgo, la edad materna avanzada (40 años y más) se asoció con el nacimiento prematuro. Una edad materna de 30-34 años se asoció con el menor riesgo de prematuridad".⁴

Martínez C. (México – 2017). Realizó un estudio titulado "Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes". donde tuvo el objetivo de identificar cuáles eran los factores de riesgo que se asociaban a parto prematuro en los adolescentes atendidos en el periodo 2015. se trató de un estudio de tipo analítico - observacional, casos - controles, en tiempo retrospectivo, trabajaron con una muestra de 155 casos y 155 controles. obteniéndose resultados estadísticamente probados el cual se asoció al riesgo de parto prematuro con control prenatal inadecuado con RM=5.03 (IC95% 1.4158-17.8753), p=0.0104, así mismo fue estadísticamente significado con ruptura prematura membranas RM=3.54 (IC95% 1.8052-6.9722), p=0.0001, El oligohidramnios y el polihidramnios también son factores asociados estadísticamente significativos RM=3.67 (IC95% 1.4348-9.4332), p=0.0041, así mismo en aquellos adolescentes con una o más patologías RM= 1.070 (IC95% 1.0388-2.7987), p= 0.0339 tuvo un mayor riesgo a un parto menor a las 37 semanas. Sin embargo, el antecedente de parto prematuro previo, abortos previos no fueron estadísticamente importantes así mismo observo que los factores de riesgo aumentan a menor edad gestacional. Por último, concluyeron que los factores como el

oligohidramnios y polihidramnios, ruptura prematura de membranas, así como el inadecuado control prenatal se asocian a parto prematuro. ¹⁹

NACIONALES

Ahumada (Perú – 2016). En su estudio: “Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en un Hospital de Lima Norte”, con el objetivo de determinar qué factores de riesgo condicionan a un parto antes de las 37 semanas. Se trató de un estudio de casos y controles, retrospectivo con una muestra de 600 gestantes, de los cuales 298 (casos) y 302 (controles). Hicieron uso de método estadístico (stata versión 12.2) y en el análisis bivariado usaron prueba de chi cuadrado y para las otras variables múltiples hicieron con regresión logística y en donde se dedujeron los OR e intervalos de confianza (95%). Obteniéndose los siguientes resultados; El embarazo gemelar actual (OR ajustado= 2,4; p= 0,02), CPN insuficiente es decir menos de 6 controles (OR ajustado= 3,2; p <0,001), CPN nulo (OR ajustado= 3,0; p <0,001), Historia de parto prematuro (OR ajustado= 3,7; p <0,001) y preeclampsia (OR ajustado= 1,9; p= 0,005) son factores relacionados con el parto antes de las 37 semanas. Concluyendo que son factores de riesgo para el parto antes de las 37 semanas: Historia previa de parto prematuro, nacimiento pretérmino, ninguno o insuficiente control prenatal y la preeclampsia. ¹⁸

Melo (Lima, Perú – 2018). Realizó un estudio titulado: “Factores de riesgo de parto pretérmino en el hospital de Essalud Guillermo Almenara Irigoyen, 2017”. El tipo de estudio que realizó fue analítico de casos y controles, en una población total de 882, el grupo de casos de 441 pacientes pretérminos y el grupo de los controles estuvo conformado por 441 gestantes con parto a término. El análisis estadístico no probabilístico de chi cuadrado, como resultados; tuvimos que la infección del tracto urinario tuvo un riesgo OR 9.71, y p=0.00, la ruptura prematura de membranas OR 2.86, la preeclampsia OR 3.731, y p=0.00, gestantes añosa OR=1.20, IC=(0.908 –

1.594) y A partir de ello se pudo concluir que, se encontró asociación con los factores de riesgo estudiados como son; la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la ruptura prematura de membranas.⁸

Guadalupe (Lima, Perú – 2015). Realizó un estudio titulado “Factores asociados a parto pretérmino en los pacientes del departamento de obstetricia del Hospital María Auxiliadora”, planteando un estudio tipo Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal y correlacional; con una muestra de 400 pacientes. Como resultados se obtuvieron que Los factores sociodemográficos: La edad entre 14 años a 19 y de mayores de 35 años p valor de 0,000 y OR 4.218, el control prenatal inadecuado Chi-2: 20.386 OR: 2.644, la preeclampsia Chi-2: 8.704 OR: 2.625, la infección del tracto urinario Chi-2: 0.336 OR: 2.591, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) son factores de riesgo para parto antes de las 37 semanas según métodos estadísticos. Concluyendo que la edad, la rotura prematura de membrana, el control prenatal inadecuado menor a 6, la preeclampsia y la infección del tracto urinario son factores de riesgo asociados para que la gestante puede tener un parto ante de las 37 semanas.⁷

Chira (Perú, Lambayeque – 2015). Realizo un estudio titulado “Factores de riesgo asociado al parto pretérmino en el Hospital de docencia Belén Lambayeque que afecta a los pacientes del servicio de gineco obstetricia”. Este estudio es analítico de casos y controles, observacional longitudinal, lo cual se trabajó un número de casos (80 parto pretérminos) y controles (160 partos a término). Como resulta los escasos controles prenatales presentaron OR: 9.13 p: 0.0000, la anemia, OR: 1.79 p: 0.0407; y el antecedente de parto pretérmino OR: 2.12 P: 0.0385, la infección del tracto urinario OR: 2.68 p: 0,0004; la rotura prematura de membranas p: 0,0000; el embarazo múltiple OR: 11.28; p: 0.0002; y el oligohidramnios OR:

17.66 (2.16-143.8); P: 0.0003; son factores de riesgo gestacional elevado para parto pretérmino.⁹

Celedonio (Perú – 2017). Llevo a cabo un estudio titulado “Factores de riesgo asociados al parto antes de las 37 semanas de gestación en adolescentes atendidas en el hospital San Bartolomé”. Fue de tipo analítico de casos y controles observacional retrospectivo con un total de 52 pacientes gestantes entre casos y controles, lo cual se realizó varias pruebas estadísticas como χ^2 y p valor como OR con intervalo de confianza inferior y superior, los resultados que se obtuvo de dicha investigación fue que la ruptura prematura de membrana con un p valor inferior de 0.002 y un OR de 5.74, la anemia p valor de 0.041; OR 2.34 y la infección vaginal p valor inferior de 0,005 de p 0.0029 OR 2.41. Concluyendo que el RPM, la anemia, la infección vaginal y urinaria son factores de riesgo para el parto antes de las 37 semanas.¹⁰

2.2. BASE TEÓRICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto pretérmino como todo aquel parto que se presente antes de cumplir las 37 semanas, pero a nivel nacional, la definición es dada según las guías técnicas que se emplean durante la práctica médica; que pertenecen al Ministerio de Salud, en donde se extiende la denominación y la define como todo aquel parto donde el nacimiento se produce entre el tiempo gestacional de 22 a 37 semanas lo equivalente a 259 días aproximadamente, sin relación con el peso que presente el recién nacido al momento de nacer. A nivel institucional, la guía de práctica clínica de la unidad de cuidados intermedios (UCIM) e intensivos (UCI) neonatal del Hospital Nacional Sergio E. Bernal, define al recién nacido prematuro a aquel con edad menor a las 37 semanas o su equivalente de 259 días.

Debido al extenso número de semanas en los que puede ocurrir un parto pretérmino, la Organización mundial de la salud para un mejor entendimiento de la problemática lo ha dividido en subcategorías dependiendo de la edad gestacional al momento del parto, por lo que existen cuatro tipos de parto prematuro de acuerdo a la edad gestacional en la cual se culmina la gestación:

- **Prematuros extremos;** Aquel que comprende menos de 28 semanas.
- **Muy prematuros;** Comprende entre las 28 y las 31 semanas 6/7.
- **Prematuros moderados;** Comprende entre las 32 y las 34 semanas 6/7.
- **Prematuros tardíos;** Comprende entre las 34 y las 36 semanas 6/7.

EPIDEMIOLOGÍA

La principal causa de muerte perinatal es producto del parto prematuro, es por esta razón que un recién nacido prematuro tiene 20 veces mayor riesgo de muerte que un recién nacido que ha culminado con el tiempo de desarrollo, siendo más vulnerable a morbimortalidad conforme menor sea la edad gestacional del neonato.

De todos los nacidos vivos el 10-12% son prematuros, 75-80% de partos ocurren previo a las 37 semanas, y un 40% previo a las 32 semanas, población que se encuentra en mayor riesgo de morbimortalidad.

En América Latina las cifras bordean el 14% son partos prematuros, los cinco países que encabezan esta lista son Costa Rica con un 13.6%, seguido por El Salvador 12.8%, Honduras 12,2%, Belice 10,4%, Uruguay 10,1%, y los cinco países que se encuentran cerrando esta lista son; Perú 7,3%, México 7,3%, Chile 7,1%, Cuba 6,4%, y Ecuador 5,1%.

ETIOLOGÍA

En estos tiempos se dice que el parto pretérmino (PPT) es catalogado como un síndrome y no como una patología, por ello se ha postulado un origen multifactorial, quedando que hasta la fecha no se ha establecido un consenso referente a las causas que la originan. Varios autores la subdividen en 2 grandes grupos:

- **El parto pretérmino espontáneo (PPE):** Según el Minsa alcanza un 50% de los partos pretérminos, sin embargo, otros estudios indican que es responsable de los 2/3 de estos; El 15% de estos pacientes han tenido un parto prematuro anterior, contrariamente el 85% han sido primíparas y/o tuvieron embarazos a términos. El parto pretérmino espontáneo se puede dar por causas Intrínsecas y/o causas Extrínsecas.
- **El parto pretérmino iatrogénico (PPI):** Se da cuando el médico lo indica, esto suele ocurrir en aquellas situaciones donde la vida de la gestante y el producto se encuentra bajo un riesgo, por una situación que complique el embarazo e impida la continuación de la gestación, estas complicaciones pueden ser: Preeclampsia severa, Restricción del crecimiento intrauterino con alteraciones del Doppler, Colestasis intrahepática, Rotura prematura de membranas pretérmino prolongada, Placenta previa sangrante, Desprendimiento prematuro de la placenta, Embarazo mono coriónico complicado, etc.

Para definir la etiología del parto pretérmino se restringe únicamente al parto pretérmino espontáneo; por lo que las investigaciones actuales definieron dos grupos de causas:

- a. Causas Intrínsecas: producidas por activaciones hormonales y activaciones neurales.
- b. Causas extrínsecas: Producidas por Sobre distensión uterina, Infecciones maternas, Isquemia uteroplacentaria, Malformaciones uterinas, Enfermedades cervicales y Estrés.

PATOGENIA

Respecto a la patogénesis sugiere varios mecanismos que van a producir finalmente un parto prematuro y son:

- a) La activación antes de tiempo del eje hipotalámico-pituitario-adrenal materno o fetal y el estrés.
- b) Mecanismo de la respuesta inflamatoria / infección exagerada y / o un microbioma alterado del tracto genital
- c) Abrupción (hemorragia decidual)
- d) Distensión uterina patológica.

Estos mecanismos inducirán al acortamiento cervical y pueden darse antes de que el trabajo de parto prematuro o la rotura prematura de membranas en el trabajo de parto prematuro sea clínicamente evidente.

a) La activación antes de tiempo del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) materno o fetal y el estrés.

La 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 sí que no existe un tratamiento adecuado.

El estrés como vía común va activar diversas respuestas fisiológicas tanto en el compartimiento fetal como en el compartimiento materno, podemos mencionar como factor fetal estresante a la isquemia uterina y factor materno estresante al estrés materno psicosocial. Diversos estudios ponen un riesgo desde tres veces más para parto pretérmino por algún trastorno fetal que materno. Para que

ocurra la activación prematura del eje HPA tiene que haber tanto un crecimiento de la producción placentaria, así como de la hormona liberador corticotropina (CRH); por otro lado, se da la inducción de glucocorticoides de la p51 que se une al sitio de unión del receptor de la progesterona y receptor de glucocorticoides para que inhiba la transcripción mediada por progesterona y por el glucocorticoide en las células de la decidua. Por último, se da un crecimiento en la producción de la secreción de hormona adrenocorticotropa hipofisaria fetal lo que incentiva a la liberación de estrógenos placentarios y prostaglandinas lo que finalmente dará inicio el parto después de activar al miometrio uterino. Sin embargo, el estrés psicológico y materno (Como la depresión) activa este mismo eje en mayor medida que mujeres que no lo padecen. Cabe mencionar que la CRH cumple una función en el parto a término tanto como en el parto pretérmino, esta CRH es liberado por el hipotálamo en la gestación y también se estimula por el trofoblasto placentario y coriónico, amniocorión y células deciduales, incita a la secreción de ACTH que condiciona la producción de cortisol en la glándula suprarrenal, en el eje materno de HPA se da una retroalimentación negativa entre CRH hipotalámica y ACTH hipofisaria. Contrariamente el cortisol quien estimula la liberación de CRH e induce la activación de HPA materna y fetal, mediante un feedback positivo. Por lo tanto, los aumentos inducidos por CRH, la producción de prostaglandinas placentarias va a producir grandes bucles de retroalimentación positiva que conllevan a altos niveles de CRH, cortisol y prostaglandinas y estos aumentos de prostaglandinas produce un parto por medio de las proteasas del tracto genital y aumento de contracciones miometrio uterino. Si todo ello ocurre antes de tiempo resultaría en un parto pretérmino.

En cuanto a la expresión de FKBP51 en células deciduales esta se ve mejorada por los glucocorticoides y tanto el estrés materno

y el estrés fetal puede aumentar que se exprese más el FKBP51 en las células deciduales. Estudios han concluido que la FKBP51 se asocia a un mayor riesgo de trastornos depresivos, suicidio y otros.

b) Infección, inflamación y microbiota del tracto genital alterado

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 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) estos son los que activan la cascada que desencadenara la amenaza de parto antes de la semana 38, lo cual es necesario un tratamiento adecuado para proteger tanto a la gestante como al recién nacido.

La inflamación es un mecanismo protector para el hospedero siendo de beneficio, sin embargo, si no se controla es dañina. Diversos estudios lo explican: Un estudio cohorte en una población de 199, 093 partos donde el 2.5% presento bacteriuria asintomática; otros estudios demostraron que la corioamnionitis es más común en partos pretérminos dándose hasta en un 50% en aquellos ocurridos antes de las 30 semanas; y otros estudios mencionan que la vaginosis bacteriana tiene un doble riesgo a parto pretérmino y la vaginitis aeróbica gram(+) con tres veces más de riesgo a padecer un parto pretérmino y la relación con los lactobacillus es inversamente proporcional considerándoles una flora de riesgo si esta es pobre en la vagina. Dentro de los organismos encontrados en diversos estudios

estuvo el *Mobiluncus curtisii* / *mulieris* que se asoció grandemente a parto pretérmino. De la misma forma una patología periodontal y la inflamación sistémica consecuentemente podrían activar un parto pretérmino. Estos estudios fundamentan que el sistema inmunitarias innatas o adquiridas de las gestantes de manera exageradas a los microorganismos podrían ser la razón principal de que se produzca un parto pretérmino en relación a la inflamación. Hay una diferencia racial del parto pretérmino asociado a la inflamación el cual en los afroamericanos son un 50% más que las embarazadas de raza blanca y posiblemente se explica por polimorfismos genéticos entre el vínculo de la vía inflamatoria materno y fetal.

En cuanto a las bacterias además de producir inflamación actúan directamente en la patogénesis de parto pretérmino. Algunos organismos como son los *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Bacteroides* y *Enterobacter* producen proteasas, colagenasas y elastasas que degradan las membranas fetales, así mismo liberan fosfolipasa A2 que induce síntesis de prostaglandinas y producen endotoxina, estas sustancias activan las contracciones uterinas lo que conllevara a un parto pretérmino.

Dentro de los mediadores proinflamatorios no infecciosas tenemos la hipoperfusión placentaria, que elevan la producción de mediadores proinflamatorios siendo un mecanismo diferente que explicaría los partos pretérminos.

c) La 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. Como la evidencia histológica nos menciona de un daño de la arteria espiral materna, entonces aquellas con polimorfismos que lo predisponen a vasculopatía decidual, trombosis o desprendimiento están con mayor riesgo a un parto pretérmino.

En cuanto a la ruptura puede ir acompañada de un proceso inflamatorio en ausencia de infección, esto ya fue explicado por la función que cumplen las proteasas y las cadenas de hemoglobina libres que activan la inmunidad innata y un mecanismo de retroalimentación que refuerza el proceso inflamatorio, lo que lleva a desprendimiento placenta y parto pretérmino. Esta hemorragia decidual también genera trombina local quien induce la síntesis de elementos del sistema fibrinolítico en las células deciduales.

d) 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 semanas, por otro lado estimulará la producción de PG, este a su vez activara las contracciones uterinas consecuentemente la maduración del cuello cervical,

De estos 4 procesos, 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.

DIAGNÓSTICO

Determinación de la edad gestacional

Determinar la edad gestacional nos permitirá evaluar la situación clínica para la toma de decisiones, en especial cuando ocurre en los límites de la viabilidad, si esta la sobreestimamos o subestimamos podríamos tomar decisiones equivocadas. El cálculo de la edad gestacional se realiza conociendo la fecha de la última menstruación, pudiendo estar sujeto a desviaciones significativas por diferentes motivos, por otro lado la certeza será mayor por ecografía si esta se realiza en el primer trimestre.

Los siguientes parámetros integran información para la estimación de la edad gestacional:

1. Fecha de última menstruación (FUM), si coincide con primera ecografía.
2. Primera ecografía. Idealmente durante el primer trimestre (longitud cefalocaudal a las 10 - 13 semanas) o, en su defecto, en el segundo trimestre, antes de las 20 semanas.
3. Examen físico del recién nacido, ejemplo mediante el test de Capurro.

Amenaza de Parto Pretérmino

Para el diagnóstico se requiere realizar una adecuada anamnesis, un examen clínico-obstétrico y examen vaginal. Se indagarán historia anterior de prematuridad, así como hijos anteriores con bajo peso al nacimiento. La confiabilidad de la fecha de la última menstruación y la edad gestacional, el inicio de las contracciones uterinas, así como sus características, sintomatología asociada como pérdida de líquido amniótico o hemáticas, fiebre, etc.

El diagnóstico clínico se basa en las siguientes condiciones:

- Presencia de contracciones uterinas: Frecuencia (1 contracción / 10 minutos), duración (25-30 segundos), periodo mantenido (60 minutos).

- Modificaciones cervicales: Borramiento del cuello uterino (50% o menor), Dilatación cervical (Igual o menor a 3 cm).
- Edad gestacional que este comprendida entre las 22 a 36,6 semanas de gestación.

Se deberá completar información para el diagnóstico mediante la evaluación del cérvix uterino por medio de una ecografía transvaginal (Eco TV), más aún si la contractilidad no es franca o los cambios cervicales no sean categóricos. Si existen dudas, se aconseja reevaluar clínicamente a la paciente después de una o dos horas en reposo. Pero si hubiera la disminución de la sintomatología por el que acudió la gestante y se ve que modificaciones cervicales, se podrá indicar el alta teniendo cuidados en el hogar como el reposo y acudir si volviese a presentarme la sintomatología. El control se hará en los próximos 7 días.

Prevención del parto pretérmino (PPT)

Acciones a desarrollar para la prevención del PPT:

- Prevención primaria: Aquí se enfatiza en las acciones que eliminaran o disminuirán los factores de riesgo en la población general que no tenga historia de hijos con parto prematuro, estas acciones se desarrollan durante el embarazo.
- Prevención secundaria: Las acciones serán dirigidas en aquellas personas con riesgo demostrado para dar un diagnóstico temprano y prevenir complicaciones, aquí están las madres con historia de un embarazo anterior de parto prematuro o hijos bajo peso nacimiento.
- Prevención terciaria: Las acciones están destinadas a disminuir la morbimortalidad después de que se ha desencadenado una amenaza de parto prematuro.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO

Es importante reconocer que cada factor cumple un rol, y el conocerlos servirá de ayuda a una gran población de gestantes a evitar que esta situación ocurra.

Factores de riesgo sociodemográficos

Dentro de esta clasificación podemos encontrar a la edad materna, el nivel de instrucción, el estado civil y la pobreza.

- **Edad materna:** La edad materna por encima de 37 años está relacionada con la estimulación máxima de la FSH que incrementa la probabilidad del desarrollo de múltiples folículos, que terminarán en una gestación múltiple que se encuentra relacionada con el parto pretérmino por la sobre distensión uterina generada por dos o más fetos desencadenando la presencia de contracciones uterinas antes de tiempo.
- **Estado civil:** El parto pretérmino es más frecuente en mujeres casadas en un 75.9% en comparación con mujeres convivientes ⁴. Sin embargo, la carencia de un esposo o una pareja estable se ha visto relacionado con la inadecuada adherencia a las atenciones ginecológicas durante el embarazo que tengan como finalidad controlar el desarrollo de la gestación. Pero estadísticamente hablando las mujeres más afectadas con el parto pretérmino son aquellas que se dedican a ser amas de casa en un 60.1% y aquellas que alcanzaron un empleo se ven afectadas en un 34%, por otro lado un estudio refirió que en las madres solteras el riesgo a desarrollar un parto pretérmino es de 2.28 veces de las que tiene alguna relación (OR: 2.28)⁸.
- **Nivel de instrucción:** Estudios refieren que a mayor grado de instrucción menor probabilidad de que la gestación culmine antes de tiempo, de esta manera se puede decir que a mayor número de años de estudio puede generar mayores cuidados prenatales, se toma en

cuenta como punto de corte una escolaridad mayor de 11 años lo que en nuestra realidad equivale a tener secundaria completa.

Factores de riesgo gineco-obstétricos al embarazo actual

La presencia de eventos gineco-obstétricos al embarazo actual.

- **Preeclampsia:** Esta se define operacionalmente como la presión arterial elevada, con una presión sistólica mayor a 140 mmHg y/o presión diastólica mayor a 90mmHg que se presente posterior a la semana número 20 de la gestación. La preeclampsia puede justificar su presencia por la presencia de varios componentes entre ellos tenemos; al componente genético, epigenético y ambiental; así mismo esta patología sobresale por producir una gran alteración en células endoteliales ubicadas en arterias espirales del útero, de tal manera que existe una invasión inadecuada de citotrofoblasto, trayendo como consecuencia una mala implantación de la placenta que la predispone al desarrollo del síndrome isquémico en la placenta y en algunos órganos de la gestante.²⁰ De tal manera que la preeclampsia durante la gestación ha demostrado que se encuentra asociado al parto pretérmino en un 85.3% ⁴.
- **Infección urinaria:** Se produce por la infección de bacterias, E. coli patógeno más frecuente; y el mecanismo se produce cuando estas bacterias ingresan por la uretra y van en vía ascendente hasta los riñones, la sintomatología abarca la disuria, polaquiuria y tenesmo, además de asociarse a dolor lumbar, fiebre que nos podría orientar hacia una pielonefritis, una infección de las vías urinarias altas. Este tipo de infección se relaciona con la presencia y la actividad de las interleuquinas sustancias que a su vez provocaran la síntesis de prostaglandinas localizadas tanto en la decidua como en las membranas ovulares ²¹. La importancia del diagnóstico oportuno de la ITU radica en estar considerado como una patología materna muy

frecuente durante el embarazo, se encuentra presente en 1 de cada 3 gestaciones, y está relacionada con el parto pretérmino en 57.48% que puede estar presente en cualquiera de los trimestres de la gestación.⁴

- **Rotura prematura de membrana:** Esta quizás sea una de las patologías más asociadas a parto pretérmino sobre todo de gran importancia si ocurre antes de culminar las 24 horas próximas de ocurrido el evento; se encuentra íntimamente relacionada con complicaciones neonatales a la cabeza de tipo infecciosas entre las que destaca tanto la presencia de corioamnionitis como de sepsis neonatal. De esta manera se puede definir que una ruptura prematura de membrana presenta una frecuencia de 78%. Esta situación puede generar la infección ascendente de diversos patógenos que puede activar las interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares.
- **Número de controles prenatales:** Los controles prenatales asegura el seguimiento continuo de la gestante para la detección oportuna de cualquier riesgo que ponga en peligro la vida del binomio madre-niño, por ello la OMS estableció como CPN adecuado aquella embarazada que por lo menos haya cumplido con 6 controles antes de su parto. Muchos estudios han demostrado que el factor control prenatal inadecuado es un factor de riesgo para desarrollar el parto antes de las 37 semanas, siendo la asociación mayor cuando los controles prenatales son menores de 3.

Factores de riesgo fetales al embarazo actual

- **Malformaciones congénitas** Pueden ser Cromosómicas (malformaciones múltiples), confirmadas por cariógrama realizado en líquido amniótico o sangre fetal como son: Síndrome de Turner (XO),

Trisomía 18, Trisomía; y las NO Cromosómicas, de causa multifactorial, producto de factores ambientales, enfermedades maternas, agentes infecciosos, físicos, químicos, uso de medicamentos o de factores mecánicos durante el primer trimestre de la gestación, sin estudio cromosómico y asociadas con lesiones vellositarias sugerentes: inclusiones del trofoblasto, estroma inmaduro, trofoblasto hipoplásico, edema vellositario o calcificaciones. Habitualmente son malformaciones de un órgano o sistema: del tubo neural, cardíacos, del riñón y vía urinaria, displasias musculoesqueléticas y otros.

- **Restricción del crecimiento intrauterino**

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es una patología de causas multifactoriales, para un feto el no alcanzar su potencial de crecimiento representa un aumento significativo del riesgo de morbilidad perinatal, como no es posible determinar el potencial de crecimiento fetal, para su definición se utilizan tablas de crecimiento intrauterino, aceptándose como crecimiento normal el peso para la edad gestacional entre los percentiles 10 y 90. La RCIU está asociada de forma indirecta con complicaciones perinatales a corto plazo como son la asfixia intraparto, explicada por la hipoxia crónica a la que son sometidos estos fetos sumado a la disminución transitoria del flujo sanguíneo placentario durante el parto, estando relacionado con el parto prematuro, en especial aquellos menores de las 32 semanas tienen más incidencia de complicaciones; A largo plazo tiene impacto adverso en el desarrollo infantil presentándose alteraciones en el tono muscular, coeficientes intelectuales menores, trastornos del comportamiento y emocionales.

- **Oligohidramnios.**

El oligohidramnios se define como volumen anormalmente bajo de líquido amniótico. Aunque la definición más comúnmente utilizada puede ser el índice de líquido amniótico (ILA) de 5,0 cm o menos). Un volumen adecuado de líquido amniótico es fundamental para permitir el movimiento fetal normal y el crecimiento, y para amortiguar el feto y el cordón umbilical. El oligohidramnios puede inhibir estos procesos y puede conducir a la deformación fetal, compresión del cordón umbilical, y la muerte. Por ello se ha asociado al incremento de cesáreas, de inducciones del trabajo de parto, principalmente cuando se asocia a enfermedades como la hipertensión (HTA), el Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y los embarazos prolongados.

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.

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.

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

Estrato socioeconómico: características que son propias de cada familia en función de la riqueza económica de la que se vale.

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

Grado de instrucción: Es el grado académico escolar, superior en función de estudios que ha realizado una persona a lo largo de su vida educativa.

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

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.

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

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

Malformación congénita: desarrollo anormal de cualquier parte del cuerpo del recién nacido.

RCIU: Los bebés con restricción del crecimiento fetal que no alcanzaron el potencial de crecimiento completo en el útero debido a factores genéticos o ambientales tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad significativas en comparación con los bebés con crecimiento normal en el útero.

Oligohidramnios: Un volumen adecuado de líquido amniótico es crítico para permitir el movimiento y crecimiento fetal normal, y para amortiguar el feto y el cordón umbilical. El oligohidramnios puede inhibir estos procesos y puede provocar deformación fetal, compresión del cordón umbilical y la muerte.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

- Hi: Existen factores de riesgo asociados para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre del 2019.
- Ho: No existen factores de riesgo asociados para parto pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre del 2019.

2.4.2. ESPECÍFICA

Hipótesis 1

- H₁: Si existen factores de riesgo sociodemográficos asociados a para parto pretérmino del servicio ginecología – obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre del 2019.
- H₀: No existen factores de riesgo sociodemográficos asociados a para parto pretérmino del servicio ginecología – obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre del 2019.

Hipótesis 2

- H₂: Si existen factores de riesgo ginecológicos obstétricos asociados al embarazo actual para parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre del 2019.
- H₀: No existen factores de riesgo ginecológicos obstétricos asociados al embarazo actual para parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre del 2019.

Hipótesis 3

- H₃: Si existen factores de riesgo fetales asociadas al parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre del 2019.
- H₀: No existen factores de riesgo fetales asociadas al parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre del 2019.

2.5. VARIABLES

Variable dependiente:

Parto pretérmino

Variable independiente: Factores De Riesgo.

Factores sociodemográficos

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción

Factores ginecológicos – obstétricos embarazo actual

- Número de controles prenatales
- Infecciones del tracto urinario
- Rotura prematura de membranas

Factores de riesgo fetales:

- Malformaciones Fetales
- Oligohidramnios
- RCIU.

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Edad: (Dos edades extremas de la gestación menores de 18 años y mayores de 35 años son los que están más expuestos a desarrollar un parto pretérmino)

Estado civil: (El estado civil es una situación en el cual muchas madres solteras desarrollan un embarazo tórpido que puede generar parto pretérmino en comparación a las casadas.)

Número de controles prenatales: (Aquellas gestantes con control prenatal menor a 6 están más expuestos a desarrollar parto pretérmino).

Rotura prematura de membranas: (La ruptura prematura de membranas predispone a un parto pretérmino).

Infecciones del tracto urinario: (La infección del tracto urinario expone en mayor medida a parto pretérmino).

Malformaciones Fetales: (SI/NO)

Oligohidramnios: Los trastornos de líquido amniótico como oligohidramnios y polihidramnios predispone a parto pretérmino.

RCIU: (SI/NO)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Naturaleza: El estudio es de naturaleza cuantitativa porque se cuantifican los datos obtenidos mediante las fichas de recolección de datos.

Observacional: Es de tipo descriptivo ya que solo se visualiza el comportamiento de las variables estudiadas en las historias clínicas del hospital de Vitarte.

Retrospectivo: Es retrospectivo ya que el inicio del estudio de investigación es posterior a los hechos estudiados y los datos se seleccionaron. se tomo de las historias clínica

Trasversal: Es transversal por que los datos de cada sujeto representan un momento en el tiempo.

Analítico – Casos y controles: Es un estudio analítico de casos y controles debido a que se busco relacionar a los factores de riesgo y el parto pretérmino según los métodos de selección de los pacientes mediante exclusión e inclusión.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según Fidiás 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 población en estudio va a ser todas las pacientes embarazadas que se presentaron en el Hospital de Vitarte en el periodo 2018 y 2019 que son un total de 3738 pacientes en el año 2018 y 3692 pacientes en el 2019 con un total de 7430 gestantes atendidas en el servicio de ginecología obstetricia.

Población objetivo

CASOS

Debido a que la cantidad de casos de partos pretérminos es pequeña en nuestra población no se va a realizar formula estadística, se va hacer valer el total de casos de parto pretérminos del hospital de Vitarte que es en el año 2018 un total de 56 casos y en el 2019 un total de 66 casos esto haciendo un total entre los dos años de 122 casos de parto pretérmino que cumplan con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión

- Pacientes gestantes con parto pretérmino.
- Historias clínicas completas y legibles.
- Historias clínicas de pacientes que acudieron al Hospital Vitarte.

Criterios de exclusión

- Pacientes gestantes con parto a termino
- Historias clínicas de gestantes con datos incompletos.

CONTROLES

Para escoger a los pacientes denominados controles serán todas aquellas gestantes con parto a término con un equivalente a la cantidad del número

de casos, siendo en total 122 controles que cumplan con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión

- Pacientes gestantes con parto a término.
- Historias clínicas completas y legibles.
- Historias clínicas de pacientes que se atendieron al Hospital Vitarte.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de gestantes con datos incompletos.
- Historias clínicas de gestantes con embarazo múltiple.
- Historias clínicas sin sello o firma del profesional de salud.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El medio de recolección de información será en base a una ficha de recolección de datos (Anexo N° 2) que se basara en los datos de la historia clínica de los pacientes que hayan cumplido con los criterios de elegibilidad, el consiste en 9 ítems con alternativa dicotómica, que se clasificaron en 3 ámbitos, el primero los factores sociodemográficos (edad, sexo, grado de instrucción y estado civil), el segundo los factores de riesgo embarazo actual (Rotura prematura de membranas, Infecciones del tracto urinario, Número de controles prenatales) y el tercero consta de los Factores de riesgo fetales: (Malformaciones Fetales, Oligohidramnios, RCIU).

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

Este trabajo se va a realizar con el office Microsoft Excel v19.9 mediante su hoja de cálculo poder tener mi base de datos de la ficha de recolección de datos lo cual este tiene la aprobación de tres especialistas como el metodólogo estadista y el especialista que es un médico gineco obstetra lo cual va ser llenadas de la toma de las historias clínicas del hospital de Vitarte de los años 2019 y 2018 y luego SPSS programa estadístico versión 25, para confeccionar las gráficas estadísticas que nos facilitara analizar el comportamiento de la variable estudiadas.

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

La ejecución de este trabajo de investigación lo primero es obtener la carta de presentación de la Universidad Privada San Juan Bautista para presentar en el departamento de docencia e investigación del Hospital Vitarte para solicitando los permiso para ejecución del proyecto de tesis para poder revisar las historias clínicas y tener acceso de estadística para poder desarrollar la investigación, paralela a esto el proyecto de tesis se va a presentar al comité de ética de la UPSJB para la evaluación del trabajo, En términos de investigación clínica como es en el presente estudio se respetaran los principios éticos estipulado por el informe de Belmont en el año 1979 y la declaración de Helsinki en el año 1947, los cuales son la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; se va a cumplir con todo lo mencionado durante todo el proceso de la elaboración del trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA 1º FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.

		CASOS n = 122		CONTROLES n = 122		Valor de CHI	Valor de p	O. R.	I.C. OR 95%
		Nº	%	Nº	%				
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS									
EDAD	Menores de 30 años	37	30,3	46	37,7	18,759	0,001	0,535	0,333 – 0,857
	De 30 a 35 años	28	23,0	50	41,0				
	Mayores de 35 años	57	46,7	26	21,3				
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin estudios	33	27,0	43	35,2	35,316	0,001	0,277	0,169 – 0,455
	Primaria	41	33,6	5	4,1				
	Secundaria	19	15,6	33	27,0				
	Superior	29	23,8	41	33,6				
ESTAD O CIVIL	Soltera	29	23,8	44	36,1	4,702	0,095	-----	-----
	Casada	39	32,0	36	29,5				
	Conviviente	54	44,3	42	34,4				
FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS OBSTÉTRICOS EMBARAZOS ACTUALES									
CONTR OLES PRENATALES	Menos de 6 controles	85	69,7	38	31,1	36,216	0,001	5,078	2,948 – 8,748
	Mas de 6 controles	37	30,3	84	68,9				

ITU	SI	85	69,7	52	42,6	18,126	0,001	3,093	1,826-5,238
	NO	37	30,3	70	57,4				
RPM	SI	89	73,0	42	34,4	36,411	0,001	5,137	2,973-8,876
	NO	33	27,0	80	65,6				
Factores de riesgo fetales									
MALFORMACIONES FETALES	SI	10	8,2	13	10,7	0,432	0,511	----	----
	NO	112	91,8	109	89,3				
OLIGOHIDRAMNIOS	SI	59	48,4	39	32,0	6,821	0,001	1,993	1,184-3,354
	NO	63	51,6	83	68,0				
RCIU	SI	74	60,7	30	24,6	32,444	0,003	4,728	2,730-8,189
	NO	48	39,3	92	75,4				

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

INTERPRETACION: En la tabla N°1 se observa que las variables controles pre-natales, infección de tracto urinario, ruptura prematura de membrana, oligohidramnios y RCIU son factores de riesgo significativos para parto pretérmino; ya que su OR es > a 1 y con un intervalo de confianza de 95% con un mínimo > a 1 y con un máximo mayor a 1. Con respecto a los factores de riesgo sociodemográficos, en la edad de las pacientes gestantes podemos observar que en el grupo de los casos 46.7 % son gestantes mayores de edad y 21.3 % de los controles son gestantes mayores de 35 años. Estas diferencias son significativas ya que el valor de CHI2, es de 18,750 con un p de 0.001. Con respecto a los factores de riesgo ginecológicos obstétricos al embarazo actual, en los controles prenatales el grupo de casos un 69,7% tiene menos de 6 controles prenatales y 30,3% de las gestantes presentan más de 6 controles prenatales mientras que, en el Grupo Control, se observa que presentan menos de 6 controles prenatales

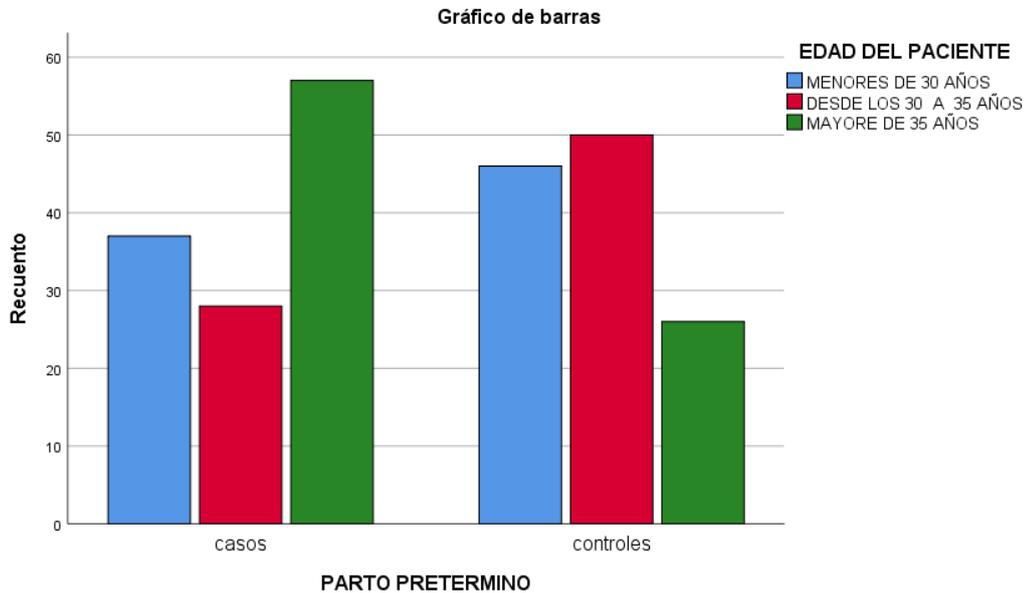
31,1% y más de 6 controles prenatales presentan 68,9%. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 36.216 y un p de 0.0001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 5,078 y con un IC al 95% de 2.948 y 8.748. Con respecto a la infección del tracto urinario el grupo de casos que presenta ITU es de 85 (69.7%) y los que no presentan ITU son 37 (30.3%); mientras que, en el Grupo Control, se observa que 52 (42.6%) tienen ITU y 70 (57.4%) no presentan ITU. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 18,126 y un p de 0.001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 3.093 y con un IC al 95% de 1.826 y 5.238. Con respecto a la ruptura prematura de membrana, el grupo de casos que si presenta es de 89 (73.0%) y los que no presentan son 33 (27.0%); mientras que, en el Grupo Control, se observa que 42 (34.4%) por ruptura prematura de membrana y 80 (65,6%) no la presentan. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 36.411 y un p de 0.001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 5.137 y con un IC al 95% de 2.973 y 8.876. y por último en los factores de riesgo fetales tenemos el oligohidramnios observa en el grupo de Casos presentan un total de 59 (48.4%) y no presenta oligohidramnios 63 (51.6%); mientras que, en el Grupo Control, se observa que 39 (32,0%) presentan y 83 (68.0%) no presentan oligohidramnios. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 6.821 y un p valor de 0.009; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 1.993 y con un IC al 95% de 1.993 y 3.354. El RCIU observa en el grupo de Casos presentan un total de 74 (60.7%) y no presenta RCIU 48 (39.3%); mientras que, en el Grupo Control, se observa que 30 (24.6%) presentan y 92(75.4%) no presentan RCIU. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 32.444 y un p valor de 0.003; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 4.728 y con un IC al 95% de 2.730 y 8.189

TABLA 2º LOS FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A PARA PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.

		CASOS n = 122		CONTROLES n = 122		Valor de CHI	Valor de p	O. R.	I.C. OR 95%
		Nº	%	Nº	%				
FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS									
EDAD	Menores de 30 años	37	30,3	46	37,7	18,759	0.001	0.535	0.333 – 0.857
	De 30 a 35 años	28	23,0	50	41,0				
	Mayores de 35 años	57	46,7	26	21,3				
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin estudios	33	27,0	43	35,2	35,316	0,001	0.277	0.169-0.455
	primaria	41	33,6	5	4,1				
	secundaria	19	15,6	33	27,0				
	superior	29	23,8	41	33,6				
ESTADO CIVIL	soltera	29	23,8	44	36,1	4,702	0,095	--	--
	casada	39	32,0	36	29,5				
	conviviente	54	44,3	42	34,4				
	NO	48	39,3	92	75,4				

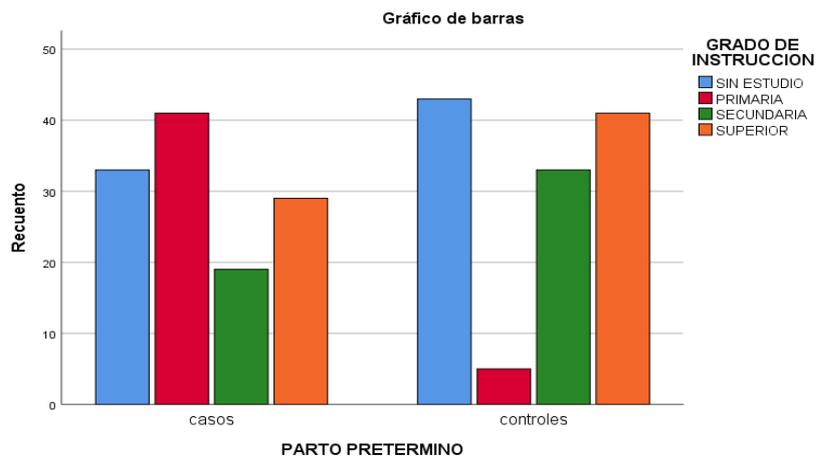
Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 1º EDAD DEL PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.



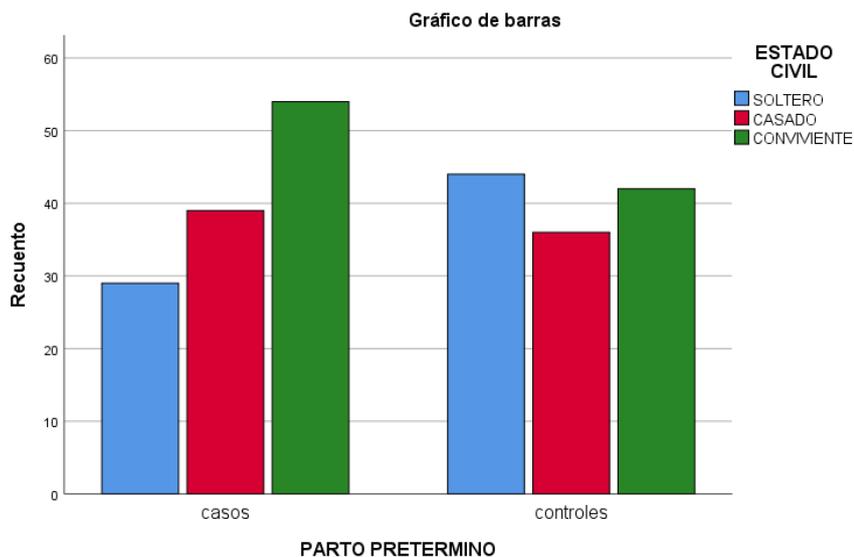
Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 2º GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 3º ESTADO CIVIL DEL PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.

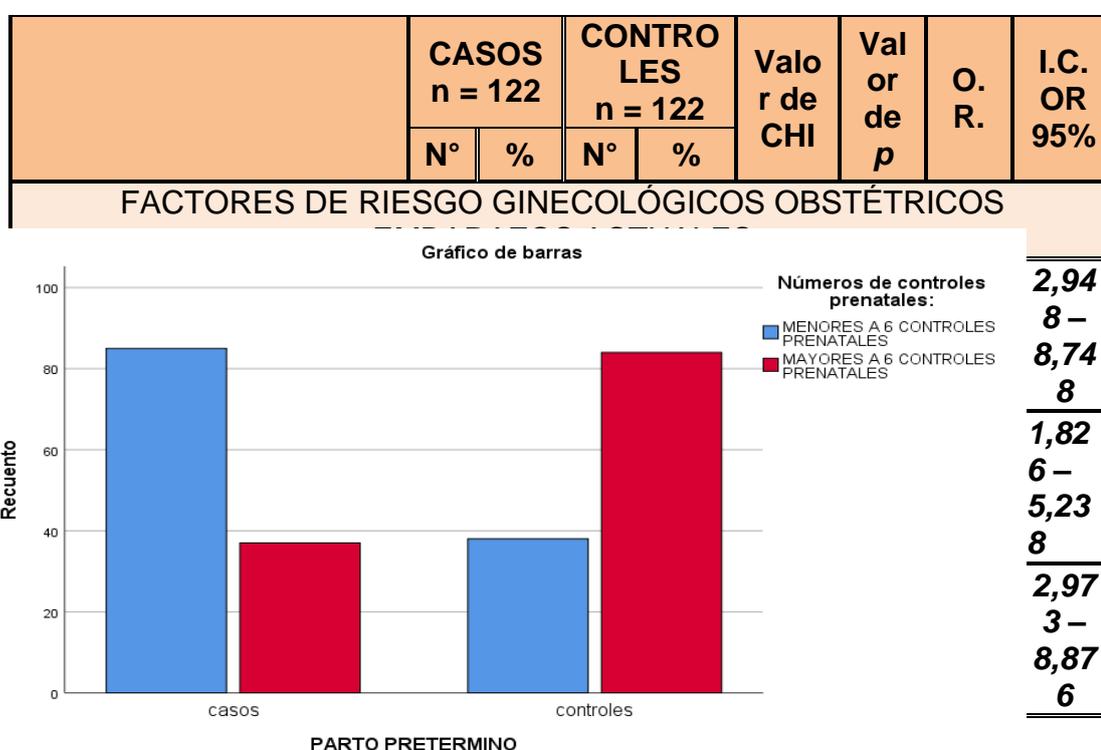


Fuente: ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

INTERPRETACION: En la tabla N°2 Con respecto a los factores de riesgo sociodemográficos, en la edad de las pacientes gestantes podemos observar que en el grupo de los casos 46.7 % son gestantes mayores de edad y 21.3% de los controles son gestantes mayores de 35 años. Estas diferencias son significativas ya que el valor de CHI2, es de 18,750 con un p de 0.001. En el grado de instrucción de las pacientes gestantes podemos observar que en el grupo de los casos 27% sin estudios, primaria 33.6%, secundaria 15.6 y estudios superiores con 23,8% Estas diferencias son significativas ya que el valor de CHI2, es de 35,316 con un p de 0.001. Y estado civil de las gestantes podemos observar que en el grupo de los casos 29 (23,8%) son

solteras, 39 (32.0%) son casadas. Estas diferencias no son significativas ya que el valor de CHI2, es de 4.702 con un p de 0.095.

TABLA 3º FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.

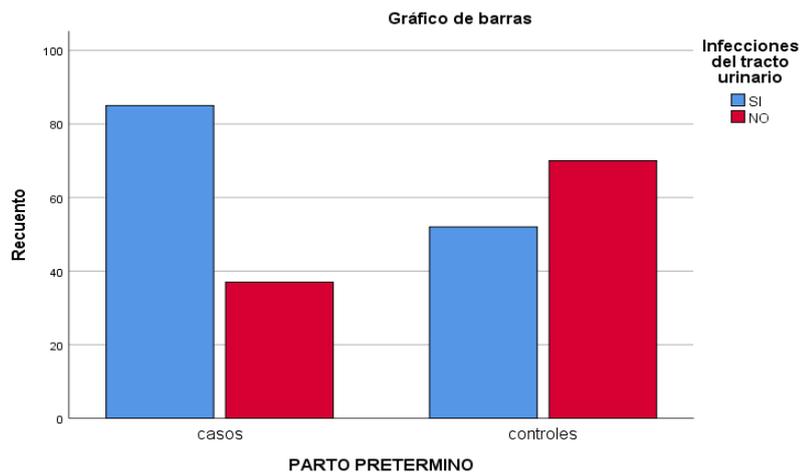


Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 4º NUMERO DE CONTROLES PRENATALES PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.

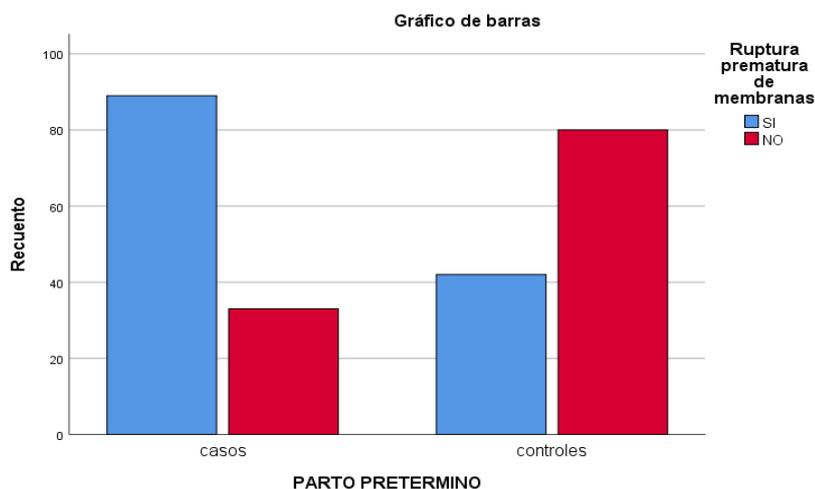
Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 5º INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 6º RUPTURA PREMATURA DE MENBRANA PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

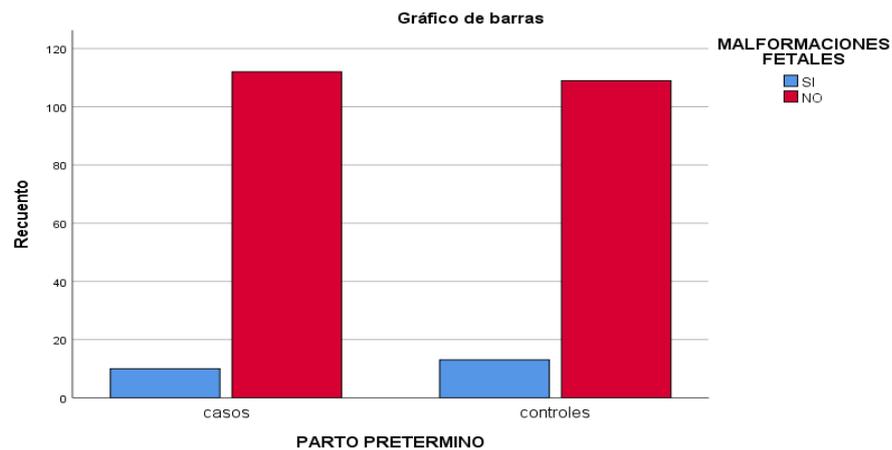
INTERPRETACIÓN: De la tabla 3^o con respecto a los factores de riesgo ginecológicos obstétricos al embarazo actual, en los controles prenatales el grupo de casos un 69,7% tiene menos de 6 controles prenatales y 30,3% de las gestantes presentan más de 6 controles prenatales mientras que, en el Grupo Control, se observa que presentan menos de 6 controles prenatales 31,1% y más de 6 controles prenatales presentan 68,9%. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 36.216 y un p de 0.0001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 5,078 y con un IC al 95% de 2.948 y 8.748. Con respecto a la infección del tracto urinario el grupo de casos que presenta ITU es de 85 (69.7%) y los que no presentan ITU son 37 (30.3%); mientras que, en el Grupo Control, se observa que 52 (42.6%) tienen ITU y 70 (57.4%) no presentan ITU. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 18,126 y un p de 0.001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 3.093 y con un IC al 95% de 1.826 y 5.238. Con respecto a la ruptura prematura de membrana, el grupo de casos que si presenta es de 89 (73.0%) y los que no presentan son 33 (27.0%); mientras que, en el Grupo Control, se observa que 42 (34.4%) por ruptura prematura de membrana y 80 (65,6%) no la presentan. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 36.411 y un p de 0.001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 5.137 y con un IC al 95% de 2.973 y 8.876.

TABLA 4º FACTORES DE RIESGO FETALES ASOCIADAS AL PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.

		CASOS n = 122		CONTROLES n = 122		Valor de CHI	Valor de p	O. R.	I.C. OR 95%
		Nº	%	Nº	%				
FACTORES DE RIESGO FETALES									
MALFORMACIONES FETALES	SI	10	8,2	13	10,7	0,432	0,511	---	-----
	NO	112	91,8	109	89,3				
OLIGOHIDRAMNIOS	SI	59	48,4	39	32,0	6,821	0,001	1,993	1,184-3,354
	NO	63	51,6	83	68,0				
RCIU	SI	74	60,7	30	24,6	32,444	0,003	4,728	2,730-8,189
	NO	48	39,3	92	75,4				

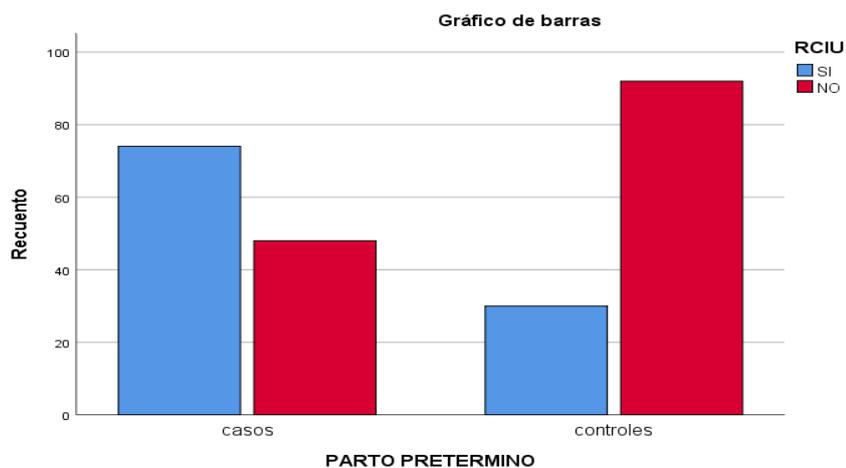
Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 7º MALFORMACIONES FETALES DE PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.



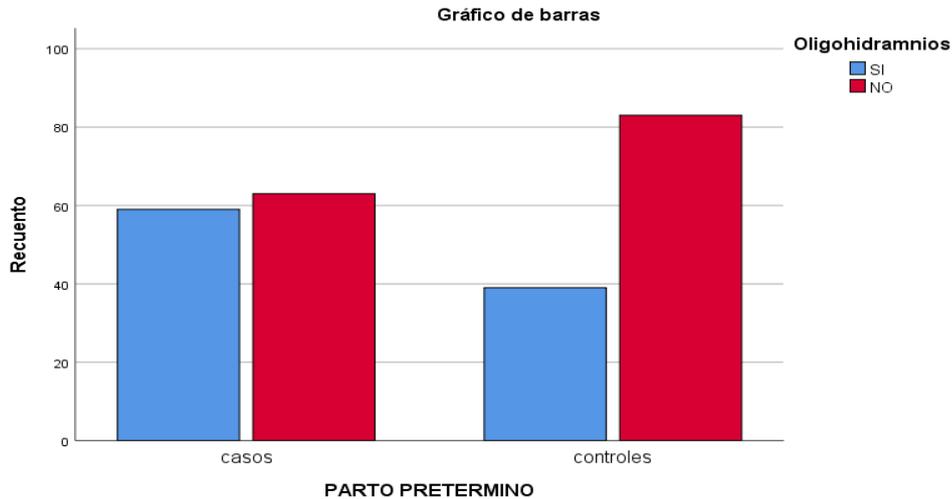
Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 8º RCIU DE PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

GRAFICO 9º OLIGOHIDRAMNIO DE PACIENTE ASOCIADOS PARA PARTO PRETÉRMINO DEL SERVICIO GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE EL PERIODO ENERO DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2019.



Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Vitarte 2018 – 2019.

INTERPRETACIÓN: según la tabla 4º los factores de riesgo fetales tenemos el oligohidramnios observa en el grupo de Casos presentan un total de 59 (48.4%) y no presenta oligohidramnios 63 (51.6%); mientras que, en el Grupo Control, se observa que 39 (32,0%) presentan y 83 (68.0%) no presentan oligohidramnios. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 6.821 y un p valor de 0.009; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 1.993 y con un IC al 95% de 1.993 y 3.354. El RCIU observa en el grupo de Casos presentan un total de 74 (60.7%) y no presenta RCIU 48 (39.3%); mientras que, en el Grupo Control, se observa que 30 (24.6%) presentan y 92(75.4%) no presentan RCIU. Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 32.444 y un p valor de 0.003; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 4.728 y con un IC al 95% de 2.730 y 8.189.

4.2. DISCUSIÓN

- El presente estudio se realizó en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2019, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino y la incidencia de partos ocurridos antes de las 37 semanas fue de 1.64%, lo que fue menor a lo que reportado en estudios Norteamericanos y Mexicanos, así mismo los factores de riesgo encontrados con asociación son semejantes a los hallados en diversas investigaciones nacionales como internacionales.
- En este estudio se determinó que la Edad es un factor de riesgo para Parto Pre término, las gestantes que tienen más de 35 años tienen unas diferencias que son significativas ya que el valor de CHI², es de 18,750 con un p de 0.001, al individualizar obtuvimos asociación de riesgo (OR: 3.2379 IC: 1.8484-5.6718), así mismo el nivel de instrucción primaria (OR: 11.84 IC: 4.486-31.267) en este estudio determino una asociación significativa como factor de riesgo. El hallazgo edad concuerda con el estudio de Fuchs F. (Canadá - 2018). En que menciona en su estudio que las gestantes añosas tienen un OR 1,20 (IC del 95%; 1.06-1.36) Los factores de riesgo encontrados que la edad materna avanzada (40 años y más) se asoció con el nacimiento prematuro. Una edad materna de 30-34 años se asoció con el menor riesgo de prematuridad. ⁴ como también Escobar (México – 2017) hizo referencia a los extremos de edad en el grupo de mayores de 40 años donde se dio con más frecuencia los partos pretérminos siendo este proporcional a la edad. Contrariamente Melo. (Lima, Perú – 2018), menciona una asociación estadística OR=1.20, IC=(0.908 – 1.594), sin embargo esta relación no es significativa ya que en el intervalo se comporta tanto como factor protector como de riesgo.⁸

- En relación a los factores de riesgo ginecológicos obstétricos asociados al embarazo actual en los controles prenatales el grupo de casos un 69,7% tiene menos de 6 controles prenatales estas diferencias son significativas con un CHI2 de 36.216 y un p de 0.0001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 5,078 y con un IC al 95% de 2.948 y 8.748 indicando en nuestro estudio que las gestantes que tienen menos de 6 controles prenatales tienen 5 veces más riesgo de tener un parto prematuro; lo cual concuerda con la investigación de **Guadalupe (Perú – 2015)** quien catalogó que el control prenatal inadecuado Chi-2: 20.386 OR: 2.644, es un factor de riesgo para parto antes de las 37 semanas, así mismo **Melo (Lima – 2018)** reportó como factor de riesgo los controles prenatales menor de 6 tenían una razón de momios (OR) de 5.02, similar al resultado de **Martines (México – 2017)** como control prenatal inadecuado (OR: 5.03) y **Ahumanda (Perú – 2016)** como control prenatal insuficiente (OR: 3.2) y aunque podría haber un sesgo ya que el nacer antes de termino habría menores consultas debido a que la mayor cantidad de consultas obstétricas se dan durante el 3er trimestre, no se puede negar la importante asociación con el riesgo de ocasionar un parto pretérmino. En la infección del tracto urinario el grupo de casos que presenta ITU es de 85 (69.7%), estas diferencias son significativas con un CHI2 de 18,126 y un p de 0.001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 3.093 y con un IC al 95% de 1.826 y 5.238. indica con estos resultados estadísticos que las gestantes que presentan infecciones del tracto urinario tienen 3 veces un factor de riesgo asociado para esta patología lo cual concuerda con los estudios de **Estelbina. España 2015**, donde resultó que las infecciones urinarias (OR=3,526; IC=2,643-4,703) se daban 3.5 veces más, de **Chira (Lamabayeque - 2015)** las ITUS son 2. 6 veces más (OR: 2.68) y en menor medida, pero con asociación significativa manifestaron los estudios de **Escobar (México – 2017)** y **Melo (Perú**

– **2017**) con OR de 1.5 y 1.05 respectivamente. En cuanto a la ruptura prematura de membrana, el grupo de casos que si presenta es de 89 (73.0%). Estas diferencias son significativas con un CHI2 de 36.411 y un p de 0.001; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 5.137 y con un IC al 95% de 2.973 y 8.876 que concuerda con el estudio de **Martínez (México – 2017)** donde refirió que la ruptura prematura membranas RM=3.54 (IC95% 1.8052-6.9722), así mismos resultados similares obtuvieron los estudios de **Celedonio (Peru-2017)**, **Escobar (México – 2017)** y **Melo (Perú – 2015)** con una razón de momios (OR) de 5.74, 4.1 y 3.85 respectivamente. Por lo que concluyeron que los factores ginecológicos obstétricos durante el embarazo como las infecciones urinarias, la ruptura prematura de membranas, así como el inadecuado control prenatal se asocian a parto antes de las 37 semanas.

- Respecto a los factores de riesgo fetales en nuestro estudio tenemos que el oligohidramnios en el grupo de Casos ocurrió en 59 (48.4%) gestantes y en el Grupo Control se dio en 39 (32,0%) gestantes lo que resultó significativo con un CHI2 de 6.821 y un p valor de 0.009; evidenciando una asociación significativa con un OR de 1.993 y con un IC al 95% de 1.993 y 3.354 lo que concuerda con el estudio de **Chira (Perú – 2015)** donde resulto como un factor de riesgo muy elevado para parto antes de las 37 semanas OR: 17.66 (IC: 2.16-143.8); P : 0.0003; y otros estudios también demostraron asociación como **Melo (Perú – 2017)** y **Escobar (México – 2017)** siendo la razón de momios de (OR) de 6.08 y 5.8 respectivamente, por otro lado en el estudio de **Estelbina (España – 2015)** lo presentó como alteración del líquido amniótico (Polihidramnios y Oligohidramnios) resultando con una razón de momios (OR) de 2.539, afirmando también una asociación pero no especifica para nuestro estudio. En cuanto al retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) se observó que en el grupo

de Casos se presentó en 74 (60.7%) gestantes, estas diferencias fueron significativas con un CHI2 de 32.444 y un p valor de 0.003; lo que evidencia una asociación significativa con un OR de 4.728 y con un IC al 95% de 2.730 y 8.189. con estos resultados estadísticos las gestantes tienen 4 veces un factor de riesgo de parto prematuro, lo cual tiene mucha relevancia y coincide con el estudio de **Estelbina. (España – 2015)** donde afirmó que las infecciones del tracto urinario en las gestantes son causa de parto prematuro (OR=3,680; IC=1,843-7,346). Por último la malformación fetal en nuestro estudio no presento asociación con el parto antes de las 37 semanas, lo que muchos estudios tampoco hallaron.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La incidencia de parto pretérmino en el Hospital Vitarte fue de 1.64%. Se acepta la hipótesis afirmativa que si existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio ginecología – obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre 2019.
- El factor de riesgo sociodemográficos que se asocia a parto pretérmino en el servicio ginecología – obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre 2019. es la edad materna mayores de 35 años (OR: 3.2379 IC: 1.8484-5.6718) y el nivel de instrucción primaria (OR: 11.84 IC: 4.486-31.267).
- Se acepta la hipótesis alterna, que si existen factores de riesgo ginecológicos obstétricos asociados al embarazo actual para parto

pretérmino en el servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre 2019.; dichos factores son: Ruptura prematura de membrana (OR:5.137 IC: 2.973-8.876), Insuficiente control prenatal (OR: 5.078 IC: 2.948-8.748) y la Infección del tracto urinario (OR: 3.093 IC: 1.826-5.238).

- Se acepta la hipótesis alterna, concluyéndose que, si existen factores de riesgo fetales asociadas al parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero del 2018 a diciembre 2019; dichos factores son el Retardo del crecimiento intrauterino (OR: 4.728 IC: 2.730-8.189) y el oligohidramnios (OR: 1.993 IC: 1.184-3.354).

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el personal de salud involucrado en la atención de la gestante identifique los factores de riesgo prevenibles para el parto pretérmino en el Hospital Vitarte para así poder identificar los riesgos, diagnosticar oportunamente y tratar precozmente solo así se podrá disminuir la incidencia de estos partos, del mismo modo ya establecido el parto pretérmino actuar de inmediato para prevenir futuras complicaciones.
- En las consultas de ginecología o obstetricia considerar a las mujeres mayores de 35 años tienen el riesgo incrementado de poder realizar un parto pretérmino antes de las 37 semanas de gestación, Por lo que las acciones de educación, seguimiento y control se deben asegurar en esta población; así mismo se debería contar con un programa específico individualizado en el establecimiento para dicho fin, ya que sumado a ello esta edad esta proclive a otras patologías más.
- Asegurar el número de controles prenatales adecuados ya que así podríamos identificar oportunamente algún factor de riesgo para parto prematuro y así actuar precozmente, del mismo modo se debe mejorar la vigilancia de la presencia de infección urinaria tanto por sintomatología como en las pruebas de rutina ya que suelen ser muy común en las gestantes, debiendo tratarse precozmente por las evidencias de causalidad entre infección y parto pretérmino, los seguimientos rigurosos podrían prevenir estas complicaciones diagnosticándose oportunamente y tratándolo.
- Se sugiere un seguimiento mediante la realización de diagnóstico por imagen como ecografías oportunas que permitan saber si el recién nacido está teniendo un desarrollo adecuado, la ganancia ponderal de peso, ILA adecuado y/o la presencia de malformaciones, para que se logre identificar tempranamente alguno de estos factores de riesgo lo que permitiría realizar un control más estricto de estas gestantes y así brindar a los fetos mejores oportunidades para que logren culminar la gestación en su defecto superar las 37 semanas de gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monet B., Ducruet T., Chaillet N., Audibert F. Efecto de la edad materna sobre el riesgo de parto prematuro: un gran estudio de cohorte. *PLoS One [Internet]*. 2018, enero. [consultado: 19 de julio del 2018]; 13(1): e0191002. Disponible en <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0191002&type=printable>.
2. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2018 [citado 7 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
3. Escobar-Padilla B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2017; 55 (4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?ldarticulo=73975>.
4. Fuchs F., Monet B., Ducruet T., Chaillet N., Audibert F. Efecto de la edad materna sobre el riesgo de parto prematuro: un gran estudio de cohorte. *PLoS One [Internet]*. 2018, enero. [consultado: 19 de julio del 2018]; 13(1): e0191002. Disponible en <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0191002&type=printable>
5. Girsen 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

6. Silvia Estelbina Retureta Milán , Lainys María Rojas Álvarez , Marta Estelbina Retureta Milán Risk Factors for Preterm Labor in Pregnant Women from Ciego de Ávila Municipality Policlínico Universitario Antonio Maceo, Ciego de Ávila, Ciego de Ávila, Cuba, CP: 65100.
7. Shessira Miluzka Guadalupe-Huamán, Susana Oshiro-Canashiro Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015 Vol 17 No 1 (2017): Revista de la Facultad de Medicina Humana /Original Papers
8. Melo L.; Factores de riesgo de parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2017. Tesis Bachiller. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2018.
9. Chira J, Sosa J. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev.Salud & Vida Sipanense2015; 2(2): 7-18.
10. Alarcón Celedonio, Joyce Cristy Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño "San Bartolomé" – 2016 Tesis Bachiller Lima Perú. Repositorio de la UNMSM. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6436>
11. Joseph KS., Fahet J. Shankardass K., Allen VM., O'Campo P., Dodds L., et al. Efectos de la posición socioeconómica y los factores de riesgo clínicos en el nacimiento prematuro espontaneo e iatrogénico. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 [Consultado: 19 de julio del 2018]; 14:117. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-117>
12. Shah R., Mullany LC, Darmstadt GL., Mannan I., Rahman SM., Talukder RR. Incidencia y factores de riesgo de parto prematuro en una cohorte rural de Bangladesh. BMC Pediatr [Internet]. 2014 [Consultado: 19 de julio del 2018]; 12:112. Disponible en:

<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-112>

13. Cnattingius S., Villamor E., Johansson S., Edstedt Bonamy AK., Persson M., Wikström AK. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 [Consultado: 24 de julio del 2019]; 79(1):64-66. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n1/art11.pdf>
14. Ahumada M., Alvarado G. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2016 [Consultado 19 de julio del 2018]; 4. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf.
15. Zerna C.; Fonseca R.; Viteri A.; Zerna C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. *Revista CIENCIA UNEMI* [Internet]. 2018 [Consultado: 15 de enero del 2020]; 11(26), 134-142. Disponible en: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/678>
16. Retureta S.; Rojas L.; Retureta M.; Factores de riesgo de parto pretérmino en gestantes del municipio Ciego de Ávila. *Revista Medisur*, [Internet]. 2015 [Consultado: 15 de enero del 2020]; 13(4), 517-525. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008
17. Huertas E.; Parto pretérmino: Causas y medidas de prevención. *Revista Peruana Ginecología y obstetricia*, [Internet]. 2018 [Consultado: 15 de enero del 2020]; 64(3), 399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013.
18. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. "Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en un Hospital de Lima Norte". Universidad Católica Sedes

- Sapientiae. Lima, Perú. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24: e2750.
19. Martínez, Díaz, Romero. “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes”. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. Revista Salud en tabasco Vol. 23, No. 1 y 2. 2017. Se puede ubicar internet <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>.
 20. Huaroto K, Paucca M, Polo M, Meza J. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Rev méd panacea 2013; 3(2): 27-31.
 21. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica 2016; 6(1): 75-80.
 22. Definición de edad [Internet]. Definición.de. 2018 [citado 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://definicion.de/edad/>
 23. Estado Civil [Internet]. Conceptos Jurídicos. 2018 [citado 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/estado-civil/>.
 24. Euskal Estatistika Erakundea., Instituto Vasco de Estadística. Definición Nivel de instrucción [Internet]. Eustat. 2018 [citado 30 de diciembre de 2019].
 25. Antecedentes Familiares [Internet]. National Cancer Institute. 2011 [citado 2 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>
 26. Schwars , Libro: Ginecología y obstetricia, 2017
 27. 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>
 28. Chira J, Sosa J. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense 2015; 2(2): 7-18.

29. 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.
30. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica 2016; 6(1): 75-80.

ANEXOS

ANEXO N° 1. CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 – 2019

ALUMNO: CRUZ CHAVARRIA IRIS NOEMI

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 – 2019

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	18 AÑOS a 33 AÑOS MAYOR A 33 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 GINECOLÓGICOS – OBSTÉTRICOS EMBARAZO ACTUAL			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
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
CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO ACTUAL			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Malformaciones Fetales	SI () NO ()	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
Oligohidramnios	SI () NO ()	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
RCIU	SI () NO ()	NOMINAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

.....
Dr.....

ASESOR

Lic.....

ESTADÍSTICO



ANEXO N° 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PARA PARTO
PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019**

Autor: CRUZ CHAVARRIA IRIS NOEMI

Fecha: 01 De marzo del 2020

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

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

I) Datos generales:

DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIODEMOGRAFICAS

A. Edad de la gestante:

B. Grado de instrucción

1	Primaria	
2	Secundario	
3	Superior	

C. Estado

civil

1	Soltera	
2	Casada	

3	Conviviente	
---	-------------	--

**DIMENSION 2: FACTORES GINECOLÓGICOS – OBSTÉTRICOS
EMBARAZO ACTUAL**

	Si	No
Ruptura prematura de membranas		
Infecciones del tracto urinario		

Números de controles prenatales:

Mayores de 6 controles prenatales ()

Menores de 6 controles prenatales ()

DIMENSIONES 3: FACTORES DE RIESGO FETALES

- ❖ Malformaciones Fetales SI () NO ()
- ❖ Oligohidramnios SI () NO ()
- ❖ RCIU. SI () NO ()

ANEXO Nº 4 MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: CRUZ CHAVARRIA IRIS NOEMI

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS PARA PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE DEL AÑO 2018 - 2019

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son factores de riesgo asociados para parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 - 2019?</p> <p>PROBLEMA ESPECÍFICO</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados para parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 - 2019.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>Determinar los factores de riesgo sociodemográficos</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Hi: Si existen factores de riesgo asociados para parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 - 2019.</p> <p>Ho: No existen factores de riesgo asociados para parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Parto pretérmino</p> <p>Variable independiente:</p> <p>Factores De Riesgo.</p> <p>Factores sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Grado de instrucción <p>Factores ginecológicos –</p>

<p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados a para parto pretérmino del servicio ginecología – obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 - 2019?</p>	<p>asociados a para parto pretérmino del servicio ginecología – obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 – 2019.</p> <p>Identificar los factores de riesgo ginecológicos obstétricos</p>	<p>- 2019.</p> <p>HIPOTESIS ESPECÍFICOS</p> <p>H₁: Si existen factores de riesgo sociodemográficos asociados a para parto pretérmino del servicio ginecología – obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 – 2019.</p>	<p>obstétricos embarazo actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotura prematura de membranas • Infecciones del tracto urinario • Número de controles prenatales
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo ginecológicos obstétricos asociados al embarazo actual para parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital del año 2018 - 2019?</p>	<p>asociados al embarazo actual para parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 – 2019.</p> <p>Mencionar los factores de riesgo fetales asociadas al parto pretérmino del servicio</p>	<p>H₂: Si existen factores de riesgo ginecológicos obstétricos asociados al embarazo actual para parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital del año 2018 – 2019.</p>	<p>Factores de riesgo fetales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malformaciones Fetales • Oligohidramnios • RCIU.
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo fetales asociadas al</p>	<p>ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 -</p>	<p>H₃: Si existen factores de riesgo fetales asociadas</p>	

parto pretérmino del servicio gineco obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del año 2019?	2019.	al parto pretérmino del servicio ginecología - obstetricia del Hospital Vitarte del año 2018 - 2019.			
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 Vitarte en el periodo de enero a diciembre del 2018 y 2019, que son un total de 7430 gestantes atendidas en el servicio de ginecología obstetricia y de los cuales total entre los dos años 122 casos de parto pretérmino que cumplan con los criterios siguientes: N = 7430</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 		<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>	

	<p>acudieron al Hospital Vitarte</p> <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: 244 Muestra: casos 122 Control 122 Muestreo: no probabilístico</p>	
--	--	--



Dr. Jenny Zavaleta Oliver

DNI: 18090153

Asesor



Lic. Lic. Elsi Bazán Rodríguez

Estadístico

