

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN
GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ALCAZAR ALVAREZ LAURA GUADALUPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2021

ASESOR

Dr. Francisco Vallenias Pedemonte

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme guiado para enfrentar las adversidades.

A mi familia por su lucha constante para alentarme en esta carrera, a mi universidad lugar donde seguí mis sueños durante 7 años, a mi asesor que gracias a su paciencia y ayuda pude terminar mi tesis y a mi querido Hospital Carlos Lanfranco La Hoz por permitir el estudio de la tesis.

DEDICATORIA

A mi madre por brindarme su apoyo, y sus consejos para hacer de mí una buena persona, a mi padre, abuela, y a mi mejor amiga por estar espiritualmente a lado mío en esta etapa de la carrera, a mi querido hijo Esteban que me ha acompañado en mis dificultades y mejores momentos.

RESUMEN

INTRODUCCION: El parto prematuro es una preocupación de salud pública debido a la elevada morbimortalidad que sigue siendo la principal causa de muerte neonatal por la prematuridad.

OBJETIVO: Determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de enero a diciembre del 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de casos y controles, analítico, de corte transversal y retrospectivo. La muestra se obtuvo de mujeres con parto pretérmino (300 CASOS) y mujeres con parto a término (600 CONTROLES). Para el análisis estadístico se utilizó el programa de SPSS. Versión 25, considerando una diferencia estadísticamente significativa un $CHI^2 < 0.05$.

RESULTADOS: Se concretó la variable infección urinaria tuvo un riesgo de OR de 4,4, IC = 3,3 - 5,9 y $p=0,000$ y la edad materna con un riesgo de OR de 3,8, IC= 2,7-5,2 y $p=0,000$, asimismo la variable control prenatal insuficiente tuvo un riesgo de OR de 1,3, IC= 1.0 – 1,7 y $p = 0,038$; finalmente la variable de antecedente de parto pretérmino tuvo un riesgo no significativo con un OR de 1,3, IC= 0,9 -1,7 y $p= 0,059$.

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo infección del tracto urinario, la edad materna, el control prenatal insuficiente se asocian significativamente con el parto pretérmino, mientras el antecedente de parto pretérmino no se asocia significativamente.

PALABRAS CLAVE: Parto pretérmino, Factores de riesgo.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Preterm birth reflects concern for public health due to the high morbidity and mortality that is the main cause of neonatal death due to prematurity.

OBJECTIVE: To determine the factors associated with preterm birth in pregnant women treated at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital during the period from January to December 2018.

MATERIAL AND METHODS: A case-control, analytical, cross-sectional and retrospective study was conducted. The sample was obtained from women with preterm birth (300 CASES) and women with term delivery (600 CONTROLS). The SPSS program was used for statistical analysis. Version 25, considering a statistically significant difference a $\text{CHI}^2 < 0.05$.

RESULTS: The variable urinary infection that had a risk of OR of 4.4, CI = 3.3 – 5.9 and $p = 0.000$ and the maternal age with a risk of OR of 3.8, CI = 2.7- 5.2 and $p = 0.000$ was specified, also the variable insufficient prenatal control had an OR risk of 1.3, CI = 1.0 – 1.7 and $p = 0.038$, finally the preterm birth history variable had a non-significant risk an OR of 1.3, CI = 0.9 -1.7 and $p = 0.059$.

CONCLUSIONS: Risk factors urinary tract infection, maternal age, insufficient prenatal control are significantly associated with preterm birth, while the history of preterm birth is not significantly associated.

KEY WORDS: Preterm birth, risk factors.

INTRODUCCION

La tesis se realizó con el fin de identificar los principales factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, dentro mis indicadores que fueron estudiadas: La edad materna, Infección del tracto urinario, Control prenatal insuficiente y el Antecedente de parto pretérmino. El parto pretérmino es el reflejo de un problema de salud pública debido a las diversas consecuencias en términos de salud perinatal, el costo elevado y la implicación social. La prematuridad implica un conjunto de complicaciones que actualmente son la segunda causa de mortalidad en el neonato a nivel mundial y es la primera en nuestro país. Las medidas con más importancia para la disminución de la incidencia se basan en identificar de manera oportuna a las gestantes que se encuentran en riesgo de parto pretérmino y brindar medidas necesarias para evitar la patología.

La tesis cuenta con 5 capítulos:

Capítulo I: Plantea y justifica el problema de investigación; asimismo, se formula el problema, menciona los objetivos, muestra el propósito y la justificación de la investigación.

Capítulo II: Se presentan los estudios que se han realizado de manera similar a la tesis, además, se describe conceptos generales sobre parto pretérmino. Asimismo, se plantea la hipótesis y la descripción de variables con su definición conceptual y operacional.

Capítulo III: Se describe la metodología que se empleó, siendo un estudio observacional, analítico de casos y controles, en el cual se incluyeron a una muestra de gestantes con parto pretérmino (300 casos) y gestantes con parto a término (600 controles), respetando el aspecto ético de cada gestante resguardando su seguridad de sus datos afiliados.

Capítulo IV: Presenta los resultados desarrollados en el programa SPS VERSION 25 y las discusiones que se relaciona con los antecedentes del marco teórico.

Capítulo V: Muestra las conclusiones y recomendaciones de la tesis de cada variable estudiada.

INDICE

ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCION.....	VIII
INDICE.....	X
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE GRAFICOS	XIII
ANEXOS.....	XIV
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	2
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	2
1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS	2
1.3 JUSTIFICACION.....	3
1.4 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO.....	3
1.4.1 DELIMITACION ESPACIAL	3
1.4.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL	3
1.5 LIMITACIONES	3
1.6 OBJETIVOS	4
1.6.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
1.7 PROPOSITO	5
CAPITULO II: MARCO TEORICO	6
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS	6
2.2 BASES TEORICAS	12
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	23

2.4. HIPOTESIS	23
2.4.1 HIPOTESIS GENERAL	23
2.4.2 HIPOTESIS ESPECIFICAS.....	23
2.5 VARIABLES.....	26
2.6. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS	27
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	28
3.1 DISEÑO METODOLOGICO	28
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION	28
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACION	28
3.2 POBLACION Y MUESTRA.....	28
3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	31
3.4 TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS	31
3.5 DISEÑO Y ESQUEMA DE ANALISIS ESTADISTICO	32
3.6 ASPECTOS ETICOS.....	32
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	33
4.1 RESULTADOS	33
4.2 DISCUSION.....	37
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
5.1 CONCLUSIONES	43
5.2 RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS.....	57

TABLA

RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018.....	33
---	----

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO N° 1: EDAD COMO RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE.....	34
GRÀFICO N° 2: INFECCION URINARIA COMO RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2018.....	3 5
GRÀFICO N° 3: CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE COMO RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018.....	36
GRÀFICO N° 4: ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO COMO RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018	37

ANEXOS

ANEXO 1:	MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	58
ANEXO 2:	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61
ANEXO 3:	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO.....	62
ANEXO 4:	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	65

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, cada año se reportan aproximadamente 15 millones de recién nacidos que no llegan a término, y un aproximado de 1 millón de prematuros fallecen a causa de complicaciones que se presentan durante el parto.¹ Sin embargo, aquellos que sobreviven padecen algún tipo de discapacidad que le repercutirá sobre toda su vida, principalmente aquellas que se relacionan con su desarrollo cognitivo, y problemas a nivel auditivo como visual.²

Asimismo, la prematuridad es la principal causa de muertes en los infantes que tienen una edad menor a cinco años, casi la totalidad de países a nivel mundial se tienen datos que reportan que los nacimientos prematuros ha ido en constante incremento.³ Además, se hallan diferencias muy marcadas en cuanto a las tasas de supervivencia de los recién nacidos prematuros, en los diversos países; es en este contexto, el 50% de los recién nacidos en la semana 32 de gestación, fallecen porque no recibieron los cuidados esenciales y eficaces, así como el aporte de calor adecuado y suficiente, apoyo en la lactancia materna exclusiva, la no adecuada prevención de enfermedades respiratorias o el inadecuado soporte básico al combatir estas infecciones.⁴ En países con ingreso medio de recursos monetarios existe el uso de manera inadecuada la tecnología que tiene disponible el cual ocasiona un mayor problema de discapacidad entre los recién nacidos pretérmino que logran subsistir el estadio prenatal.⁴ Caso contrario se da en los países con ingresos económicos superiores, en los cuales se presenta que la mayoría de los recién nacidos sobreviven.⁴

Solo en el continente africano y Asia Meridional se reporta más del 60% de los casos de recién nacidos prematuros, demostrando así ser un problema que afecta al mundo entero, además, en países de nivel

económico bajo, se reporta que un promedio de 12% son recién nacidos antes del tiempo previsto, comparado con una media de 9% que se presentan en los países con ingresos mucho más altos.⁵ Aunado a estos datos, dentro del mismo país, aquellas familias consideradas más pobres corren un riesgo mayor de culminar en parto pretérmino.⁵

En el Perú, la prematuridad tiene una prevalencia que oscila entre un 5 a un 10% de todas las gestaciones⁶; reportándose tanto a nivel nacional como mundial que existen múltiples factores de riesgo que se asocian a la prematuridad, siendo importante la valoración de aquellos factores que se presentan con más frecuencia para que se puedan prevenir y así lograr la disminución del número de casos de prematuridad que se presentan, y a su vez esto nos conllevaría a la reducción de la morbilidad y la mortalidad neonatal, así como las repercusiones sociales, económico, emocional y familiar que conlleva la prematuridad.⁷

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra establece en su plan operativo anual 2012 que tiene como objetivo específico la reducción de la morbilidad y mortalidad materna neonatal. De las 12 actividades operativas, el 58% de las actividades siete muestran un avance adecuado, y cuatro representa el 33% un avance retrasado y una actividad que se encuentra aceptable con 80.3%.⁸

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los riesgos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

¿Es la edad materna que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018?

¿Es la infección urinaria que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018?

¿Son los controles prenatales insuficientes que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018?

¿Es el antecedente de embarazo pretérmino que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018?

1.3 JUSTIFICACION

En el parto prematuro están involucrados además de los determinantes biológicos, los que son responsables del sector salud y del estado, que son los determinantes políticos, ambientales, sociales y económicos. Es por ello que la prevención y el tratamiento de la prematuridad debe ser una política pública obligada para todas las naciones, e involucra a muchos actores.⁹

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se ha realizado investigaciones por estudiantes de Ciencias de La Salud con el fin de tratar de establecer cuáles son los factores de riesgo para tener conocimiento de la morbimortalidad perinatal a través de los años. Esta investigación se justifica por aportar con procesos estadísticos y metodológicos, junto con instrumentos válidos y confiables para ser aplicados en otras investigaciones futuras.

1.4 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO

1.4.1 DELIMITACION ESPACIAL

La tesis se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

1.4.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL

La tesis se realizó con información de historias clínicas presentada de Enero a Diciembre del año 2018.

1.5 LIMITACIONES

- Se encontró historias clínicas incompletas.
- Demora de respuesta por parte del Hospital para la obtención de datos de las historias clínicas.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los riesgos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la edad materna que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.
- Demostrar la infección urinaria que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.
- Identificar como los controles prenatales insuficientes se asocian al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

- Analizar como el antecedente de embarazo pretérmino se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

1.7 PROPOSITO

En el presente estudio se buscará la relación de factores que aumentan la probabilidad de parto pretérmino y como se caracteriza en la población de estudio del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

Se ayudará a los profesionales de la salud del servicio de Ginecología para poder conocer y evaluar mejor a sus pacientes, también se pueda establecer medidas preventivas, mejorar las estrategias de intervención y poder evitar las causas que trae este problema.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

INTERNACIONALES

Según A. Beatriz Escobar-Padilla, con su título “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un Hospital de segundo nivel de atención- Hospital General de Zona 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México”2017.

Se llevó a cabo un estudio analítico de tipo casos y controles, retrospectivo, de corte transversal y observacional; en donde se consideraron a los casos a todos los recién nacido entre la semana 20 y 37 de gestación; y los controles fueron aquellos que nacieron a término. El tamaño muestral en el estudio fue de 344, y se consideró a un control por cada caso, terminando por incluir a 688 pacientes, que se escogieron de manera aleatoria simple.¹⁰

RESULTADOS: de un total de 6639 recién nacidos reportados, 485 eran recién nacidos pretérminos, hallándose como prevalencia de prematuridad en un 7.3%, teniendo como índice de nacimiento pretérmino de 1 en 14 por cada recién nacido a término. La edad materna en la que se presentó con más frecuencia los partos prematuros fue entre los 20 y 29 años, un 49.7% de los casos; mientras que 67% de los controles. En caso de los extremos de la edad reproductiva, es decir en aquellas muy jóvenes a los que se le considera entre los 15 y 19 años; o en aquellas con una edad superior a los 40 años, culminaron en un 59.3% y 94.44% de los casos, respectivamente. Además, se halló que existe una relación directamente proporcional entre la prematuridad y la edad, en otras palabras, mientras más edad tenga la madre, mayor es la probabilidad de que culmine en parto pretermino.¹⁰

Según Millán R, Alvarez R, Millán R. con su título “Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur. 2015”

El estudio fue de tipo analítico y diseño casos y controles la población estuvo formada por 423 casos de mujeres y el grupo control por 486 mujeres.¹¹

RESULTADOS: Fueron las madres con antecedentes de parto prematuro (45,3%), aquellas que tuvieron aborto en embarazos anteriores (9,2%), talla menor a 1.50cm (30,2%), peso bajo (42,3%) o alto (25,5%) durante el embarazo, hábitos de fumar (39,9%), infecciones urinarias (49,1%), infecciones vaginales (49,1%) y embarazo múltiple (6,6%). Todos estos factores son los que se relacionaron con partos prematuros. La **conclusión** encontrada al finalizar el estudio fue que, del grupo de los factores de riesgo encontrados, los que más se relacionan con partos prematuros fueron las madres que tuvieron abortos anteriores y embarazos múltiples, no obstante, se puede decir que su aparición es multifactorial tanto por la presencia de otros factores de riesgo que también influyeron en gran medida y la relación existente entre cada uno de ellos.¹²

Según Cruz, Zerna-Bravo; y col con su título “Identificación de factores de riesgo de parto Pretérmino” -área de Parto del Hospital “Enrique C. Sotomayor”, Guayaquil, Ecuador, periodo 2015–2016.

Se plantearon como objetivo la identificación de factores de riesgo que influyen en la presencia del parto pretérmino, para lo cual se realizó un trabajo de diseño metodológico de tipo analítico, retrospectivo, en el que se incluyeron a 361 féminas que tuvieron niños por parto pretérmino, que hayan logrado tener recién nacidos tantos vivos como fallecidos entre las semanas 32 a 37 de edad gestacional. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que las embarazadas a una edad inferior a los 19

y superior a los 35 años, es un factor de riesgo para el parto pretérmino, igualmente el bajo nivel de escolaridad, la multiparidad y su falta de controles prenatales, son factores de riesgo de parto prematuro.¹³

Losa E, González E y col. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España. 2013

Plantearon un estudio de casos y controles, retrospectivo, incluyéndose a 315 embarazadas que culminaron en parto prematuro, ya sea por RPM o de manera espontánea; y el número de controles es el mismo de 315 embarazadas que culminaron en parto a término. Dentro de los resultados obtenidos, se reporta que el antecedente de parto pretérmino presento un OR=3.4 (IC:95%, 1.7-6.7); se halló relación con la presencia de abortos previos (p=0.002); la presencia de gestación múltiple con un OR=28.1 (IC:95%; 6.7-116.8), aquellas que utilización alguna técnica de reproducción asistida con un OR=5.8 (IC:95%; 2.3-14.1), además se halló que los episodios de ingreso al hospital por necesidad de tocólisis presento un OR=10.8 (IC:95%; 4.2-27.7), el cerclaje represento un riesgo igual a 5.6 (IC:95%; 1.2-25.7); presentándose con más frecuencia entre los casos incluidos, pero aplicando un ajuste de riesgo, el cerclaje no aparece como variable de riesgo.¹⁴

Concluyendo que los factores de riesgo asociados al parto pretérmino son la gestación múltiple, abortos previos, hospitalización con la necesidad de tocólisis y las técnicas de reproducción asistida.¹⁴

Según Alfredo Ovalle et col. con su título “Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago” 2012, se encontró que, dentro de los factores evaluados, la infección por bacterias es uno de los más frecuentes y se halla relacionado a la presencia de parto pretérmino, el cual se presentó en el 51% de las féminas, mientras que en el 52% de los casos se presentó

en partos pretérmino con una edad gestacional inferior a las 30 semanas. El Estreptococos del grupo B fue el agente causal más frecuente de la infección de la vía urinaria o vaginal; entre otros datos obtenidos la presión alta se dio en 94/127 de los partos prematuros, siendo el 62% a causa de la preeclampsia y el 12% por presentar hipertensión crónica; además, se presentó en el 29% de aquellos partos prematuros en edades gestacional superiores a las 30 semanas. Las presencias de patologías congénitas se hallaron asociados a aquellas madres con una edad superior a los 35 años (añosas) que se presentó en un 15%; y las enfermedades placentarias se presentaron mayor frecuencia (14%) en parto prematuros espontáneos y otro 145 en aquellas gestaciones superiores a las 30 semanas.¹⁵

NACIONALES

Según Sánchez Carrión J. con el título “Características maternas presentes en pacientes con Parto Pretérmino atendido en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el Año 2017”.

Realizo una investigación de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal con una muestra de 215 pacientes que llevo como objetivo conocer las características maternas de los sujetos que presentan parto pretérmino en el Hospital Sergio Bernales donde se encontró que del total de la muestra un 62,3% presentaron una edad entre 20 a 34 años, 71.2% son convivientes, 51,2% son multíparas, 35,8% presentan antecedente de aborto, 12,1% presentan antecedentes de parto prematuro un 53,5% presento un insuficiente número de controles prenatales y 54% presentaron infección del tracto urinario. En conclusión, las características más significativas encontradas en las gestantes que presentaron un cuadro de parto prematuro fueron la edad, estado civil, nivel de instrucción entre los mencionados anteriormente.¹⁶

Según Orbegoso Portocarrero Z. con el título “Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015”.

Presentaron un estudio analítico de casos y controles, transversal, observacional y con recolección de datos en tiempo retrospectivo, en el cual se contó con una población de 100 embarazadas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue con el objetivo de poder hallar la asociación de la presencia de infección de la vía urinaria y la amenaza de parto pretérmino, luego de su ejecución se encontró que la presencia de infección de la vía urinaria es un factor de riesgo para la presencia de amenaza de parto pretérmino con un 39%. Además, la edad de mayor recurrencia de aparición de parto prematuro fue entre 20 y 34 años con un 16%, este cuadro también tiene una mayor aparición en gestantes con un IMC mayor a 25 con un 37% y presentó una mayor tendencia en las primigestas con un 18%, concluyendo que la infección de tracto urinario se presenta una alta asociación como factor de riesgo en la aparición de parto pretermino.¹⁷

Según Shessira Miluzka Guadalupe-Huamán, y col/ con el título “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015”.

Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico de casos y controles, observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron a 400 embarazadas que se atendieron en este hospital, los cuales se clasificaron en casos a aquellas que culminaron en parto prematuro, y los controles a aquellas que culminaron parto diferente al prematuro; hallándose que el 7.4% presento infección de la vía urinaria, y se logró hallar un factor de riesgo de 2.579.

CONCLUSIÓN

Dentro de los factores de riesgo que predisponen el desarrollo de parto pretérmino son la paridad, CPN insuficientes, RPM, edad, estado civil, preeclampsia y la infección de la vía urinaria.¹⁸

Según Saldaña G. con el título “Infección del tracto urinario asociado al parto pretérmino en el Hospital Belén de Trujillo. Servicio de publicaciones. Universidad Nacional de Trujillo. 2014”.

Realizo un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo y longitudinal de diseño caso – control, con una muestra de 100 personas divididos en 50 casos y 50 controles. Luego de su ejecución se encontró que la frecuencia de casos de parto pretérmino durante el periodo de tiempo planificado fue de 194 casos de 4568 gestantes lo cual se proyecta estadísticamente en un 9,3% de incidencia de parto pretérmino, por otro lado la infección del tracto urinario fue el factor más frecuente encontrado en las gestantes que presentaron un parto prematuro con un 64% del total de gestantes con partos prematuros mientras que en las gestantes del grupo control fue de un 44%, por lo tanto se concluye que la infección del tracto urinario fue el factor de riesgo más frecuente asociado al parto pretérmino mientras que en las gestantes del grupo control fue de un 44%, por lo tanto se **concluye** que la infección del tracto urinario fue el factor de riesgo más frecuente asociado al parto pretermino.¹⁹

Según Rodríguez Díaz, David René; y col con el título “Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino”: un estudio multicéntrico – Trujillo metropolitano, 2011-2013.

Se planteó un estudio de tipo caso control, retrospectivo y transversal, y según el cálculo de la muestra para el presente estudio era de 17 sin embargo para lograr el aumento de la validez interna se incluyeron a 70 tantos casos como controles.²⁰

El Odds ratio fue el estadígrafo empleado, encontrándose como resultados que el antecedente de un parto prematuro previo presenta un p-valor=0.0048; y un OR=7.0345; el número insuficiente de controles prenatales también demostró estar asociado al parto prematuro (p=0.0038; OR=4.8889). El desprendimiento prematuro de la placenta obtuvo un p-valor=0.0014, y un factor igual a 8.5; hallándose relación con la presencia de parto pretérmino, igualmente se halló asociación con la presencia de vaginosis bacteriana (p=0.0003 y un OR=4.0702), el último factor que se halló asociación con el parto pretérmino fue la presencia de infección del tracto urinario (p=0.0020 y un OR=2.9688). Estableciéndose que los factores antes mencionados son factores de riesgo que se asocian a la presencia del parto pretermino.²⁰

2.2 BASES TEORICAS

PARTO PREMATURO

Para la OMS (Organización Mundial de la Salud), está definido como todo aquel parto que se presenta previo a las 37 semanas de embarazo; sin embargo, el límite inferior del parto pretérmino y el aborto es aquel que se da antes de la semana 22 de gestación, 25 cm de distancia ente el encéfalo y los glúteos, o medio kilogramo de peso.²¹

La mayor mortalidad y morbilidad les pasa a los infantes muy prematuros (nacidos antes de las 32 semanas de gestación) y a los extremadamente prematuros (nacidos antes de las 28 semanas).²² El número de semanas de gestación define si la gestación es pretérmino es una perdida fetal y esta diferencia se ha reducido.²³

Varios factores han determinado al crecimiento general de los partos pretérminos, como son el aumento de los embarazos múltiples, mayor uso de la reproducción asistida y más intervenciones obstétricas. Parte del aparente aumento de estos nacimientos, sin embargo, piden reflejar

los cambios en la práctica clínica.²³ El aumento para estimar la edad gestacional de la ultrasonografía en vez de los datos de la última menstruación. El aumento de la tasa también puede ser causado por la poca consistente clasificación de las muertes fetales y neonatal temprana.²⁴

En el año 2007, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, consideraron que la presencia de contracciones del útero de manera solitaria pueden lograr desorientarnos, por tanto se plantearon los siguientes criterios para demostrar el parto pretérmino, dentro los cuales están la presencia de 4 contracción en un promedio de 20 min, o la presencia de 8 en un periodo de una hora, adicionado a esto la presencia de cambios progresivos en el cérvix uterino; seguido por la presencia de dilatación cervical-uterina superior a 1 cm; por último, el borramiento de cérvix en un porcentaje igual a 80 o más.²⁵

La amenaza del parto prematuro es caracterizada por presentar un útero con una dinámica regular que se presenta en un numero de 4 cada 20 minutos o de 8 cada hora, con una duración aproximada de 30 segundos, que se asocia a cambios a nivel de cérvix, como el borramiento de la mitad o menos, y la presencia de una dilatación igual o inferior a 2 centímetros a partir de la semana 22 hasta la semana 36 y 6 días de embarazo.²⁶ Los pacientes en la mayoría de casos ingresan con un diagnóstico de amenaza de parto prematuro, pero al final terminar por confirmarse en solo entre el 20 y 30%.²⁷

Además, se debe de diferenciar al parto prematuro con el trabajo de parto prematuro, en el que se halla un dinamismo uterino igual o superior a los criterios datos por amenaza de parto pretermino.²⁸

Acorde a la edad de gestación, esta se clasifica en: ²⁹

Parto pretérmino muy temprano, el cual se da su nacimiento entre las semanas 20 y 23 con 6 días.

Parto pretérmino temprano, entre las semanas 24 y 33 con 6 días.

Parto pretérmino tardío, entre la semana 34 y 36 con 6 días.

Según la causa se clasifica de la siguiente manera:

Espontáneo: Causan las 2/3 partes del total de partos pretérmino, en este grupo solo 15% de las pacientes tienen antecedente de parto pretérmino y 85% son primigestas o han tenido embarazos a término.²⁹

Parto Pretérmino Iatrogénico: Aquella que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación del embarazo a que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo a la vida de la madre, el feto o ambos.²⁹ La lista de complicaciones incluye: 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 monocoriónico complicado.²⁹

EPIDEMIOLOGIA

En algunos países, los niños nacidos vivos aún antes de las 24 semanas son considerados como nacimientos vivos, aunque no sean viables.³⁰ En los países subdesarrollados el bajo peso al nacer está causado principalmente por la restricción del crecimiento fetal intrauterino, desnutrición materna e infecciones crónicas que son los principales factores etiológicos de esta restricción.³¹ Aunque los avances técnicos en el manejo de los niños pretérmino han mejorado los resultados, no sucede lo mismo en los países en desarrollo que carece de un buen manejo básico por parte del profesional.³² En estos países la prioridad

es reducir la infección asociada con los partos, identificar y tratar las patologías asociadas con los embarazos de alto riesgo y proveer procedimientos básicos de resucitación neonatal.³²

El parto pretérmino es considerado actualmente como un problema que afecta la salud perinatal a nivel mundial; en países subdesarrollados y en América del norte se presenta mayor carga en términos generales.³³ Siendo necesario la comprensión de cada una de las causas del parto pretérmino, logrando obtener datos más precisos sobre la incidencia para así lograr la mejor atención tanto neonatal como obstétrica.³³ Asimismo, el parto pretérmino ayuda a la contribución de hasta en un 70% de la mortalidad perinatal en términos mundiales y eleva la morbilidad del neonato, en plazos inmediatos y largos, los cuales se manifiestan por presencia de secuelas neurológicas que afectaran el desarrollo normal del recién nacido.³⁴

La prematuridad es considerada una las tres causas más frecuentes de mortalidad infantil y eleva los índices de morbilidad en nuestro país, debido a que la gran mayoría de estos niños, presentará una discapacidad permanente que puede variar desde del aprendizaje, física y neurológica.³⁵ Actualmente, la salud del neonato está considerado como una prioridad en el área sanitaria pública, para lo cual se planteó un compromiso de mejora en competencias de equipo sanitario del Programa de Telemedicina y Asistencia Técnica Directa.³⁶

A nivel mundial, aproximadamente 13 millones de niños nacen prematuros, la gran mayoría se presentan en países en vías de desarrollo; además, constituye una proporción de morbimortalidad que implica en el tiempo perinatal en el mundo.³⁷

El Ministerio de Salud (Minsa) informó que durante el año 2017, se registraron un total de 48,0483 recién nacidos, siendo prematuros un

total de 10,475, es decir el 21.8% del total; y 3,0750 (6.4%), eran prematuros extremos (menos de 1.5 kg).³⁸

Asimismo, el MINSA reportó que varios de éstos fallecen a causa de las complicaciones que se presentan durante el parto o debido a que no reciben los cuidados esenciales, como lo son la lactancia materna, cuidados en la pérdida de calor o no utilizar medicamentos adecuados para combatir enfermedades.³⁸ Igualmente, las mujeres que se encuentra en etapa de gestación deben de ir al establecimiento sanitario para sus controles prenatales (evaluación de la evolución del feto y asesoría de buena alimentación).³⁹ Sin embargo, en los últimos 6 años a pesar de que ha existido un aumento en la prevalencia de la prematuridad, la supervivencia también se ha incrementado; es decir que de casi el 100% de fallecimientos, se ha pasado a que más de la mitad de los casos sobrevivan⁴⁰, esto debido a que en nuestro país se ha logrado incorporar nuevos tipos de tecnología y se capacita mucho mejor al personal de salud.⁴⁰

FISIOPATOLOGIA

El parto pretérmino se desarrolla con eventos fisiológicos similares al parto a término, sin embargo, no son iguales, siendo necesario comprender los mecanismos que se presentan durante el parto a término y hacer la comparación con el parto pretérmino.⁴¹

La gestación tiene su inicio en la implantación del blastocisto que culmina posteriormente en el parto, y el retorno a su estadio normal del útero, a lo que se le llama involución uterina.⁴² Durante todo el proceso de gestación, el útero se halla en un estadio inactivo y de relajación, y es esta hipoactividad, la cual es la causa de sustancias como progesterona, relaxina y óxido nítrico, por tal el motivo que de manera extraña produce contracciones débiles en esta fase, que se llaman Braxton –Hicks.⁴³

De la misma manera actúa la progesterona (hormona con la capacidad de mantener relajada el útero, inhibición de la madurez del cuello y la disminución de la producción de citocinas), quien se piensa que actúa de manera directa sobre la activación de la decidua.⁴⁴ Caso contrario ocurre con el estrógeno, que presenta un efecto completamente inverso, y este va en aumento un poco antes del inicio del trabajo de parto, siendo producido por la placenta, y a su vez inicia una cascada de procesos dentro de los cuales está la generación de contracciones del útero con una amplia amplitud y buena regularidad el cuello uterino madura, activación de las membranas fetales y la decidua.⁴⁵ Y es durante esta etapa, que los estrógenos incrementan su capacidad de expresar oxitocina, prostaglandina y proteínas que se asocian a la contracción, promoviendo así la contracción del útero. A pesar que los niveles de progesterona disminuyen, este también cumple un papel muy importante, ya que en algunos mamíferos se ha demostrado que es capaz de iniciar el parto y en los seres humanos aumenta durante el proceso de gestación.⁴⁵ Aunado a estos datos, las últimas investigaciones nos reportan que la existencia de una alteración en la función de los receptores de progesterona (cambio de activo a inactivo), promueve la contracción uterina y la liberación de sustancias inflamatorias que deberían de liberarse antes del trabajo de parto y no antes.⁴⁶ La síntesis de estrógenos en cambio se produce en la placenta, y en cierta parte por el feto, que aporta andrógenos adrenales, sin embargo, es importante que se forme el eje, lo cual está conformado por el hipotálamo, hipófisis y las glándulas suprarrenales que tienen una función normal para luego generar precursores de estrógenos sobre la placenta; y la hormona liberadora de corticotropina es al final quien mantiene este eje en actividad.⁴⁶

Esta hormona es considerada como un neuropéptico, el cual es originado en el hipotálamo, siendo manifestado en la placenta y las membranas, y se libera con un incremento en su nivel conforme el

embarazo transcurre.⁴⁷ Además, esta hormona se halla en estrecha relación con la edad de gestación, por tal motivo esta hormona se considera como reloj placentario que va determinando el tiempo de embarazo.⁴⁷ En el mismo contexto se fomenta la producción de cortisol fetal y andrógeno que a su vez estimulan la Hormona Liberadora de Corticotropina que es de origen placentario.⁴⁸ Los cambios en el cuello uterino, en las membranas del feto y la decidua son causados por el efecto de la progesterona, prostaglandinas, estrógenos y citocinas inflamatorias que generan que la aceleración del metabolismo de la matriz extracelular y la maduración del cuello uterino.⁴⁹ En caso del parto a término, esto ocurre de manera fisiológica, pero en caso de ser pretérmino, es necesaria una estimulación mucho mayor, y en especial en aquellos que tienen una edad gestacional inferior a las 32 semanas, siendo las principales las sustancias inflamatorias.⁵⁰

ETIOLOGIA

Comúnmente, la mezcla de diversos factores es la causa de un nacimiento prematuro, pero 1 de cada 3 nacimientos prematuros, el origen es desconocido.⁵¹

La parte endocrinológica y bioquímica del parto pretérmino aún son algo desconocidas, debido a que el inicio del trabajo de parto que se da en el parto pretérmino, tiene que presentar que el cuello uterino presenta cambios de manera considerable relacionándose a la descomposición del colágeno y la presencia de contenido que se altera por agua y proteoglicanos, permitiendo así la presencia de borramiento y dilatación.⁵² El segmento del útero superior se hipertrofia y cambia principalmente debido a las contracciones que se coordinan para la expulsión del feto, es por tal motivo que se asocia a la expresión de receptores de prostaglandinas, oxitocina, proteína unión gap y vías de señalización.⁵³ Este es un proceso gradual, a menudo durante varias semanas, permitiéndonos la realización de pruebas físicas y bioquímicas, las cuales presentan un valor predictivo mayor si son

realizadas en combinación.⁵³ En caso de identificarse los factores de manera clínica, así como la presencia de dilatación o contracción del cuello uterino, que ocurren de manera tardía, explican por qué la tocólisis tiene pocos resultados en la mejora del feto.⁵⁴ El segmento inferior logra un estiramiento e incremento de mediadores de inflamación y prostaglandina, y el cambio del cérvix se realiza por presencia de células inflamatorias que luego liberan metaloproteínas que sirven para la matriz.⁵⁵

Toda infección genera inflamación y microbios que por vía ascendente llegan al cérvix uterino que estimula la respuesta de inflamación del sistema inmunitario innato.⁵⁶ Entre las otras vías están la diseminación hematógena, introducción iatrogénica y diseminación retrógrada por medio de la trompa de Falopio.⁵⁶ Estos generan prostaglandinas, citocina de inflamación y fosfolipasa A2 que produce ruptura de membranas y/o contracciones, lo cual explica el riesgo mayor de esta patología.⁵⁷

FACTORES DE RIESGO

Están definidos como la predicción de parto pretérmino lo cual es un objetivo muy razonable y, en primer lugar, el identificar que mujeres se hallan en situación de riesgo que permite el iniciar tratamiento riesgo específico. Definir la población útil para las intervenciones específicas y por último la proporción de pista que generen a la conducción de parto pretérmino.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Edad materna: se considera a los límites de la edad de la madre que se asocian al parto pretérmino a aquellos que tiene una edad superior o igual a 40 años, siendo una media de 15 y en la adolescencia entre 13 y 17 años.⁵⁸

Además, se ha hallado una mayor incidencia en aquellas mujeres que tienen ya sea una edad inferior a los 20 años o una edad superior a los 34; a su vez la edad de la madre es considerada una variable que tiene bastante repercusión en la epidemiología del niño pretérmino.⁵⁹ Asimismo, diversos estudios sustentan que la prematuridad se presenta con más frecuencia en edades extremas de la vida materna, sin un factor de riesgo muy importante.⁵⁹

Nivel de instrucción: Se ha demostrado que una disminución en el nivel de educación formal es más expuesta a producir un parto prematuro.⁶⁰ La falta de charlas educativas orientadas a la embarazada, que debería incluir la captación adecuada de estas, se refleja en la falta de conocimiento sobre qué tan importante es acudir a sus controles prenatales y la presencia de falta de motivación, siendo un grave error dentro del sistema sanitario que está reportado en diversos estudios.⁶⁰

FACTORES MATERNOS

Infección del tracto urinario: Pacientes gestantes que presentan ITU se encuentran entre el 3% al 5% con parto pretermino.⁶¹

Si bien no es una infección del tracto genital femenino, esta infección se asocia y es un riesgo para el parto pretérmino, y en algunos estudios se halló que su presencia aumenta hasta en 3 veces la posibilidad de prematuridad.⁶²

Embarazo gemelar: El parto prematuro se relaciona habitualmente con el embarazo múltiple, esto debido a que el útero sufre una gran distensión mientras se desarrollan los productos, incluso pudiendo llegar a producir una ruptura de la bolsa de amnios o comenzar el periodo de contracción de forma prematura. Tiene un riesgo 12 veces mayor de parto pretérmino que los únicos.⁶³

Solo se reporta que se presenta en una incidencia de 2 a 3% de los niños, y esto representa un riesgo mayor de prematuridad, reportándose

que entre el 15 al 20% de los partos prematuros. Aproximadamente el 40% de los gemelos, presentara RPM o trabajo de parto espontaneo previo a las 37 semanas de gestación.⁶⁴

Ruptura prematura de membranas: En el trabajo de parto, la debilidad generalizada de las membranas se debe a las contracciones del útero y al estiramiento frecuente.⁶⁴ Además, se ha hallado que la disminución de la fuerza de tensión de las membranas posteriores al parto es mayor, en comparación con aquellas que culminan en cesárea. Asimismo, en casos de RPM, ha sido difícil poder conocer o comparar la debilidad de las membranas fetales con respecto a las que se rompen de manera artificial, pero se ha logrado identificar un lugar cercano al lugar de la ruptura de la membrana y que se debe al trabajo de parto, así como para *Malak y col.*, donde reporta que es justamente esta zona donde se dé inicio al proceso de ruptura de membranas.⁶⁵

Antecedente de parto prematuro: Las gestantes que presentan un antecedente de parto pretérmino previo se asocian a su vez con un riesgo de parto pretérmino 3 veces por encima de lo presentado por otras gestantes sin estos antecedentes.⁶⁶

La presencia como antecedente de un parto pretérmino es un factor de riesgo importante, y que este predispone a que el siguiente embarazo sea prematuro, y con bastante frecuencia suele darse en la misma edad de gestación, al igual que el embarazo previo.⁶⁷

Diversos estudios reportan que el antecedente de parto prematuro representa un riesgo que se da entre el 14 a 22%, mientras que aquellos que presentan dos antecedentes, aumenta a un 28 -42%; y en caso de presentar 3 partos previos con las mismas características, la probabilidad aumenta a un 67%; sin embargo, si se presenta un parto a una edad gestacional superior a las 37 semanas, se presenta una disminución en la posibilidad de culminar en parto prematuro.⁶⁸

En el estudio realizado por Mercer y *col.* Se halló que las féminas con el antecedente de parto pretérmino presentaron un riesgo de 2.5 de culminar su próximo embarazo en pretérmino, además, se halló relación inversa con respecto a la edad gestación del parto pretérmino anterior. El mecanismo para la recurrencia no siempre es claro, pero las féminas con partos espontáneos prematuros presentan una mayor probabilidad de sufrir partos prematuros espontáneos subsecuentes.⁶⁹

FACTORES GESTACIONALES

Falta de control prenatal: La falta de control prenatal o un control prenatal deficiente dificulta la evaluación correcta de la madre y el producto por ende no se puede prevenir de forma adecuada el posible riesgo de parto pretérmino.⁷⁰ Los controles prenatales es uno de las bases de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y para El Ministerio de Salud la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre". En los últimos años ha existido polémica para definir cuál es el número óptimo de controles prenatales que debe tener una gestante y la frecuencia en las que debe asistir. En el 2007, la OMS concluyó que aquellos embarazos considerados de bajo riesgo serán aquellas que tienen por lo menos 4 controles prenatales, pero para el MINSA⁷¹, un embarazo controlado es aquel que cuenta con un número de controles prenatales igual o más de seis; los cuales se deben de dar de la siguiente manera: antes de la semana 22, dos controles; entre 22 y 24, un control prenatal; entre la semana 27 y 29, un cuarto control; el quinto control entre la semana 33 y 35; mientras el ultimo se debe de realizar entre la semana 37 y la última semana de gestación.⁷¹

Aumento de peso: Se ha reportado que la obesidad es un riesgo y aumenta la probabilidad de parto pretérmino; así como un estudio realizado en Suecia en el que se halló que tanto la obesidad como el

sobrepeso en las mujeres que estaban gestando, aumenta drásticamente el riesgo de partos pretérmino y más aun de menor peso.⁷²

FACTORES FETALES

Macrosomía fetal: Debido al peso del producto se considera un feto macrosómico como un factor de riesgo en la aparición del parto pretérmino.⁷³ Para el diagnóstico se tiene que considerar que se trate y se controle de forma rigurosa a la gestante cuando se encuentra entre la semana 20 y la semana 37 de la gestación y que presente una dinámica uterina sensible con una recurrencia mayor a 3 en media hora o de 6 contracciones en 1 hora 20 minutos agregando la presencia de modificaciones cervicales (cuello borrado mayor al 50% y una dilatación mayor a 1 cm).⁷⁴

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Parto prematuro: Parto que se presenta entre las 22 y 37 semanas de embarazo.⁷⁵

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el parto, se forma 3 grupos menores de 20 años, de 20 a 34 años y las mayores de 34 años.⁷⁵

Procedencia: Lugar donde vive la gestante.⁷⁵

Antecedente de hijo prematuro: Antecedente de tener un hijo con menos de 37 semanas de gestación.⁷⁵

Paridad: Proceso por el cual la gestante ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500 g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional.⁷⁵

Controles prenatales: Número de visitas de una gestante a una institución de salud para su control gestacional.⁷⁵

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

Hi: Si existen riesgos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

Ho: No existen riesgos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

2.4.2 Hipótesis Específicas

Hi: Si existe riesgos en la edad materna que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

Ho: No existe riesgos en la edad materna que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

Hi: Si existen riesgos en la infección urinaria que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

Ho: No existen riesgos en la infección urinaria que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

Hi: Si existen riesgos en los controles prenatales insuficientes que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-

obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

Ho: No existen riesgos controles prenatales insuficientes que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

Hi: Si existen riesgos en el antecedente de embarazo pretérmino que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

Ho: No existen riesgos en el antecedente de embarazo pretérmino que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero - diciembre del 2018.

2.5 VARIABLES

Variable Dependiente: Parto Pretérmino

- Tipo: cualitativa
- Escala: nominal
- Indicadores: si – no

Variable Independiente: Factores de Riesgo

Edad

- Tipo: cuantitativa
- Escala: nominal
- Indicadores: Igual a 19 y menor o igual a 35

Infección del Tracto Urinario

-Tipo: cualitativa

- Escala: nominal

-Indicadores: si – no

Control prenatal insuficiente

-Tipo: cuantitativa

- Escala: nominal

-Indicadores: mayor de 6 controles

Menor de 6 controles

Antecedente de Parto Pretérmino

-Tipo: cualitativa

- Escala: nominal

-Indicadores: si- no

2.6. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

Edad: Expresada en años cumplidos por la paciente.⁷⁶

Infección del tracto urinario: Diagnóstico de infección del tracto urinario a través de urocultivo positivo. Definida como la presencia de microorganismos de patógenos en el tracto urinario sintomático o asintomático. Su cuantificación es 10 a la quinta UFC (unidades formadoras de colonias) considerándose como diagnóstico si así se encuentra registrado en la historia clínica.⁷⁶

Controles prenatales insuficientes: Definido como la ausencia de un mínimo de 6 visitas.⁷⁶

Antecedente de parto pretérmino: Cuando la gestante ha presentado un parto pretérmino antes de la gestación actual registrada en la historia clínica.⁷⁶

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION

Analítico: Estableció una asociación entre factores.

Transversal: Las variables fueron medidas en una sola oportunidad.

Retrospectivo: Se tomaron datos que ocurrieron en el pasado.

Casos y Controles: Se relacionó a un grupo expuesto y no expuesto a la enfermedad.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACION

Nivel Explicativo: Este tema ya se ha estudiado por otros investigadores y de contar con una hipótesis de estudio además de buscar cómo se relacionan los factores de riesgo en la producción del parto pretérmino.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

Población

Todas las gestantes atendidas en consultorio externo en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. (N: 2300).

Muestra

Gestante que presente parto pretérmino que ha sido atendida en consultorio externo en el en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Tamaño de la muestra

Usando la fórmula de casos y control se determina:

$$N = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

p_1 : Frecuencia de exposición entre los casos 0.30 (ref.)

p_2 : Frecuencia de exposición entre los controles 0.20 (ref.)

OR: Odds ratio a detectar 18.0 (ref.)

$$p: \text{distribución normal estandar} \dots p = \frac{p_1 + p_2}{2} = \frac{0.30 + 0.20}{18.0} \\ = 0,028$$

$Z_{1-\alpha/2} = 0.95$ (nivel de seguridad del 95%).

$Z_{1-\beta} = 0.80$ (poder estadístico del 80%)

Reemplazamos:

$$N = \frac{[0.95 \sqrt{2(0,028)(1-0.30)} + 0.80 \sqrt{0.30(1-0.30) + 0.20(1-0.20)}]^2}{(0.30-0.20)^2}$$

N= 300 casos

La relación que usamos es de 1 a 2 por lo tanto son 600 controles.

Criterios de inclusión para los casos

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con edad de 19 hasta los 35 años.

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz que presente como antecedente parto pretérmino.

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz que se registre controles prenatales insuficientes menor a 6.

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz que se registre si tuvo infección del tracto urinario.

Criterio de inclusión para los controles:

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con edad de 19 hasta los 35 años.

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz que presente como antecedente parto a término.

Criterios de exclusión para ambos:

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con historia de óbitos fetales.

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con historia de embarazo gemelar.

-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con historia con edad menor de 19 y mayor a 35.

3.3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica fue el análisis documental de datos. El instrumento que se utilizó para tal fin es una ficha de recolección de datos, la cual fue elaborada por el investigador con los ítems: edad materna, si presenta infección urinaria, número de controles prenatales, antecedente de parto pretérmino, en base a las variables del estudio, teniendo en cuenta las diversas investigaciones y material revisado sobre el tema. Esta ficha tiene como objetivo identificar los factores de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo enero - diciembre 2018.

La validación del instrumento se realizó con el juicio de expertos, entrevistando a 2 profesionales considerados expertos en el tema motivo de la investigación y a 1 profesional estadista, a cada uno de los cuales se les presentó un resumen del proyecto, el instrumento propuesto por el investigador y una guía para la validez, para emitir su juicio de manera individual.

3.4 TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Previamente se expide el permiso al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz mediante una solicitud para el estudio de la tesis. Se revisaron historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz que hayan tenido parto pretérmino y se procederá a

relacionar con pacientes que se hayan atendido en el Hospital que no presentan parto pretérmino (controles). El proceso comenzó con los casos a los cuales se registró las variables de control edad, controles prenatales insuficientes, infección del tracto urinario, antecedente de parto pretérmino.

3.5 DISEÑO Y ESQUEMA DE ANALISIS ESTADISTICO

El análisis de datos será realizado con el programa estadístico de SPSS VERSION 25.0. y se mostrarán en presentaciones mediante tablas desarrolladas por este sistema.

La estadística analítica se realizó con la prueba de distribución de probabilidad continua Chi cuadrado, se consideró asociación estadística a un valor de $p < 0.05$ con un intervalo de confianza del 95%.

3.6 ASPECTOS ETICOS

La tesis se desarrolló conforme a los principios de la bioética médica: respeto a la autonomía de los seres humanos, beneficencia, justicia, no maleficencia; los datos obtenidos fueron totalmente reales y confidenciales.

Los derechos humanos de las gestantes que conformaron la muestra de la población fueron respetados y se aplicó la ficha de recolección de datos y así fue revisado.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

TABLA 1

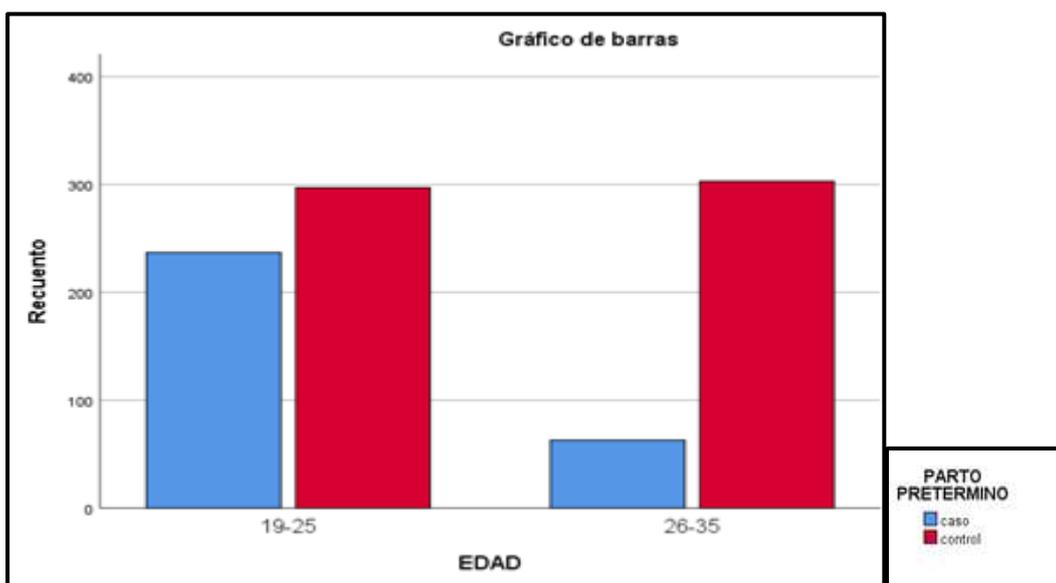
**RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE
2018**

VARIABLES		PARTO PRETERMINO	PARTO A TERMINO	Total	CHI ²	OR	IC 95%	
		Casos 300	Controles 600	900			Inferior	superior
EDAD	19-25	26,3% 237	33,0% 297	33,7% 534	0,000	3,8	2,7	5,2
	26-35	7,0% 63	33,7% 303	40,7% 366				
INFECCION URINARIA	SI	22,7% 204	21,6% 194	44,2% 398	0,000	4,4	3,3	5,9
	NO	10,7% 96	45,1% 406	55,8% 502				
CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE	1-5 CONTROLES	17,6% 158	30,2% 172	47,8% 430	0,038	1,3	1,0	1,7
	6 a MAS CONTROLES	15,8% 142	36,4% 328	52,2% 470				
ANTECEDENTE PRETERMINO	SI	17,7 % 159	30,9% 278	48,6% 437	0,059	1,3	0,9	1,7
	NO	15,7% 141	35,8% 322	51,4% 463				

Fuente: Ficha de recolección de datos de historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

INTERPRETACION: De la Tabla 1 sobre la edad se observa del total de casos el 26,3% (237) tienen edad de 19-25 años, mientras del total de controles es 33,7 % (303) tienen edad de 26-35 años, teniendo un OR de 3,8; sobre el factor de riesgo ITU del total de casos el 22,7% (204) presentaron ITU, mientras del total de controles es 41,5% no presentan ITU, teniendo un OR de 4,4; sobre el factor de riesgo control prenatal insuficiente presentan del total de casos el 17,6% (158) presentaron de 1-5 controles, mientras del total de controles es 36,4% (328) presentaron 6 a más controles, teniendo un OR de 1,3 ; sobre el factor riesgo de antecedente de parto pretérmino presentan del total de casos el 17,7% (159) presentan antecedente previo, del total de controles es el 35,8% (322) no presentan antecedente previo, teniendo un OR de 1,3.

Gráfico 1: EDAD COMO RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018



FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: Del Gráfico 1 se aprecia que del total de gestantes con parto pretérmino del grupo caso es el 26,3 % (237) que tienen la edad de 19

a 25 años, asimismo el 33,7% (303) del grupo control tienen la edad de 26 a 35 años. El valor de $p = 0,000$ siendo menor a 0,05 es altamente significativo.

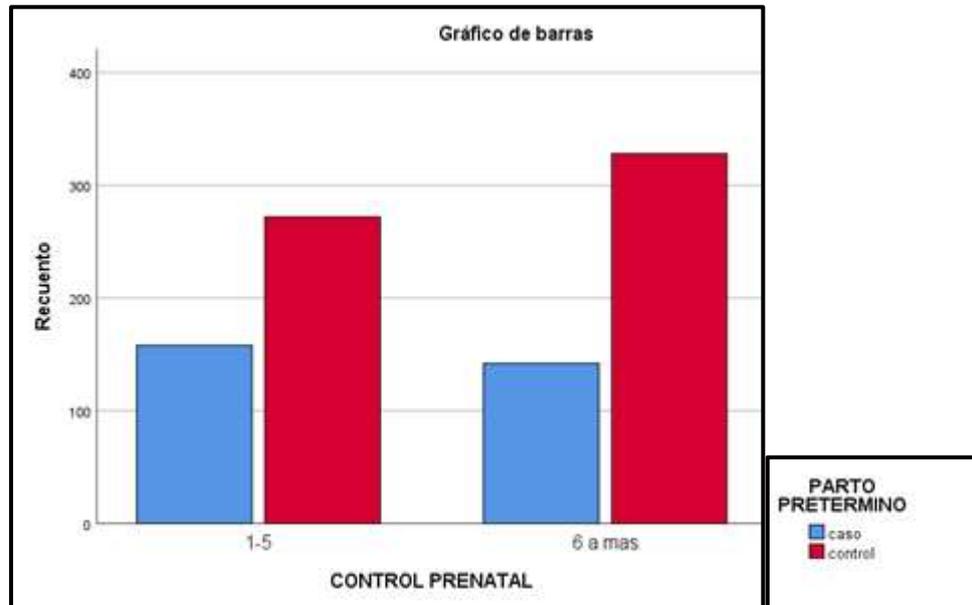
Gráfico 2: INFECCION URINARIA COMO RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018.



FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: Del Gráfico 2 se aprecia que del total de gestantes con parto pretérmino el 22,7 % (204) del grupo casos tienen infección urinaria, asimismo el 45,1 % (406) del grupo control no tienen infección urinaria. El valor de $p = 0,000$ siendo menor a 0,05 es altamente significativo.

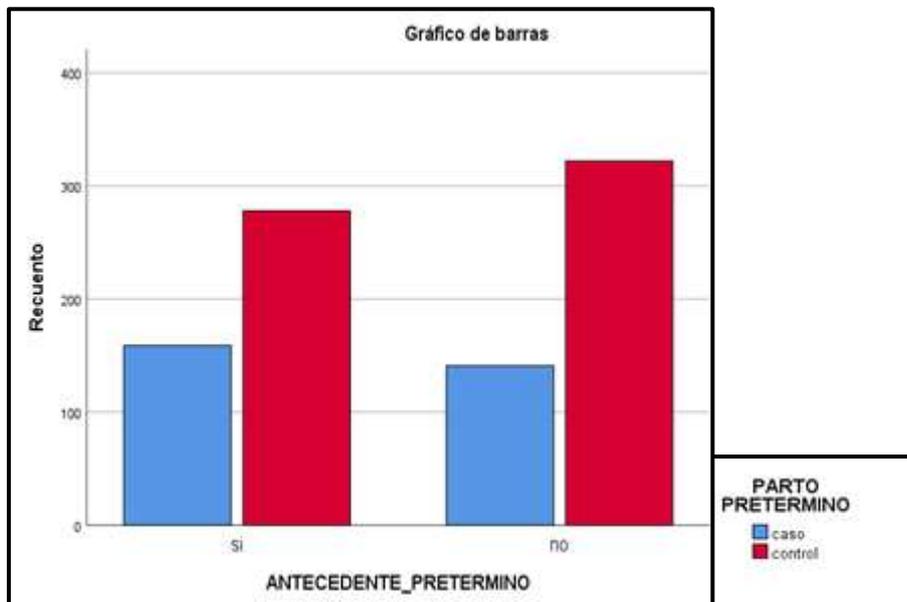
Gráfico 3: CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE COMO RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018



FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: Del Gráfico 3 se aprecia que del total de gestantes con parto pretérmino el 17,6 % (158) de casos tienen control prenatal de 1 a 5 veces, además el 36,4% (328) del grupo control tienen control prenatal de 6 a más. El valor de $p = 0,038$ siendo menor a 0,05 es altamente significativo.

Gráfico N° 4: ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO COMO RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2018



FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACION: Del Gráfico 4 se aprecia que del total de gestantes con parto pretérmino el 17,7 % (159) de casos tienen como antecedente de parto pretérmino, además el 35,8 % (322) del grupo control no tienen como antecedente de parto pretérmino. El valor de $p = 0,059$ siendo igual a 0,05 es no significativo.

4.2 DISCUSION

En el estudio se encontró como factor de riesgo significativo al parto pretérmino con edades maternas de 19 a 25 años representando un 26,3% (237), asimismo el 33,7% (303) del grupo control tienen la edad de 26 a 35 años. El valor de $p = 0,000$ siendo menor a 0,05 es altamente significativo. Existe relación entre la variable edad de 19 a 25 años con el parto pretérmino.

Según el estudio de "*Beatriz Escobar-Padilla y col*"⁷⁰. que reportaron que la frecuencia de partos pretérmino se presentó en la edad de 20 a 29 años, es decir, 171 de 344 casos (49.70%). En este mismo grupo etario las madres con parto a término tuvieron una frecuencia del 67% (236 de 344) donde halló relación directamente proporcional con la edad, es decir, conforme se incrementa esta aumenta también la tendencia porcentual de parto pretérmino.

Según el estudio "*E. Cortés Castell y col*"⁷⁷ se basaron en la revisión de los registros del recién nacido de la Revisión Neonatal centro de la provincia de Alicante de la general Hospital de la Universidad de Alicante.

Se incluyeron todos los prematuros, es decir entre 22 y 36 semanas completas de embarazo, y los partos con 37 semanas o más de embarazo (grupo control).

La variable independiente y explicativa en este estudio es la edad de las mujeres, la cual se estratificó en tres grandes grupos: adolescente con edad de la madre ≤ 19 años, edad normal de 20 a 35 años y madre con edad > 35 años.

Los resultados de esta investigación concuerdan con los reportados por otros autores que han explorado el impacto del embarazo adolescente en el parto prematuro. Al comparar estas cifras con datos provenientes de mujeres adultas, parece que las adolescentes tienen más probabilidades de tener un parto prematuro y de la misma forma se incrementa la incidencia de complicaciones médicas que involucran a la madre y su hijo.

Según el estudio "*Margarita E. Ahumada-Barrios y col.*"⁷⁸ reportaron durante el periodo estudiado, se registraron en total 5,710 partos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, donde la prevalencia de parto pretérmino en la población fue de 7,4%. De la muestra conformada por 600 gestantes, se observó que la edad promedio de las gestantes fue de 26,2 años.

Las principales limitaciones con respecto a la muestra es el probable sesgo de selección, puesto que se excluyeron 124 historias en el grupo de los casos (34 historias clínicas por datos incompletos y 90 historias clínicas que no se encontraron en el Departamento de Archivo del hospital) y en el grupo de los controles se excluyeron 40 historias clínicas (12 historias clínicas por datos incompletos y 28 historias clínicas que no se encontraron en el Departamento de Archivo del hospital).

Como fortalezas tener como tipo de diseño retrospectivo no pareado de casos y controles, con adecuado análisis estadístico, además existe una muestra representativa de la población de estudio, puesto que se utilizó en el grupo de los casos un muestreo de tipo censo y en el grupo de los controles se realizó un muestreo aleatorio simple. Por otro lado, es de suma relevancia dicho trabajo, porque existen pocos estudios en América Latina referentes al tema de parto prematuro.

Con relación a la variable de infección urinaria se encontró como factor significativo con 22,7 % (204) de grupo de casos que tienen parto pretérmino, y no tienen infección urinaria con un 45,1% (406) del grupo control que tienen parto a término. El valor de $p = 0,000$ siendo menor a 0,05 es altamente significativo, existe relación entre la variable infección urinaria con parto pretérmino.

Comparando con el estudio de "Saldaña G."¹⁹ quien reporta que la frecuencia de casos de parto pretérmino durante el periodo de tiempo planificado fue de 194 casos de 4568 gestantes lo cual se proyecta estadísticamente en un 9,3% de incidencia de parto pretérmino, por otro lado la infección del tracto urinario fue el factor más frecuente encontrado en las gestantes que presentaron un parto prematuro con un 64% del total de gestantes con partos prematuros mientras que en las gestantes del grupo control fue de un 44%, por lo tanto se concluye que la infección del tracto urinario fue el factor de riesgo más frecuente.

Otro estudio “*R. Lucio y col*”⁷⁹ reportó en un estudio descriptivo y comparativo de ambos grupos con resultados: el 50% de las gestantes del grupo estudio presentaban ITU frente al 18,9% del grupo control ($p = 0,002$). El 83,3% de los recién nacidos del grupo estudio presentaron complicaciones perinatales frente al 5,4% en el grupo control ($p = 0,000$). El 50% (30) de las pacientes del grupo estudio presentó en algún momento del embarazo una ITU mientras que en el grupo control sólo ocurrió en un 18,9% (7) ($p = 0,002$). De las ITU del grupo estudio, un 60% (18) ocurrieron antes de la 29 semana y el 40% (12) después de la 29 semana completa de gestación.

Por otra parte, “*Schieve y col*”⁸⁰ sugieren una relación entre las ITU en el embarazo y la morbilidad perinatal, ya que encontraron una asociación entre estas infecciones y la muerte perinatal, sobre todo en madres jóvenes, debido quizás al bajo nivel socioeconómico que suele ser más frecuente entre las gestantes de estas edades.

Es importante la identificación durante el embarazo de factores de alto riesgo, incluidas las ITU concomitantes, para la prevención del parto pretérmino y su correcto diagnóstico. Pero hay que tener en cuenta que todavía los protocolos de detección de estas infecciones en la consulta prenatal no están homologados y, de hecho, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia solamente recomienda un cultivo de orina en el primer trimestre del embarazo.

Con relación a la variable del control prenatal insuficiente de 1 a 5 veces se encontró como factor significativo con 17,6 % (157) de grupo de casos que tienen parto pretérmino, con relación a control prenatal de 6 a más es además el 36,4% del grupo control. El valor de $P = 0,0038$ siendo menor a 0,05 es altamente significativo, existe relación entre la variable control prenatal con parto pretérmino.

Comparando con el estudio de “*Rodríguez Díaz y col*”²⁰ reportaron al inadecuado control prenatal con un p significativo y OR de 4.8889, lo que

confirma nuestros hallazgos. Respecto a este factor, también se documentó una frecuencia de 23%, cifra inferior al 61.5% establecido en nuestro trabajo, aunque finalmente mostró asociación estadísticamente significativa.

Según el estudio de “*Salvador y col*”⁸¹, confirmó como factor de riesgo a los controles prenatales inadecuados, con OR de 3.3 e IC al 95% de 1.9-5.7.

Según el estudio de “*Romero y col*”⁸² debido a que en sus resultados estableció como factor de riesgo el número de controles prenatales menores de seis con un OR 3.75 y un IC 95% de 2.10 – 6.67 (25).

Según el estudio de “*R. Molina y col*”⁸³, en el año 2011, dieron en el análisis bivariado que se asociaron con parto pretérmino espontáneo el control prenatal deficiente con un OR de 2,03 e IC al 95% de 1.54 – 2.69 (19), lo que confirma nuestro resultado.

Según el estudio de “*Munares y Córdoba y col*”⁸⁴ quienes encontraron que realizarse menos de 4 controles prenatales o realizarlos en forma esporádica y que la mayor concurrencia se de en el primer trimestre se constituye en un factor de riesgo obstétrico por falta de asistencia al control prenatal y eleva las probabilidades de consecuencias en el binomio madre e hijo. Pues esta evidenciado que la atención prenatal es efectiva en la medida en que se realice tempranamente y guarde cierta periodicidad.

Según el estudio de “*Sánchez y col*”⁸⁵, quienes también indicaron que la ausencia de control prenatal se relaciona con la prematuridad, ya que no se pueden diagnosticar las complicaciones del embarazo y darles tratamiento oportuno.

Según el estudio de “*Osorno y col*”⁸⁶ se refiere que cuando hay menos de 6 consultas prenatales es mayor la prevalencia del parto pretérmino (OR: 1,7; IC95%: 1,6-2,0) y en mujeres con ausencia de controles el riesgo es de 2,3 veces más (OR: 2,3; IC95%: 2,0- 2,8).

Según el estudio de "Ouattara y col"⁸⁷ refiere que las escasas visitas de atención prenatal están asociadas a parto prematuro (OR: 4,9; IC95%: 3,0-8,0).

Con relación a la variable del antecedente de parto pretérmino se encontró como factor no significativo 17,7 % (159) de casos tienen como antecedente de parto pretérmino, además el 35,8 % (322) del grupo control no tienen como antecedente de parto pretérmino. El valor de $p = 0,059$ siendo igual a 0,05 es no significativo, no existe evidencias suficientes entre la variable antecedente de parto pretérmino con parto pretérmino.

Según el estudio de "EM. Losa y col"¹⁴ compararon a 315 gestantes con partos pretérmino espontáneos o por rotura prematura de membranas y un grupo control de 315 gestantes con partos a término que se obtuvo un OR = 3,4; e intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,7- 6,7 a diferencia de mi estudio si se encontró estadísticamente significativo.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Los riesgos que guardan asociación directa con respecto al parto pretérmino entre las gestantes son entre los 19 y 25 años de edad, asimismo guarda asociación con la presencia de una infección del tracto urinario, y la insuficiente cantidad de controles prenatales.

La edad materna es un factor de riesgo que se asocia al parto prematuro, la edad entre los 19 y 25 años de edad, a su vez aumenta el riesgo de que el parto sea pretérmino hasta en 3.8 veces que aquellas que tienen una edad entre 26 a 35 años.

La infección de la vía urinaria se encuentra asociado al parto pretérmino, además se sabe que la presencia de esta patología aumenta la probabilidad de parto pretérmino hasta en 4.4 veces más que en aquellas que no la presentaron.

La falta de controles prenatales, para que sean adecuados se deben de cumplir por lo menos 6 controles, se presenta cada vez con más frecuencia, además de asociarse al desarrollo de parto pretérmino, sin embargo, solo aumenta el riesgo en 1.8.

La presencia de un antecedente de embarazo prematuro no se asocia con el desarrollo de un embarazo actual prematuro

5.2 RECOMENDACIONES

Es recomendable la realización de nuevos protocolos de atención a las gestantes que incluyan los diversos factores que se asocian al bajo peso al nacer, entre los cuales son de vital importancia, y tomando en cuenta a las mujeres menores de 25 años, insuficiente número de controles prenatales y la presencia de infección urinaria.

Es importante tener en cuenta que la realización de charlas educativas e informativas deben de acentuarse y ser realizados por un promotor

capacitado que genere más conciencia en las mujeres que tienen una edad entre los 19 y 25 años de edad, que es el grupo más afectado.

La valoración de la infección del tracto urinario debe ser realizado de manera constante por medio de un examen simple de orina, y de hallarse positividad realizar la administración y cura de la patología de manera inmediata sin afectar al bebé.

Se recomienda la realización de trabajos de campo que incluyan a todas las gestantes y revisar si están al día en sus controles prenatales, y en caso no sea así, se puede proceder a captarlas para que complementen el número mínimo y adecuado para tener controlado al nuevo ser.

No es necesario indagar en demasía sobre los antecedentes familiares sobre de embarazo pretérmino, debido a que no representa una repercusión directa, sin embargo, es válido dejar recopilado esta información que pueda permitir estudios con una mayor profundidad de estos temas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Tascón L, Benítez D, Tascón L, Guatibonza M, Ospina C, Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. Santiago. ago. 2016. vol.8.no.4
- 2.- Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global regional and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016; 388(10063):3027-35.
- 3.- Nacimientos prematuros de la Organización Mundial de Salud. [Sede web]. (Fecha de acceso: 25 de diciembre del 2020) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.
- 4.- Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos de la Organización Mundial de Salud. [Sede web]. (Fecha de acceso: 25 de diciembre del 2020) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.
- 5.- Boletín Epidemiológico del Perú. Vol. 28 - Se 46. Minsa. ISSN 2415-076 2 (versión electrónica). (Fecha de acceso: 25 de diciembre el 2020) Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
- 6.- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn J. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012. 9; 379(9832):2162-72.

- 7.- Sánchez E. Boletín estadístico de nacimientos Perú 2015; Minsa–2016. pág. 9 -10.
- 8.- Evaluación Anual del Plan Operativo Institucional 2012 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Evaluación de los objetivos específicos del I semestre. pág. 25
- 9.- Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per. 2011 ;28(4):237-41.
- 10.- Escobar B, Gordillo D, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2017;55(4):424-428.
- 11.- Cornejo A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital vitarte durante el año 2016. [Tesis de grado]. Lima: Servicio de publicaciones, Universidad Ricardo Palma; 2018.
- 12.- Retureta S, Rojas L, Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur Cienfuegos jul.-ago. 2015.vol.13 no.4
- 13.- Cruz R, Fonseca A, Viteri C, Zerna G. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino -área de Parto del Hospital “Enrique C. Sotomayor”. Gquil. Ec. periodo 2015–2016.
- 14.- Losa E, González E, González E. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Esp. feb 2006. pág. 57-65.

15.- Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. Med. Chile 2012; 140: 19-29.

16.- Sánchez J. Características maternas presentes en pacientes con parto pretérmino atendido en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017. [Tesis de grado]. Lima: Servicio de publicaciones, Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.

17.- Orbegoso Z. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de Parto Pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre julio y setiembre del 2015. [Tesis de grado]. Lima: Servicio de publicaciones, Universidad Ricardo Palma; 2016.

18.- Huamán S, Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Art. orig. Rev. Fac. Med. Hum. 2017;17(1):32-42.

19.- Saldaña G. Infección del tracto urinario asociado al parto pretérmino en el Hospital Belén de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. 2014. Servicio de publicaciones. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/382>

20.- Rodríguez R, Morales V, Escudero B, Arévalo J, Cabrera A. Factores de riesgo materno asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano. 2011-2013. Servicio de publicaciones. Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/387590860/DialnetFactoresDeRiesgoMaternosAsociadosAPartoPretermino-6181446-pdf>.

21.- Bernales B, Oyarzún E. Práctica clínica medwave 2012.Sep; 12(8): e5477. Disponible en: doi:10.5867/medwave.2012.08.5477.

22.- Río R, Thió M, Bosio M, Figueras J, Iriando M . Predicción de mortalidad en recién nacidos prematuros. Revisión sistemática actualizada.Vol.93. Num.1 pág.24-33.

23.- Epidemiología del parto pretérmino. Fecha de acceso: (sábado 31 de agosto del 2019). Disponible en:
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=33218>.

24.- Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011- 2012. [Sede web]. Fecha de acceso: (sábado 31 de agosto del 2019) Disponible en:
http://www.gge.gob.pe/portal/docs/mortalidad_neonatal11_12.pdf.

25.- Dodd J, Flenady V, Cincotta R, Crowther C. Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto prematuro (Revisión Cochrane traducida) Oxford, Update Software Ltd. núm. 4, 2007.

26.- Ochoa A, Dettoma J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra Pamplona 2009.vol.32 supl.1.

27.- Cobo T, Ferrero S, Palacios M. Amenaza de parto pretérmino. Protocolos de medicina fetal y perinatal 2016; págs.1-11.

28.- Orbegoso Z. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes

que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue entre julio y setiembre del 2015. [Tesis de grado]. Lima. 2016.

29.- Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. pe. ginecol. obstet. Lima jul.set. 2018. vol. 64 no.3.

30.- Quintana N y col. Recién nacidos con bajo peso, causas, problemas y perspectivas a futuro. Bol. Med. Hosp. Infant. Méx 2004; vol. 61(1):73-86.

31.- Infante L y col. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev. chil. obstet. ginecol.2015; 80(6): 493 – 502.

32.- Faneite P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Rev. obstet. ginecol. venez. Caracas dic. 2012. vol.72 no.4

33.- Zamudio R, Terrones C, Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. México jul.ago. 2013.vol.70. no.4

35.- Boletín epidemiológico de Guatemala. Guía para el manejo integral del recién nacido grave. [Sede Web]. (Fecha de acceso: 25 de diciembre el 2020) Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&viewdownload&alias=773-guia-para-el-manejo-integral-del-recien-nacido-grave&category_slug=boletines-en-web&Itemid=518.

36.- Oficina de Comunicaciones. Instituto Nacional Materno Perinatal. [Sede Web]. (fecha de acceso: sábado 31 de agosto del 2019). Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/el-95-de-nacimientos-en-el-inmp-corresponde-a-prematuros>.

37.- Villanueva L. Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. Ginecología Obstetricia de México. 2010 diciembre; 76(9).

38.- Más de 100 mil bebés prematuros nacen al año, según Minsa. [Sede Web]. (fecha de acceso: sábado 31 de agosto del 2019). Disponible en: <https://peru21.pe/lima/peru-100-mil-bebes-prematuros-nacen-ano-minsa-nndc-440604-noticia/>.

39.- La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [Sede Web] Fecha de acceso: (25 de diciembre el 2020) Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.

40.- Quintana N, Zárraga J, Reyes R, Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Bol. Méd. Hosp. Infant Méx.2004; vol. 61(1):73-86.

41.- Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Ministerio de salud. OPS. [Sede Web] Fecha de acceso: (26 de diciembre el 2020). Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=manual-de-recomendaciones-en-el-embarazo-y-parto-prematuro-web&Itemid=307.

42.- Méndez D. Los tocolíticos en el parto pretérmino: un dilema actual. Medisan. Santiago de Cuba. set. 2013vol.17. no.9

43.- Peralta O. Aspectos clínicos del puerperio de Salud Reproductiva en el Período Post-parto: Manual para el entrenamiento del personal de los Servicios de salud". Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [Sede Web] Fecha de acceso: (26 de diciembre el 2020). Disponible en:https://www.academia.edu/7770537/ASPECTOS_CL%C3%8DNICOS_DEL_PUERPERIO

- 44.-Barrera D, Ávila E, Díaz L. Papel inmunológico de la progesterona en el mantenimiento del embarazo. Rev. invest. clín México mar./abr. 2007. vol.59 no.2.
- 45.- Conti F. Endocrinología del Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia. Hospital Universitario San Ignacio. Enero-Febrero 1978 vol. 29. núm.1
- 46.- Vega J. Endocrinología del parto. Ginecología y Obstetricia. Set. 1993. vol. 39 N°16.
- 47.- Boubeta R, González C. Maduración cervical: aceleración de un proceso natural. Matronas. Prof. 2007; 8 (1):24- 29.
- 48.- Tesis 2. [Sede Web]. Fecha de acceso: (26 de diciembre el 2020). Disponible en: www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/02pdf?sequence=2.
- 49.- Zaga A. Correlación entre antecedentes de aborto y parto pretérmino Hospital III Essalud Puno 2013 – 2017. [Tesis de grado]. Universidad Nacional Del Altiplano de Puno.
- 50.- Palencia A. Parto Prematuro. Cap.1-10. vol. 9 núm. 4.
- 51.- García A, Rosales S, Jiménez G. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. Colegio Mexicano de especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2010: p.129 – 149.
- 52.- Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G, y col. Parto prematuro. Williams Obstetricia 23a. Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2010. p. 804-831.

- 53.- Oxitocina: Estimulantes de la contractilidad uterina. [Sitio web]. Access Medicina. (Fecha de acceso: 25 de diciembre el 2020) Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx>
- 54.- Protocolo de Atención del Parto de Bajo Riesgo. Ministerio de Salud. (Fecha de acceso: 25 de diciembre el 2020) Disponible en: www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=165-iii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto.
- 55.- Castell C, Baeza R, Cordova A. y col. La edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; Área mediterránea. Nutr. Hosp.1536 – 1538.2013; 28(5)
- 56.- Barragán S. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal. (Fecha de acceso: 25 de diciembre el 2020) Disponible en: www.revperinatologia.com/images/1sind_resp_inflm_Dr_Sergio_Muro.
- 57.- Ruiz A, Padrón L, Fernández V, Gámez V, Ortueta T. Biosíntesis de los productos del ácido araquidónico y su repercusión sobre la inflamación. Rev. Cubana. Estomatol. Ciudad de La Habana Mayo-ago. 1998. v.35 n.2
- 58.- Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev. Med. Chile. 2014; 142: 168-174.
- 59.- Cortés E, Rizo M, Aguilar M, Rizo, J, Gil V. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. Scielo, nutrición hospitalaria; 2013; (Fecha de acceso: 13 de septiembre del 2019). Disponible en : .28(5),1/6.<http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
- 60.- BebeyMas.com [Sede Web]. Lima 2016 (Fecha de acceso: 01 de septiembre del 2019). Disponible en:

<https://www.bebesymas.com/noticias/asocian-nivel-educativomaterno-con-riesgo-de-parto-prematuro>.

61.- Cornejo A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco - Obstetricia del hospital vitarte durante el año 2016. [Tesis de grado]. Lima: Servicio de publicaciones, Universidad Ricardo Palma; 2018.

62.- Rodríguez S, Ramos R, Hernández R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. ginecol. obstet. mex. 2013;81(9):499-503.

63. - Fuchs F, Senat M. Multiple gestations and preterm birth. Semin. Fetal. Neonatal. Med. 2015; 21(2): p. 113-120.

64.- 34.- Suarez R, y col. Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017.

65.- Stanfordchildrens.org. Ruptura prematura de membranas/Ruptura prematura de membranas pretérmino. [Sede Web]. California: stanfordchildrens.org; 2018. (Fecha de acceso: 15 de septiembre del 2019) Disponible en: [//www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=rupturaprematurademembransrpmlarupturaprematurademembranasprenminorpmp-90-P05606](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=rupturaprematurademembransrpmlarupturaprematurademembranasprenminorpmp-90-P05606).

66.- Asprea I. Parto Pretérmino. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. 2014; 13(1): 1 – 4

67.- Bhattacharya S, Raja E, Mirazo E, Campbell D, Lee A, Norman J. Inherited predisposition to spontaneous preterm delivery. obstet. gynecol. 2010; 115(6):1125-33.

- 68.- Jeff M, Owen J, Hankins, Iams J, Sheffield J, Perez A. Timing of mid-trimester cervical length shortening in high-risk women. *ultrasound. obstet. gynecol.* 2009; 33(1): 70–75.
- 69.- Mercer B, Goldenberg R, Moawad A, Meis P, Iams J, Das Ay col. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999;181(5):1216-1221.
- 70.- Munares O. Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima. [Tesis de grado]. (Fecha de acceso: 25 de diciembre el 2020) Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1771/Munares_go\(1\).pdf?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1771/Munares_go(1).pdf?sequence=1).
- 71.- Rodríguez A, Díaz J, Salas A. Factores de riesgo determinantes de ruptura prematura de membranas [tesis de grado] Universidad Sur Colombiana Facultad de Salud programa de medicina Neiva 2009.
- 72.- Cnattingius S, Villamor E, Johansson S, Edstedt K, Persson M, Wikström K, Granath F. Maternal obesity and risk of preterm delivery. *Jama.* 2013 12;309(22):2362-70.
- 73.- Mella V. Características de neonatos macrosómicos y de sus madres del Hospital Herminda Martin De Chillán. Santiago ago. 2006. *Rev. chil. nutr.* v.33 n.2
- 74.- Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev. chil. obstet. ginecol.* Santiago. 2002.v.67 n.6.

- 75.- García D. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 – 2017 [Tesis de grado]. Lima: Servicio de publicaciones, Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana.
- 76.- Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna durante el periodo diciembre 2010 –2012 [Tesis de grado] Tacna- Peru, Universidad Nacional Jorge Basadre , Grohman; 2013.
- 77.- Cortés E y col. La edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España. Zona mediterránea. Nutr. Hosp. vol.28 no.5 Madrid sep./oct. 2013.
- 78.- Ahumada M, Alvarado G. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto.2016. Epub. July 25, 2016.vol.24
- 79.- Lucio L, Escudero A, Rodríguez E, Caamaño M, Vaquerizo O, Herrera F. Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino. (agosto 2005) págs. 373-378.vol.48. núm.8.
- 80.- Schieve LA, Handler A, Hershow R, Persky V, Davis F. Urinary tract infection during pregnancy: its association with maternal morbidity and perinatal outcome. Am.J. Public Health, 84 (1994), pp. 405-10
- 81.- Salvador J, Díaz L y Huayanay L. Factores de riesgo del parto pretérmino: estudio caso-control. Rev. per. ginecol. obstet 2004 50; 232-242.

- 82.- Romero A, Cuba Y. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital materno infantil de Huancayo – Perú. Rev. cient Fac Med Hum UPLA; 4(1), 2013. (Fecha de acceso: 15 de diciembre del 2019) Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/415/1/CARPIO_FERNANDO_FACTORES_RIESGO_MATERNOS.pdf
- 83.- Molina JP, Panduro G, Quezada C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol. Obstet. Mex 2011; 79(10): 607 – 12.
- 84.- Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista Peruana de Epidemiología, 2011, 17: 1-8
- 85.- Sánchez R, Pérez P, Vázquez F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. med. inst. Mex. Seguro Soc.2005;43(5):377-80.
- 86.- Rodríguez S, Ramos R, Hernández R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(9):499-503.
- 87.- Ouattara A, Ouegraogo M, Ouedraogo A, Lankoande J. Factors associated with preterm birth in an urban African environment: A case-control study at the University Teaching Hospital of Ouagadougou and Saint Camille Medical Center. Med Sante Trop. 2015.

ANEXOS

ANEXO 1: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: ALCAZAR ALVAREZ LAURA GUADALUPE

ASESOR: DR. FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTE

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: RIESGOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DEL 2018

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Presencia de infección del tracto urinario	SI NO	Nominal	Ficha de recolección de datos

Edad Materna	Igual a 19 y menor o igual a 35	De razón	Ficha de recolección de datos
Control Prenatal Insuficiente	Menor de 6 controles prenatales	De razón	Ficha de recolección de datos
Antecedente de Parto Pretérmino	Que se registre en la historia clínica de la gestante	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE: Parto Pretérmino			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Presencia de Parto Pretérmino	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"
 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 DR. EN SALUD PUBLICA - DR. EN EDUCACION
 FIRMADO POR FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTA
 CIP: 33567-032191
 D.N.I Nº

Dr. Francisco Vallenas Pedemonte
 ASESOR

Elsi Bazán
 Firma del Experto
 D.N.I Nº 1209183
 COESP: 4444-

Lic. Elsi Bazán Rodríguez
 ESTADÍSTICO

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO: RIESGOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DEL 2018

AUTOR: ALCAZAR ALVAREZ, LAURA GUADALUPE

Datos generales:

Ficha N°:

Historia Clínica:

1.- Edad de la gestante:

19 a 25 años ()

26 a 35 años ()

2.- Presenta infección del tracto urinario: Si () No ()

3. Controles prenatales

1-5 controles () igual o Más de 6 controles prenatales ()

4. Antecedente de Parto pretérmino Si () No ()

INFORME DE OPINION DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y Nombres del experto:

1.2. Cargo e Institución donde labora: Asesor / Docente de la MPSIB

1.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento:

Autor(a) del instrumento: ALCAZAR ALVAREZ, LAURA GUADALUPE

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				/	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta.				/	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de riesgos asociados a parto pretermino				/	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				/	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				/	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los determinantes condicionantes.				/	
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos y científicos.				/	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				/	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo.				/	

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

..... (Comentario del Juez experto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACION

80%

Lugar y fecha: Lima, _____ de 2019

Dr. Wilfredo Heredia Guerra

 D.N. 37970

 Especialista

INFORME DE OPINION DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

I.1. Apellidos y Nombres del experto:

I.2. Cargo e institución donde labora: Asesor / Docente de la UPSB

I.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento:

Autor(a) del instrumento: ALCAZAR ALVAREZ, LAURA GUADALUPE

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.				/	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni sobre respuesta.				/	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de riesgo asociados a parto pretermo.				/	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				/	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				/	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los determinantes condicionantes.				/	
CONSISTENCIA	Basado en expertos técnicos y científicos.				/	
COHERENCIA	Entre los ítems e indicadores.				/	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.				/	

III. OPINION DE AFICABILIDAD:

Afiable (Comentario del juez experto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACION

90%

Lugar y fecha Lima, 06 de 2019

REPÚBLICA PERUANA
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y
DEFENSA DE LA SALUD
FAMILIA CÁRITAS

O.N.I.N.P

INFORME DE OPINION DE EXPERTO

V. DATOS GENERALES

1.4. Apellidos y Nombres del experto: *Patricio Rodríguez Elín*

1.5. Cargo e Institución donde labora: *Asesor / Docente de la UPSJB*

1.6. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento:

Autor(a) del instrumento: ALCAZAR ALVAREZ, LAURA GUADALUPE

VI. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					82%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta.					82%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría de riesgos asociados a parto pretermino					82%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					82%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					82%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los determinantes condicionantes.					82%
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos y científicos.					82%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					82%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo.					82%

VII. OPINION DE APLICABILIDAD:

Alta (Comentario del Juez experto al instrumento)

VIII. PROMEDIO DE VALORACION

82%

Lugar y fecha: Lima, 14 de febrero 2019

Elín Rodríguez
 Firma del Experto
 D.N.I Nº *1209983*
 COESP: *444*

INFORME DE OPINION DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

I.1. Apellidos y Nombres del experto:

I.2. Cargo e institución donde labora: Asesor / Docente de la UPSB

I.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento:

Autor(x) del instrumento: ALCAZAR ALVAREZ, LAIRA GUADALUPE

II. ASPECTOS DE VALORACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.				/	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta.				/	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los niveles de la teoría de riesgo asociados a parto pretérmino.				/	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				/	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				/	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los determinantes condicionantes.				/	
CONSISTENCIA	Basado en aspectos técnicos y científicos.				/	
COHERENCIA	Entre los ítems e indicadores.				/	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva.				/	

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del juez experto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACION

80%

Lugar y fecha: Lima, 04 de 2019

DR. FRANCISCO MEDINA SALLER
 DIRECTOR GENERAL DE LA COMISIÓN PERUANA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS

[Firma]
 FRANCISCO MEDINA SALLER

O.N.I.Nº

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: ALCAZAR ALVAREZ LAURA GUADALUPE

ASESOR: DR. FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTE

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: RIESGOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DEL 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES
GENERAL: PG: ¿Cuáles son los riesgos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018?	GENERAL: OG: Determinar los riesgos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018	GENERAL: HG: Si existen riesgos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018	VARIABLES INDEPENDIENTES FACTORES DE RIESGO - EDAD MATERNA - INFECCION DEL TRACTO URINARIO - CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE - ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO

<p>ESPECIFICOS PE1: ¿Cómo la edad materna se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018?</p> <p>PE2: ¿Cómo la infección urinaria se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018?</p>	<p>ESPECIFICOS OB1: Estimar como la edad materna se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018</p> <p>OB2: Identificar como la infección del tracto urinario se asocia al parto pretérmino en gestantes del hospital Carlos Lanfranco La Hoz del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco</p>	<p>ESPECIFICAS H1: Si existe riesgos en la edad materna que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018.</p> <p>H2: Si existen riesgos en la infección urinaria que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>PARTO PRETERMINO</p>
---	--	---	---

<p>PE3: ¿Cómo los controles prenatales insuficientes se asocian al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018?</p>	<p>La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018 OB3: Identificar los controles prenatales insuficientes que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco</p>	<p>H3: Si existen riesgos en los controles prenatales insuficientes que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018</p>	
<p>PE4: ¿Cómo el antecedente de embarazo pretérmino se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018?</p>	<p>La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018. OB4: Analizar el antecedente de embarazo pretérmino que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco</p>	<p>H4: Si existen riesgos en el antecedente de embarazo pretérmino que se asocia al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018.</p>	

<p>DISEÑO METODOLOGICO NIVEL: EXPLICATIVO TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>-Observacional: el factor del estudio no es controlado por el investigador.</p> <p>- Retrospectivo: por lo que se tomaran datos que ocurrieron en el pasado.</p> <p>-Caso y Control: se toma un grupo de personas pacientes con antecedente de parto pretérmino (caso) y pacientes que no presenten parto pretérmino (controles).</p>	<p>La Hoz durante el periodo enero-diciembre del 2018.</p> <p>POBLACION</p> <p>La población será todas las gestantes atendidas en consultorio externo en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.</p> <p>N= 2300</p> <p>Muestra :900</p> <p>Casos: 300</p> <p>Controles: 600</p>	<p>Criterios de inclusión</p> <p>Para los casos:</p> <p>-Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con edad de 19 hasta los 35 años.</p> <p>- Historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz que presente como antecedente parto pretérmino.</p> <p>- Historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz que se registre</p>	<p>TECNICA E INSTRUMENTO</p> <p>-La técnica fue el análisis documental de datos.</p> <p>-El instrumento que se utilizo fue una ficha de recolección de datos</p>
--	---	---	--

		<p>controles prenatales insuficientes menor a 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz que se registre si tuvo infección del tracto urinario. <p>Para los controles:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz con edad de 19 hasta los 35 años. - Historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz que presente como 	
--	--	---	--

