

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE

OBSTETRICIA



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TINGO
MARÍA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2016”**

**Tesis para optar el título profesional de
OBSTETRA**

PRESENTADO POR:

Bach. ORNETA MEZA, Glenny Lorena

DOCENTE ASESOR:

OBSTA. RUIZ HERRERA, Gina Paola

HUÁNUCO - PERÚ

2017



PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las once horas del día once del mes de Diciembre del año Dos Mil Diecisiete, se reunieron en el Auditorio de la Universidad de Huánuco Sede Tingo María, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 2239-2017-D-FCS-UDH de fecha 06 de Diciembre de 2017 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TINGO MARIA, DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016" presentado por la Bachiller, doña *Glenny Lorena ORNETA MEZA*, para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los Miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cualitativo de BUENO y cuantitativo de 1.6 (Art. 54).

Siendo las, 12:30 Horas del día, se dio por concluido el Acto Académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

Obsta. Elmer Aquino Maíz
PRESIDENTE

Obsta. Diana L. Simón Silva
SECRETARIA

Obsta. Victoria Quispe Godoy
VOCAL

DEDICATORIA

- Al todo poderoso por
brindarme sabiduría e
Inteligencia y poder alcanzar
mis objetivos.
- A mis queridos padres, por el cariño,
y apoyo incondicional en todo
el camino de mi vida y mi
desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTO

- Agradezco en primer lugar al ser supremo por darme vida y plenitud de mis facultades, y a la Universidad de Huánuco, donde forje mis valores morales, sociales, así como una formación profesional y ser una persona íntegra.
- A mis docentes universitarios quienes me brindaron sus mejores conocimientos y su tiempo, para hacer de mí una profesional con éxito y competente.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I	11
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2.1. Problema general.	12
1.2.2. Problemas Específicos	12
1.3. OBJETIVO GENERAL:	13
1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	13
1.5.1. Nivel teórico.....	13
1.5.2. Nivel práctico.....	13
1.5.3 Nivel metodológico	14
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	15
CAPITULO II	16
2. MARCO TEORICO	16
2.1. Antecedentes de la investigación	16
A nivel internacional.....	16
A nivel nacional.....	19
A nivel regional.	21
2.2. BASES TEÓRICAS	22
2.2.1. Parto Pretérmino.....	22
2.2.2. Epidemiología.	22
2.2.3. Repercusiones neonatales de la prematuridad.....	23
2.2.4. Efecto económico de la prematuridad.	24
2.2.5. Factores de riesgo.....	24
2.2.6. Factores asociados con el parto prematuro.....	25
2.2.7. Fisiopatología.....	29

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	29
2.4. HIPOTESIS	30
2.5. VARIABLES	31
2.5.1. Variable Independiente.....	31
2.5.2. Variable Dependiente.....	31
Variables intervinientes.....	31
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	32
CAPITULO III	33
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
3.1.1. Enfoque.....	33
3.1.2. Alcance o nivel.....	33
3.1.3. Diseño	33
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	34
Criterios de inclusión y exclusión.	34
3.3. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.3.1. Para la recolección de datos.....	35
3.3.2. Para la presentación de datos	35
3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos	36
CAPITULO IV	37
4. RESULTADOS	37
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS	37
4.2. Resultados inferenciales	49
5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	58
5.1. CONTRASTACION DE LOS RESULTADOS	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
ANEXOS	68
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	70
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
MATRIZ DE CONSISTENCIA	72

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016. **Metodología:** Observacional, retrospectiva, longitudinal y analítico. Con diseño caso y control. **Resultados:** El 51.4% de los casos (parto pretérmino) proceden de zonas urbanas y un 48.5% proceden de zonas rurales. Mientras que el 65.7% de los controles (parto a término) proceden de zonas urbanas y un 34.2% de zonas rurales. Se evidencia que el mayor porcentaje fue representado por las gestantes convivientes en un 51.4% de los casos (parto pretérmino). Mientras que el 68.5% de los controles (parto a término) también fueron convivientes. El grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes con un grado de instrucción secundaria con un 48.5%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidenció que el grado de instrucción secundaria tuvo la mayor proporción con un 65.7%. **Conclusiones:** En relación a los Factores de riesgo Maternos se pudo evidenciar que el antecedente de un aborto previo, la Infección del tracto urinario, Pre eclampsia y la Anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino. En relación a los Factores de riesgo Ovulares se evidencio que la ruptura prematura de membrana y la placenta previa son factores de riesgo para el parto pretérmino.

Palabras claves: parto pretérmino, factores, maternos, ovulares, fetales.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with preterm birth in the obstetrical service of the Ting María Hospital, from January to December, 2016. Methodology: Observational, retrospective, transversal and analytical. With case design and control.

Results: 51.4% of cases (preterm birth) come from urban areas and 48.5% come from rural areas. While 65.7% of controls (term delivery) come from urban areas and 34.2% from rural areas. It is evident that the highest percentage was represented by pregnant women in 51.4% of the cases (preterm birth). While 68.5% of controls (term delivery) were also cohabiting. The group of cases (preterm birth) the highest percentage was represented by pregnant women with a secondary education level with 48.5%. While in the control group (term delivery) it was also evidenced that the secondary education had the highest proportion with 65.7%. **Conclusions:** In relation to maternal risk factors it was evidenced that the antecedent of a previous abortion, urinary tract infection, pre eclampsia and anemia are risk factors for preterm delivery. In relation to Ovarian Risk Factors, it was evidenced that premature rupture of the membrane and the placenta previa are risk factors for preterm delivery.

Key words: preterm birth, factors, maternal, ovular, fetal.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino se refiere a la culminación de la gestación antes de las 37 semanas y después de las 22 semanas de gestación, 500 gramos de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas.⁽¹⁾ La prematuridad actualmente es la primera causa de muerte en los niños menores de cinco años, de allí que el parto pretérmino se convierte en un desafío para la salud pública en función a que la prematuridad como se menciono es un causal de la morbilidad neonatal, así mismo puede ser causa de presencia de daños y secuelas en el futuro del niño.⁽²⁾

Existen factores diversos que están relacionados a un parto pretérmino como son: La Infección del tracto urinario, pre eclampsia, anemia en la gestación, ruptura prematura de membranas, aborto previo, placenta previa, entre otros. De allí la relevancia el determinar qué factores de riesgo a parto pretermino están más frecuentes presentándose en nuestro medio, con la finalidad de prevenir o disminuir la frecuencia de este problema de tal manera que se logre una mejor calidad de vida del niño, ya que la prematuridad puede ocasionar en el futuro problemas en el desarrollo del niño. En base a lo descrito se ha visto necesario realizar el presente estudio sobre factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Tingo María.

Para ello el presente estudio se ha dividido en 5 capítulos:

Capítulo I: Relacionado al problema de investigación, su fundamentación y formulación del problema; objetivos, justificación.

Capítulo II.- En relación al Marco Teórico. En esta parte comprende: antecedentes del estudio, bases teóricas y las definiciones conceptuales.

Capítulo III.- Metodología: Tipo y nivel de investigación, diseños de investigación; población y muestra, fuentes, técnicas e instrumentos de investigación y análisis e interpretación de resultados.

Capítulo IV.- Trata los resultados, en la que se presenta los hallazgos a través de cuadros estadísticos con análisis e interpretación porcentual a través de la estadística descriptiva e inferencial.

Capítulo V.- La discusión que comprende: Contrastación de las teorías con el trabajo de campo, con la hipótesis y aporte teórico de la investigación.

Finalmente, las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos como evidencias del trabajo de investigación.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La Organización Mundial de la Salud define el parto pretérmino como el parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación y esta condición se asocia con una elevada morbilidad neonatal.⁽³⁾ Prematuridad es la principal causa de morbilidad perinatal en prácticamente todo el mundo, registrando entre el 50 al 70 por ciento de todas las muertes neonatales y el 85% de muertes en recién nacidos con bajo peso, estadísticas que se ven afectadas por la edad gestacional al parto, el peso al nacer y la calidad de asistencia neonatal.⁽⁴⁾

A pesar de los adelantos en la tecnología médica, la principal causa de muerte neonatal temprana en los neonatos prematuros sigue siendo el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) como consecuencia de la inmadurez pulmonar y la insuficiencia de surfactante. Con el aumento de la edad gestacional, los sistemas orgánicos están más maduros y este hecho aumenta la tasa de supervivencia. Los niños prematuros que sobreviven al período neonatal presentan mayor riesgo de discapacidad crónica, incluyendo sin carácter limitativo, la discapacidad neurológica y la enfermedad pulmonar crónica. Dado que el parto prematuro se asocia con mortalidad elevada y repercusiones adversas para la salud a largo plazo, en comparación con el parto a término, esta situación significa claramente una prominente carga clínica y económica para los recursos de asistencia sanitaria.⁽⁵⁾

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6 por ciento a 11,8 por ciento y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal.⁽⁴⁾ Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de

parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 a 16 por ciento; conjuntamente con las tasas de morbilidad infantil y materna. ⁽⁶⁾

Actualmente se considera que el trabajo de parto pretérmino no tiene una etiología clara por lo que su manejo ideal es evitar el parto pretérmino lo que permitirá prolongar la estancia intrauterina del feto y optimizar sus condiciones aumentando así sus probabilidades de supervivencia y disminuyendo la morbilidad del mismo. ⁽⁷⁾

Si definitivamente no es posible evitarlo entonces se debe proporcionar al feto en útero los medicamentos necesarios para mejorar sus posibilidades de supervivencia fuera del útero como son los corticoides, el manejo antibiótico, pero aun así no es posible evitar de forma definitiva las secuelas inherentes a la prematuridad y secundarias al tratamiento que debe otorgársele, sobre todo cuando la prematuridad es extrema.

El objetivo de este trabajo fue identificar cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016?

1.2.2. Problemas Específicos.

✓ ¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016?

✓ ¿Cuáles son los factores ovulares asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016?

✓ ¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar los factores maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.
- ✓ Identificar los factores ovulares asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.
- ✓ Identificar los factores fetales asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1. Nivel teórico.

Este estudio se justificó debido a que genera aportes, contribuciones y aclaraciones sobre los factores que condicionan un parto pretérmino en nuestro

hospital, y a si mismo servirá para futuras investigaciones como antecedentes a realizarse. También nos brinda mayor conocimiento en la actualidad de este problema que es de mayor importancia para la sociedad científica.

1.5.2. Nivel práctico.

Desde el punto de vista práctico esta investigación pretende promover y acrecentar el nivel de información y conocimiento que tienen los profesionales de la salud de hoy, acerca de esta problemática, y poder ayudar a establecer estrategias de salud, políticas regionales, gubernamentales para solucionar esta problemática.

1.5.3 Nivel metodológico.

Este estudio se justificó metodológicamente debido a que se investigó utilizando instrumentos de medición (cuestionario), confiable y válidos, con lo cual se pudo analizar el problema en estudio. De igual modo serán antecedentes para otros estudios.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La limitación más importante fue la fidelidad y veracidad de los datos, por tratarse de un trabajo con un componente subjetivo muy importante.

Otra limitación la constituyó el tamaño de la muestra, lo que imposibilitó generalizar los resultados a obtener.

Puesto que en esta investigación se utilizó un diseño caso control, que es más susceptible a sesgos que otros diseños, por ejemplo, al sesgo de información.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Se considera que el presente estudio es viable ya que el tema de investigación cuenta con el suficiente acceso de información de internet, revistas y libros. Así mismo el estudio no causó ningún daño en el momento de la recolección de los datos por ser un estudio observacional. Los recursos económicos para el estudio estuvieron al alcance del presupuesto del propio investigador.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Ginebra.2010. Stacy Beck, Daniel Wojdyla, Lale Say, Ana Pilar Betran, Mario Meriáldill, Jennifer Harris Requejo, Craig Rubens V; Ramkumar Menon, Paul FA Van Look ⁽⁹⁾. Realizaron un estudio sobre “Incidencia mundial de parto prematuro: Revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad materna”. Cuyo objetivo fue Analizar las tasas de prematuridad a nivel mundial para evaluar la incidencia de este problema de salud pública, determinar la distribución regional de los partos prematuros y profundizar en el conocimiento de las actuales estrategias de evaluación. Los datos utilizados sobre la mortalidad y morbilidad maternas notificados entre 1997 y 2002. Esos datos se complementaron mediante una búsqueda que abarcó el periodo 2003 - 2007. Las tasas de prematuridad de los países sin datos se estimaron mediante modelos de regresión múltiple específicos para cada región. De los resultados: Estimamos que en 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). Concluyen que el parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga

más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz.

La paz, Bolivia. 2011. Nayara López C., Mar González A., Laura Álvarez C., Nuria Martínez S., Antonio González G., Félix Omeñaca T., Belén San José ⁽¹⁰⁾. Realizaron un estudio retrospectivo sobre “Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. La muestra lo conformaron 132 casos nacidos entre las semanas 23 y 27 en el Hospital La Paz, desde 2003 a 2005. Se establecieron tres grupos obstétricos: Amenaza de Parto Pretérmino, Rotura Prematura de Membranas y la asociación de ambas. Se evaluaron como variables obstétricas: Tocólisis, corticoterapia, motivo de finalización de la gestación y vía de parto, y como variables en niños: Mortalidad y morbilidad respiratoria, neurológica, visual y auditiva en neonatos y a los dos años. De los resultados, los casos con amenaza de parto pretérmino presentaron mayor displasia broncopulmonar y ductus arterioso persistente que los otros dos grupos obstétricos. Las pacientes con amenaza de parto pretérmino y tocólisis desarrollaron menos hemorragia intraventricular e infarto periventricular que los casos sin tocólisis. Concluyen que la conducta obstétrica puede modificar el pronóstico neonatal y a los 2 años de seguimiento.

Lempira, Honduras, 2011. Guillén Mayorga, Doris Lizeth; Rodríguez, Edith; Ortiz, Jorge; Rivera, Wendy; Hernández Duarte, Norma ⁽¹¹⁾ realizaron un estudio

analítico retrospectivo de casos y controles. Sobre “Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira”. Se incluyeron 29 casos de prematuridad y 58 controles. De los resultados se encontró significancia estadística, en las siguientes variables maternas: Edad menor de 18 años, periodo intergenésico menor o igual a 2 años; madre con 4 o menos controles prenatales, infección del tracto urinario, patología materna durante el embarazo, y anemia. Concluyen que los factores fetales como el sexo masculino, presencia de malformaciones congénitas o productos de embarazo múltiple están relacionados al riesgo de prematuridad y que los factores maternos como el embarazo.

Santiago, Chile. 2012. Alfredo Ovalle, Elena Kakarieka, Gustavo Rencoret, Ariel Fuentes, María José Del Río, Carla Morong, Pablo Benítez ⁽¹²⁾ realizaron un estudio retrospectivo de los partos prematuros entre las 22 y 34 semanas de gestación con recién nacidos únicos vivos que tuvieron estudio histopatológico placentario., sobre “Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile”. De los resultados, las proporciones de los nacimientos pretérminos eran espontáneas 69% (con RPM 27% y con las membranas intactas 42%) y los indicados médicamente 31%. Un factor de riesgo asociado con prematuridad se identificó en 98 y 85% de indicados médicamente y espontáneos, respectivamente con infección bacteriana ascendente (IBA) que era el factor asociado frecuentemente con los pretérminos espontáneos en 51% de mujeres y con los nacimientos pretérminos de menos de 30 semanas en 52% de mujeres. ITU con *Streptococcus* grupo B era la condición clínica más asociada con IBA. La hipertensión estaba presente en 94 de 127 pretérminos indicados médicamente (pre eclampsia 62% y hipertensión crónica 12%), pre eclampsia 24% en nacimientos pretérminos de

más de 30 semanas. Las Anomalías congénitas principalmente asociadas con madres mayores de 35 años 15%. La frecuencia de las enfermedades de la placenta era más alta en pretérminos espontáneos 14% y en embarazos de más de 30 semanas 14%. Concluyen, entre las 22 y 34 semanas de gestación, el parto prematuro fue por la IBA y la patología placentaria se presentaron más frecuentemente en los nacimientos espontáneos, mientras que la hipertensión arterial (pre eclampsia) ocurrió más frecuentemente en los partos indicados médicamente.

Albacete, España. 2013. E. Cortés Castell, M. M. Rizo-Baeza, M. J. Aguilar Cordero, J. Rizo-Baeza y V. Gil Guillén ⁽¹³⁾ Realizaron un estudio explicativo, retrospectivo de casos-control, titulado “Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea”. El estudio se basó en la revisión de los registros de recién nacidos del Centro de Cribado Neonatal de la provincia de Alicante. De los resultados, el estudio muestra riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes en comparación con el siguiente grupo más cercano en edad, lo que se confirmó por una distribución significativamente distinta con el test Chi cuadrado. Esta probabilidad también fue mayor en madres con edades de más de 40 años y para recién nacidos grandes prematuros y prematuros, respectivamente. Concluyen que los resultados muestran claramente que las madres adolescentes y las más mayores tienen mayor riesgo de hijos prematuros o con bajo peso al nacimiento.

A nivel nacional.

Ica. 2013. Huerto Palomino, Karina ⁽¹⁴⁾ realizaron un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. Titulado “Factores de riesgo maternos,

obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú”. La muestra fue de 107 pacientes, de los cuales 31 fueron casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76, los controles con diagnóstico de parto a término. De los resultados, el 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescentes. La edad materna extrema en el estudio fue de 19 años con un 76,7%; el estado civil casada tuvo el 20,5%; el 84,1% tuvieron un nivel de instrucción baja; los factores asociados al parto pretérmino fue: infecciones urinarias, vaginosis bacteriana, nuliparidad, bajo peso al nacer, generalidad. Concluye que los factores de riesgo maternos son ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: Bajo peso al nacer y gemelaridad.

Trujillo. 2012. Loyola Ríos, ⁽¹⁵⁾ realizó un estudio observacional y comparativa con diseño analítico, longitudinal y de cohorte retrospectiva, titulado “Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo”. La población fue de 116 puérperas de parto eutócico que durante su gestación han presentado hiperémesis gravídica y en 116 puérperas de parto eutócico que durante su gestación no han presentado hiperémesis gravídica. Concluye que sí existe relación significativa ($p=0.04 < 0.05$) entre la hiperémesis gravídica y el parto pretérmino; además con el Cuantificador Riesgo Relativo (RR) se concluyó que la hiperémesis gravídica es un Factor de Riesgo Materno para prematuridad ($RR=2.5 > 1$).

Lima. 2012. Walter Alfredo Goycochea Valdivia, Carlos Martín Hidalgo Tunque, Herminio Hernández Díaz, Jorge Centeno Huamán ⁽¹⁶⁾ realizaron un estudio tipo

caso control, titulado “Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en niños de 2 a 7 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Se realizó un cuestionario mediante entrevista directa a los padres para encontrar síntomas de rinitis alérgica. El tamaño de la muestra fue de 366 niños, 122 casos y 244 controles. Se utilizó como prueba estadística la prueba de Mantel-Haenszel. De los resultados, se encontró una razón de momios (RM) para la asociación entre rinitis alérgica y lactancia materna exclusiva. La razón de momios para rinitis alérgica y bajo peso al nacer y para rinitis alérgica y prematuridad. Concluyen que los resultados apoyan un efecto protector para rinitis alérgica en niños que reciben lactancia materna exclusiva; no se encontró asociación entre prematuridad y bajo peso al nacer con rinitis alérgica. Esta asociación protectora no se ve alterada por los antecedentes de atopia familiar ni de exposición temprana al humo del tabaco.

A nivel regional.

No se encontró estudios a nivel regional ni local.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Parto Pretérmino.

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. ⁽¹⁷⁾ Es todo parto que ocurre antes de la semana 37 o antes de los 259 días post concepcionales.

El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas. A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en. ⁽¹⁸⁾

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: De la semana 33 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: Aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- d) Extremadamente prematuro: Menores de 28 semanas.

En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso. Y las definiciones son las siguientes:

- a) Peso bajo: Menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.
- b) Peso muy bajo al nacimiento: Menor de 1.500 g.
- c) Peso extremadamente bajo: Menor de 1.000 g.

Se debe tener en cuenta que la edad gestacional es mejor predictor que el peso para la sobrevivencia de los prematuros. ⁽¹⁹⁾

2.2.2. Epidemiología.

Los partos pretérmino continúan representando entre el 5 y el 12% de todos los nacimientos en diversos lugares del mundo. ⁽¹⁸⁾

Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. ⁽²⁰⁾

En el mundo nacen anualmente cerca de 13 millones de niños prematuros; siendo estas en su gran mayoría en países en desarrollo constituyendo la proporción más amplia de la morbilidad y la mortalidad perinatal registrada en el mundo. ⁽²¹⁾

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. ⁽²²⁾

La tasa de prematurez en Latinoamérica es de 11%, mientras que en Europa varía entre 5 a 7%. En los países en desarrollo la prematurez sigue siendo la principal causa de morbimortalidad neonatal ya que es responsable del 60 a 80% de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. ⁽²³⁾

2.2.3. Repercusiones neonatales de la prematuridad.

La prematurez es la principal causa de mortalidad neonatal, así como de una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento. El parto pretérmino espontáneo es responsable de más de un 50% de los nacimientos pretérmino, y su etiología, así como su manejo, sigue siendo causa de discusión.

Como el riesgo de morbimortalidad en los nacimientos cercanos al término es baja, la mayor atención está focalizada en el parto pretérmino temprano (menor de 32 semanas). Si bien los nacimientos en este grupo representan el 1 al 2% de todos los partos, ellos son responsables de cerca del 50% de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60% de la mortalidad neonatal. ⁽²⁴⁾

Las principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematurez incluyen síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del ductus arterioso. ⁽²⁵⁾

2.2.4. Efecto económico de la prematuridad.

El efecto económico está relacionado con la prematuridad en función de que los recién nacidos extremadamente prematuros requieren de atención de profesionales altamente calificados, así como el uso de tecnología sofisticada, en las que en muchos casos estos equipos y atención especializada es durante periodos largos. ⁽²¹⁾

2.2.5. Factores de riesgo.

El parto pretérmino se ha asociado a múltiples factores, entre ellos socioeconómicos, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación, mala historia obstétrica, hábitos de consumo de tabaco y drogas, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30% más probabilidad de tener un parto de pretérmino. ⁽²⁵⁾

La edad es también otro factor de riesgo, las mujeres menores de 17 y mayores de 35 años, tienen mayor riesgo de presentar parto pretérmino. El bajo nivel de escolaridad, así como también el bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo, aunque éstos son dependientes el uno del otro. ⁽²⁵⁾

Factores conductuales también aumentan el riesgo de parto pretérmino como la ganancia de peso escasa como la excesiva, y el bajo índice de masa corporal (menos de 19.8 kg/m²). ⁽²⁵⁾

La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes. Se ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor el riesgo de un nuevo parto de pretérmino espontáneo y precoz. ⁽²⁵⁾

El embarazo múltiple constituye uno de los riesgos más altos de prematurez. Casi el 50% de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas. ⁽²⁵⁾

La metrorragia de la segunda mitad del embarazo, sea por desprendimiento de placenta marginal o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino. ⁽²⁶⁾

Otros factores de riesgo que se han asociado con prematurez han sido: Oligo y polihidramnios, cirugía abdominal materna y otras condiciones médicas maternas como diabetes gestacional e hipertensión. ⁽¹⁷⁾

2.2.6. Factores asociados con el parto prematuro.

Los factores asociados se clasificaron luego de analizar en conjunto los antecedentes clínicos y de laboratorio maternos con los hallazgos histopatológicos placentarios y las diferentes propuestas aparecidas en la literatura. En estos casos la biopsia placentaria fue de utilidad para determinar el factor más relevante. ⁽²⁷⁾

Se encontraron los siguientes factores asociados con parto prematuro:

a) Infección bacteriana ascendente.

Embarazo con algunas de las siguientes condiciones clínicas presentes sugerentes de infección intrauterina: RPM, corioamnionitis clínica, sangrado vaginal con desprendimiento amniocorial, infección cérvicovaginal (ICV) especialmente por Streptococcus Grupo B (SGB), infección del tracto urinario (ITU), dispositivo intrauterino (DIU) no extraído, placenta previa con sangrado vaginal, cérvix menor de 15 mm medido por ultrasonografía, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), membranas propasadas bajo el orificio cervical externo y asociado con los siguientes marcadores histopatológicos placentarios específicos: Corioamnionitis aguda, funisitis aguda. ⁽²⁸⁾

b) Enfermedades maternas.

Hipertensión arterial. Embarazo con hipertensión materna (pre eclampsia, hipertensión arterial crónica), con algunas de las siguientes condiciones clínicas presentes: DPPNI, síndrome de HELLP, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). ⁽²⁸⁾

Diabetes Mellitus o gestacional, con o sin DPPNI y con o sin RCIU, asociada con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: Edema vellositario, inmadurez vellositaria, maduración vellositaria retardada, infarto vellositario, hematoma retro placentario, hemorragia sub coriónica y corangiosis. ⁽²⁸⁾

Trombofilia. Embarazada con cuadro clínico de trombosis, con DPPNI, con o sin RCIU y con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: Hemorragia y hematoma retro placentario, infartos vellositarios, depósito de fibrina intervlositaria, vasculopatía fetal trombótica y trombosis intervlositaria Colestasis intrahepática del embarazo (CIE). Embarazada con cuadro clínico compatible, ictericia clínica y de laboratorio, con pruebas hepáticas alteradas. No se reconocen lesiones placentarias específicas. ⁽²²⁾

Otras: Neumonía, insuficiencia renal crónica: Cuadro clínico y de laboratorio compatible; lupus eritematoso diseminado, cuadro clínico y de laboratorio compatible; cardiopatía materna, cuadro clínico y de laboratorio compatible; apendicetomía, cuadro clínico, con anatomía patológica compatible; pielonefritis cuadro clínico y de laboratorio compatible. En estas enfermedades no hay lesiones placentarias específicas. ⁽²⁹⁾

c) Infecciones transplacentarias.

Sífilis. Infección materna confirmada con pruebas treponémicas, con o sin infección congénita, asociada con hallazgos histopatológicos placentarios específicos: Aumento del tamaño y volumen placentario, vellositis crónica, eritroblastosis de vasos fetales y arteritis obliterante. ⁽³⁰⁾

Enfermedad periodontal. Embarazada con diagnóstico odontológico y microbiológico de periodontitis generalizada y asociada con vellositis, intervlositis en los hallazgos histopatológicos placentarios. ⁽³⁰⁾

d) Parto inducido o provocado.

Embarazo interrumpido clandestinamente, por uso de misoprostol, con DPPNI y con los siguientes hallazgos histopatológicos placentarios: Hemorragia y hematoma retroplacentario.

e) Patologías placentarias.

Desprendimiento prematuro placenta normo inserta idiopático (DPPNI): Separación total o parcial de la placenta del útero en embarazos sin patologías materno-fetales y con manifestaciones de asfixia aguda, shock fetal. ⁽²⁰⁾

Deciduitis crónica: Embarazos sin patologías materno-fetales, con o sin RCIU y asociados con lesiones histopatológicas placentarias específicas. ⁽³¹⁾

f) Factores Ginecoobstetricos.

Cromosómicas (malformaciones múltiples). Confirmadas por cariógrama realizado en líquido amniótico o sangre fetal. Síndrome de Turner (XO), Trisomía 18, Trisomía 18,16. ⁽²⁵⁾

No cromosómicas. De causa multifactorial, producto de factores ambientales, enfermedades maternas, agentes infecciosos, físicos, químicos, uso de medicamentos o de factores mecánicos durante el primer trimestre de la gestación, sin estudio cromosómico y asociadas con lesiones vellositarias sugerentes.

Los factores Ginecoobstetricos, que influyen en la prematuridad se establecen en: Número de gestación, Paridad, abortos, cesáreas, cantidad de controles prenatales, edad gestacional. ⁽³²⁾

2.2.7. Fisiopatología.

La fisiopatología subyacente del parto pretérmino es desconocida. Varias etiologías están involucradas en la patogénesis del parto prematuro, lo que explica porque es tan difícil de diagnosticar y de prevenir. ⁽³³⁾

En la actualidad se postula que el parto pretérmino espontáneo o idiopático no puede considerarse más como una sola entidad nosológica y debería caratularse de Síndrome de parto pretérmino como expresión de diferentes insultos a la unidad materno fetal, entre los cuales se destacan: Infección: 10% isquemia (lesiones ateromatosas y/o trombosis): 33% alteraciones inmunológicas (“alergia”): 14% sobre distensión: 10% miscelánea: 5% desconocidas: 28%. ⁽³⁴⁾

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- ✓ **Patologías Asociadas.** - Aquí se incluyen todos los padecimientos que complican la gestación, y que como resultado dan algún grado de insuficiencia placentaria que conduce a hipoxia fetal crónica y un menor aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo normal del feto, así tenemos: Hemorragias obstétricas. Ruptura prematura de membranas. Placenta previa/ implantación baja. Desprendimiento prematuro de Placenta, Polihidramnios, Pre eclampsia/Eclampsia, Anemia, Infección del tracto genital, Infección del tracto urinario.
- ✓ **Gestas.** - El número de embarazos que ha tenido la mujer, excepto el actual.
- ✓ **Paridad.** - Número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 22 semanas de gestación que haya tenido la madre.
- ✓ **Nulípara.** - Mujer que nunca ha parido por vía vaginal.

- ✓ **Primípara.** - Mujer que ha tenido un niño por vía vaginal.
- ✓ **Multípara.** - Mujer que ha tenido 2 o más niños por vía vaginal.
- ✓ **Gran múltipara.** - Mujer que ha tenido más de 5 niños por vía vaginal.
- ✓ **Abortos.** - Es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.
- ✓ **Intervalo intergenésico.** - Tiempo entre la terminación de un embarazo y la fecundación del siguiente.
- ✓ **Edad gestacional.** - Es el tiempo transcurrido desde la última menstruación y se expresa en semanas.
- ✓ **Control prenatal.** - Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Sin control. Insuficiente (1-4 controles). Mínimo (5 controles). Eficiente seis o más controles.
- ✓ **Antecedentes de parto pretérmino.** - Presencia de por lo menos un embarazo que culminó antes de cumplidas las 37 semanas de gestación.

2.4. HIPOTESIS

H_a: Los factores maternos, ovulares y fetales están asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

H₀: Los factores maternos, ovulares y fetales No están asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Variable Independiente.

- ✓ Factores asociados.

2.5.2. Variable Dependiente.

- ✓ Parto Pretérmino.

Variables intervinientes.

- ✓ Procedencia
- ✓ Ocupación
- ✓ Estado civil.
- ✓ Edad
- ✓ Grado de instrucción.
- ✓ Tipo de Gestación
- ✓ Paridad
- ✓ Control prenatal

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición.
Variable Independiente.				
Factores que influyen	Factores maternos	Cualitativa	1. Abortos 2. Cesárea 3. Infección del tracto urinario. 4. Pre eclampsia. 5. Diabetes gestacional. 6. Anemia 7. Infección transmisión sexual.	Nominal
	Factores ovulares	Cualitativa	1. Ruptura prematura de membrana. 2. Placenta previa. 3. Desprendimiento prematuro de placenta.	Nominal
	Factores fetales	Cualitativa	1. Embarazo múltiple. 2. Poli hidramnios.	Nominal
Variable Dependiente.				
Parto pretérmino	Menor de 37 semanas.	Cualitativa	1. Con parto pretérmino 2. Sin parto pretérmino.	Nominal
Variables intervinientes				
Variable intervinientes	Variable intervinientes	Cualitativa	1. Procedencia 2. Ocupación 3. Estado civil. 4. Edad 5. Grado de instrucción. 6. Tipo de Gestación 7. Paridad 8. Control prenatal	Nominal

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue **retrospectivo**, porque se registraron información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño y recolección de datos, y se realizó a partir de documentos o fuentes secundarias.

Según el número de mediciones de la variable de estudio fue **longitudinal**, porque los instrumentos se aplicaron en dos momentos y las variables se midieron dos veces.

3.1.1. Enfoque

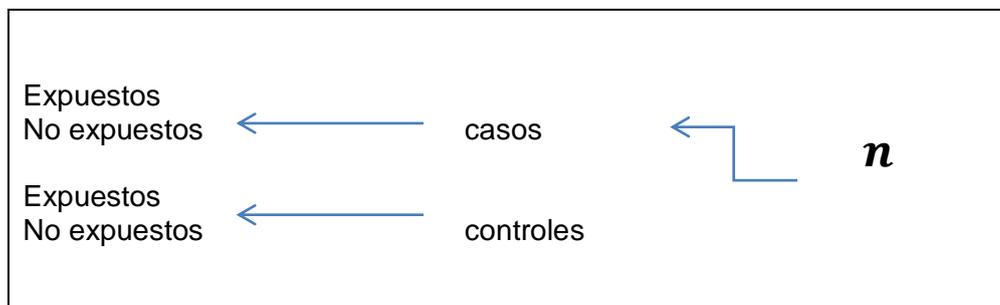
Estudio con **enfoque cuantitativo**, porque luego de recolectar la información esta fue procesada haciendo uso de la estadística.

3.1.2. Alcance o nivel

El estudio siguió un nivel relacional analítico por que se determinó asociación o relación entre las variables factores de riesgo y parto pre término.

3.1.3. Diseño

Se realizó un estudio de diseño observacional analítico tipo casos y controles, siguiendo el presente esquema:



3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

La población fue constituida por todas las gestantes que tuvieron parto pretérmino y que fueron atendidos en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María.

Criterios de inclusión y exclusión.

a. Criterios de Inclusión:

- Pacientes que tuvieron parto pretérmino durante el 2016.
- Gestantes controladas en el Hospital Tingo María.

b. Criterios de exclusión:

- Parto pretérmino con óbito fetal.
- Parto pretérmino con malformaciones.
- Parto a término.
- Historias clínicas incompletas.

3.2.2. Muestra

Para la conformación de la muestra tanto para los casos como para los controles se utilizó la siguiente formula:

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

Donde:

- ✓ $Z_{1-\alpha/2}$: nivel de confianza al 95% = 1.96
- ✓ $Z_{1-\beta}$: poder estadístico (80%)= 0.84
- ✓ P: Probabilidad de existo o tasa de prevalencia (50%) = 0.54

- ✓ P₁: Frecuencia de exposición entre los controles (40%) = 0.71
- ✓ P₂: Frecuencia de exposición entre los casos.
- ✓ W: Odds ratio previsto = 4.

$$\frac{[1,96 \sqrt{2 \times 0,54 (1 - 0,54)} + 0,84 \sqrt{0,71 (1 - 0,71) + 0,38 (1 - 0,38)}]^2}{(0,71 - 0,54)^2}$$

$$n = \frac{[1,381 + 0,558]^2}{(0,33)^2}$$

$$n = \frac{3,759}{0,108}$$

$$n = 35$$

Por tanto, se necesitó un grupo de n=35 casos (gestantes de parto pretérmino) y otros 35 controles (gestantes de parto a término).

3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Para la recolección de datos.

Se empleó la observación estructurada ya que se determinó con anterioridad lo que se observó. Así mismo se aplicó el cuestionario como instrumento de recolección de datos, el cual está conformado por preguntas cerradas dicotómicas y politómicas con un lenguaje adaptado a las características del respondedor.

3.3.2. Para la presentación de datos.

Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, a fin de realizar el análisis e interpretación de los mismos

de acuerdo al marco teórico correspondiente a los factores de riesgo a parto pretérmino en la muestra en estudio.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos.

Se utilizó la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables. Así mismo se utilizó estadísticas como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables de estudio. Con la finalidad de establecer fuerza de asociación se utilizó el Odds Ratio en la que cuanto mayor se aleja del 1 mayor es la fuerza de asociación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

Resultados descriptivos

Tabla 01: Procedencia de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

Procedencia	Parto pretérmino		Parto a término	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Rural	17	48.5	12	34.2
Urbano	18	51.4	23	65.7
Total	35	100	35	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

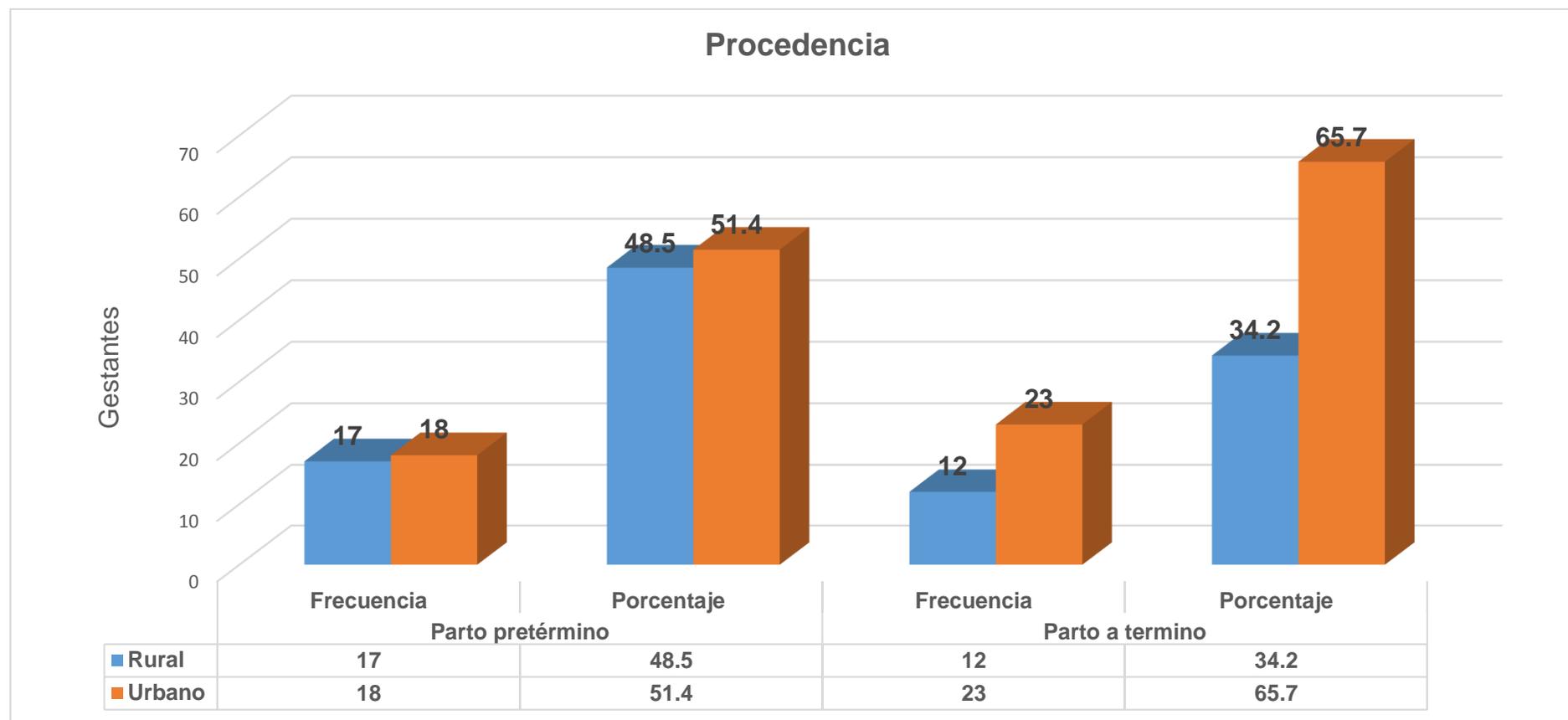
Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En la tabla 01 observamos la comparación de los grupos de casos y controles en relación a la procedencia. El 51.4% de los casos (parto pretérmino) proceden de zonas urbanas y un 48.5% proceden de zonas rurales. Mientras que el 65.7% de los controles (parto a término) proceden de zonas urbanas y un 34.2% de zonas rurales.

Con ello podemos indicar que las gestantes que presentaron parto pretérmino en su mayoría procedían de zonas urbanas.

Grafico 01: Representación gráfica de la Procedencia de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Tabla 02: Estado civil de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

Estado civil	Parto pretérmino		Parto a término	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	6	17.1	7	20
Conviviente	18	51.4	24	68.5
Casada	11	31.4	4	11.4
Total	35	100	35	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

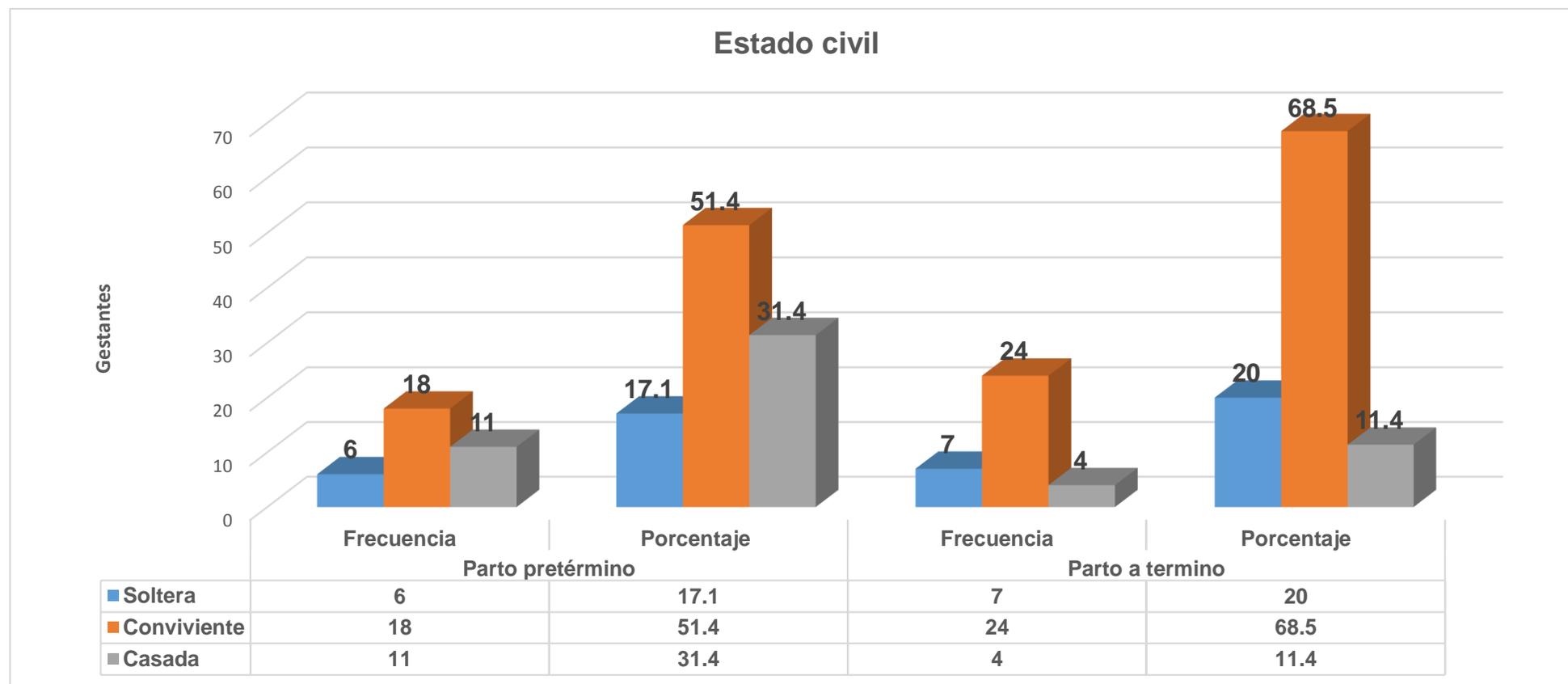
Elaboración: Investigador Ornetá Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En la tabla 02 observamos la comparación de los grupos de gestantes de casos y controles en relación al estado civil. Se evidencia que el mayor porcentaje fue representado por las gestantes convivientes en un 51.4% de los casos (parto pretérmino). Mientras que el 68.5% de los controles (parto a término) también fueron convivientes.

No hay mayor diferencia entre ambos grupos.

Grafico 02: Representación gráfica del Estado civil de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Tabla 03: Edad de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

Edad	Parto pretérmino		Parto a término	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
14 - 17 años	10	28.5	7	20
18 - 29 años	17	48.5	21	60
30 - 45 años	8	22.8	7	20
Total	35	100	35	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

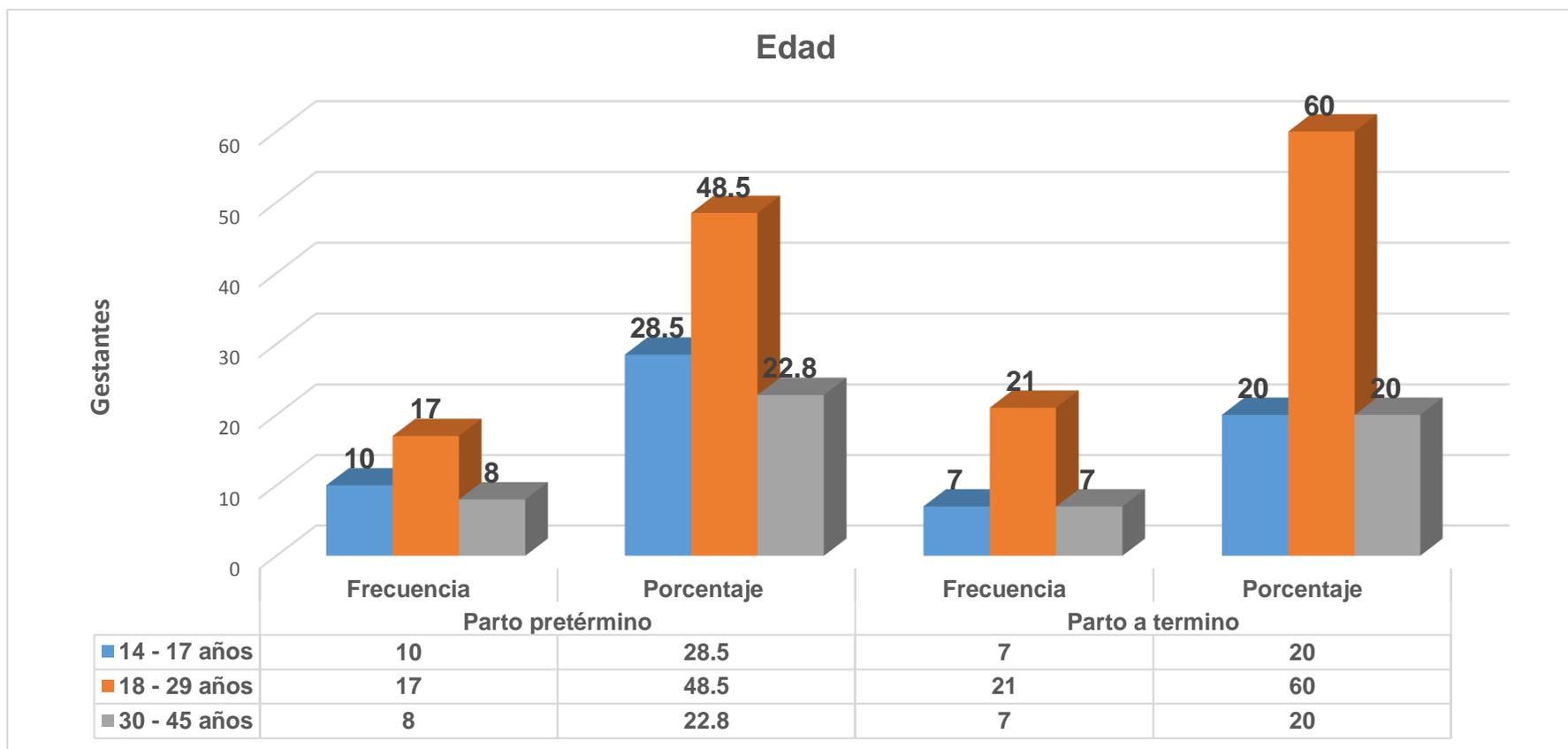
Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En la tabla 03 observamos la comparación de los grupos de gestantes de casos y controles en relación a la edad. Se evidencia que el grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes de 18 a 29 años con un 48.5%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidencio que las edades de 18 a 29 años tuvieron la mayor proporción.

No hay mayor diferencia entre ambos grupos.

Grafico 03: Representación gráfica sobre la edad de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Tabla 04: Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

Grado de instrucción	Parto pretérmino		Parto a término	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	2.8	2	5.7
Primaria	6	17.1	7	20
Secundaria	27	77.14	23	65.7
Superior	1	2.8	3	8.5
Total	35	100	35	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

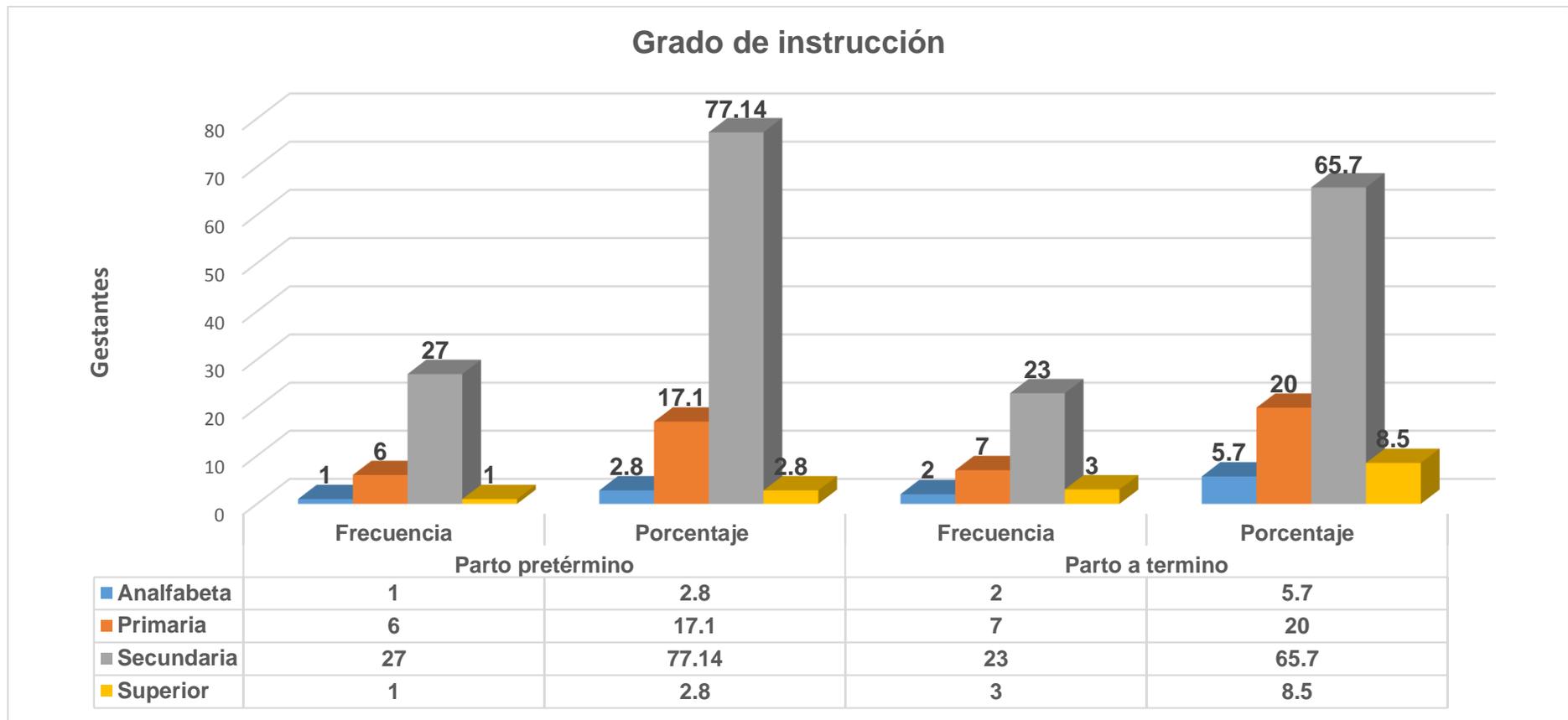
Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En la tabla 04 observamos la comparación de los grupos de gestantes de casos y controles en relación al grado de instrucción. Se evidencia que el grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes con un grado de instrucción secundaria con un 48.5%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidencio que grado de instrucción secundaria tuvo la mayor proporción con un 65.7%.

No hay mayor diferencia entre ambos grupos.

Grafico 04: Representación gráfica sobre el Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Tabla 05: Tipo de gestación de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

Tipo de Gestación	Parto pretérmino		Parto a término	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	13	37.1	15	42.8
Segundigesta	9	25.7	12	34.2
Multigesta	8	22.8	6	17.1
Gran Multigesta	5	14.2	2	5.7
Total	35	100	35	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

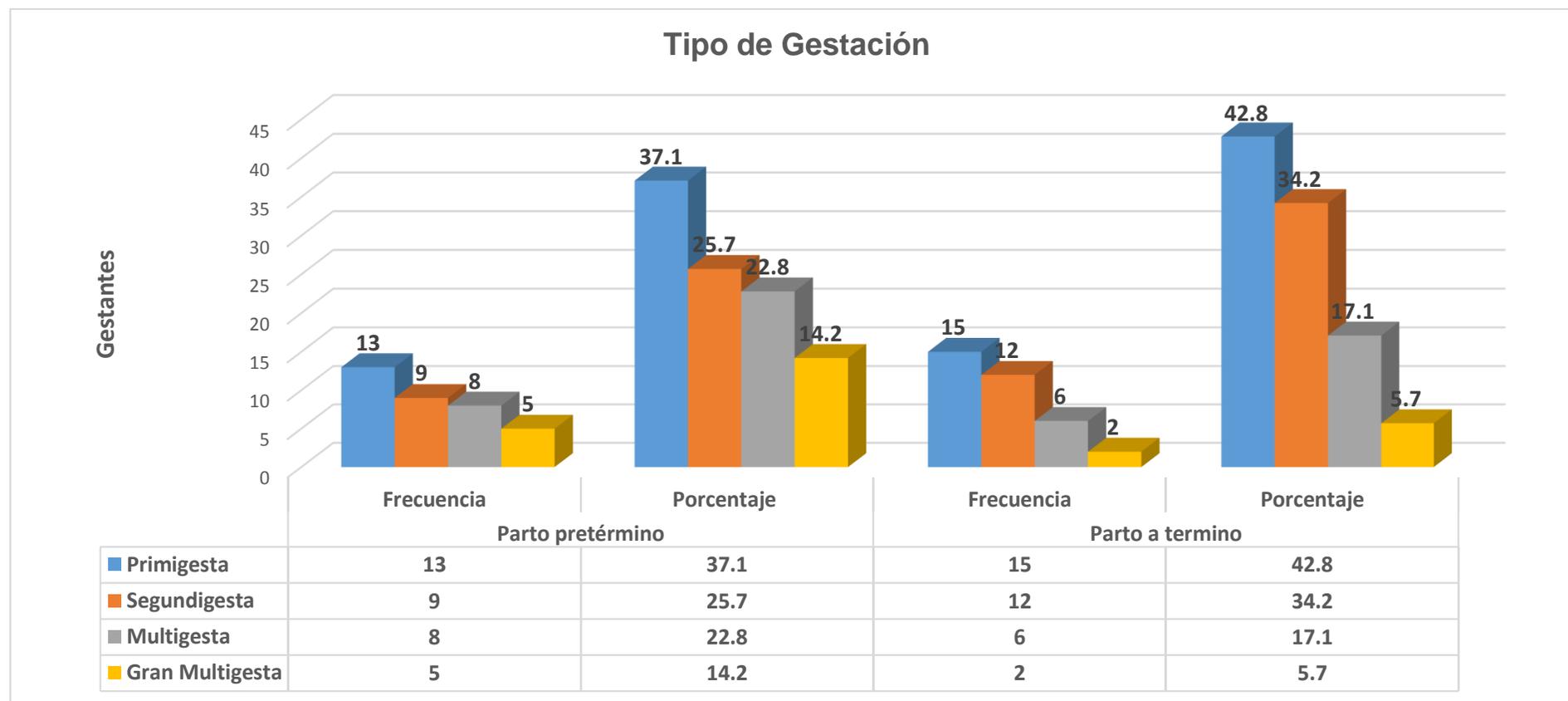
Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En la tabla 05 observamos la comparación de los grupos de gestantes de casos y controles en relación al tipo de gestación. Se evidencia que el grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes primigestas con un 37.1%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidencio que las primigestas tuvieron la mayor proporción con un 42.8%.

No hay mayor diferencia entre ambos grupos.

Grafico 05: Representación gráfica sobre el Tipo de gestación de las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Tabla 06: Control prenatal en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

Control prenatal	Parto pretérmino		Parto a término	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 controles	6	17.14	2	5.7
3 a 4 controles	8	22.85	5	14.28
5 a 6 controles	10	28.57	6	17.14
6 a más	11	31.42	22	62.85
Total	35	100	35	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

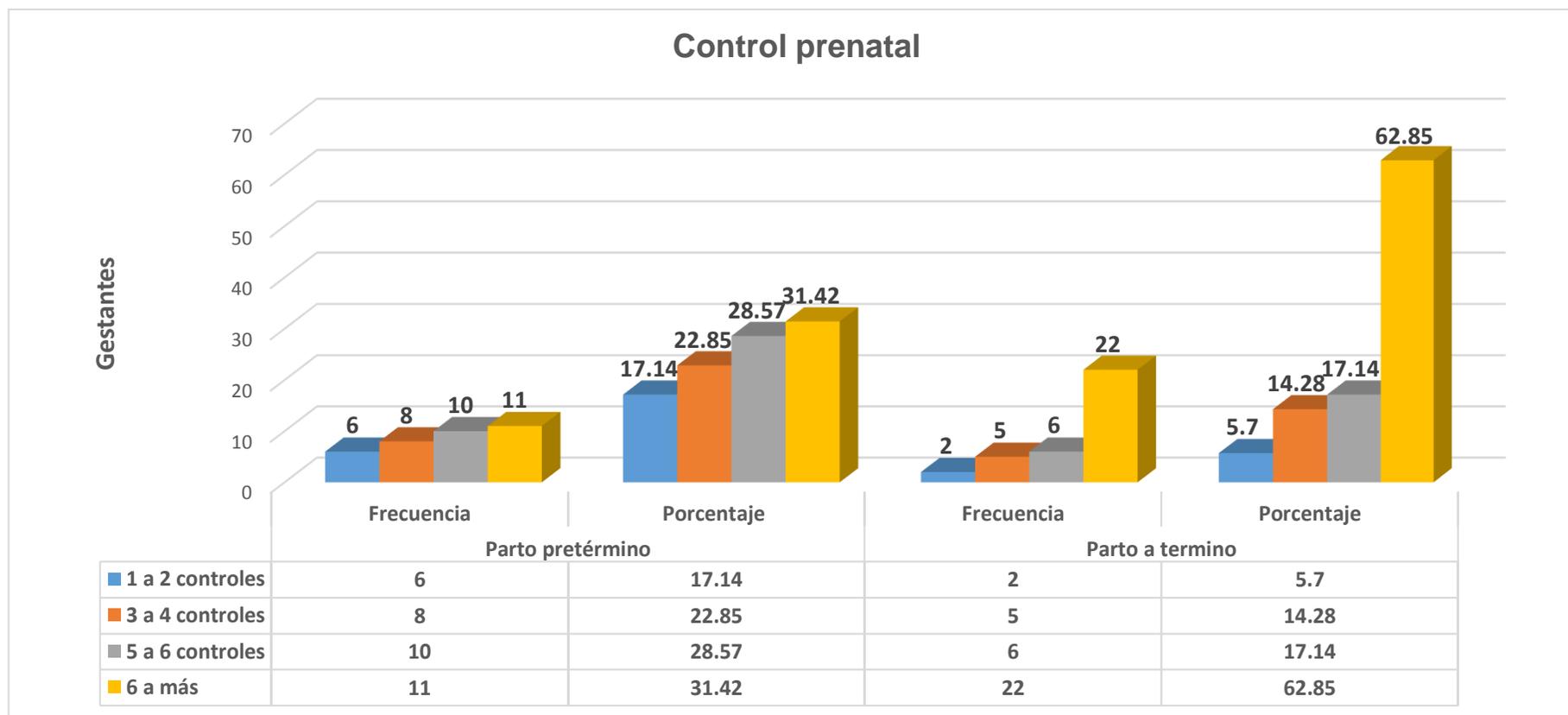
Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En la tabla 06 observamos la comparación de los grupos de gestantes de casos y controles en relación a la cantidad de controles prenatales. Se evidencia que el grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes con 6 a más controles prenatales en un 31.42%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidencio gestantes con 6 a más controles prenatales tuvieron mayores proporciones en un 62.8%.

Con dichos resultados podemos evidenciar que las gestantes que terminaron en parto a término en su mayor proporción tuvieron sus controles prenatales completos a diferencia que las gestantes que terminaron con parto pretérmino solo un 31.42% cumplió con sus 6 controles.

Grafico 06: Representación gráfica del Control prenatal en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

4.2. Resultados inferenciales

Tabla 07: El aborto previo como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Aborto previo			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	6	29	35	1,241	0,341	4,518
No	5	30	35			
Total	11	59	70			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Ornetá Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que el antecedente de un **aborto previo** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 1.241 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un aborto previo a su gestación tienen casi 1.2 veces más probabilidades de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(1.24/1.24+1)$ el valor de 0,55 lo que es igual a decir 55% en este caso la interpretación sería que existe un 55% de probabilidad que las gestantes con **aborto previo** presenten un parto pretérmino en su embarazo.

Tabla 08: La Infección del tracto urinario como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Infección del tracto urinario.			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	13	22	35			
No	10	25	35	1,477	0,541	4,032
Total	23	47	70			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que la **Infección del tracto urinario** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 1.477 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron una **Infección del tracto urinario** en su gestación tienen 1.44 veces más probabilidades de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(1.44/1.44+1)$ el valor de 0,59 lo que es igual a decir 59% en este caso la interpretación sería que existe un 59% de probabilidad que las gestantes con **Infección del tracto urinario** presenten un parto pretérmino en su embarazo.

Tabla 09: La Pre eclampsia como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Pre eclampsia.			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	2	32	34			
No	1	34	35	2,125	0,184	24,589
Total	3	66	69			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Ornetá Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que **la Pre eclampsia** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2.12 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron pre eclampsia tienen doble probabilidad de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(2.12/2.12+1)$ el valor de 0,67 lo que es igual a decir 67% en este caso la interpretación sería que existe un 67% de probabilidad que las gestantes con **pre eclampsia** presenten un parto pretérmino en su embarazo.

Tabla 10: La anemia como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Anemia		Total	Odds ratio	Prueba de monomios.	
	Si	No			Intervalo de confianza de 95 %	
				Inferior	Superior	
Si	6	29	35			
No	1	34	35	7,034	0,800	61,869
Total	7	63	70			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Ornetá Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que **la anemia** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 7 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron anemia tienen siete veces más probabilidades de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(7.03/7.03+1)$ el valor de 0,87 lo que es igual a decir 87% en este caso la interpretación sería que existe un 87% de probabilidad que las gestantes con **anemia** presenten un parto pretérmino en su embarazo.

Tabla 11: La Ruptura prematura de membrana como factor de riesgo ovular asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES OVULARES					
	Ruptura prematura de membrana.			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	9	26	35			
No	8	27	35	1,168	0,391	3,489
Total	17	53	70			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Ovulares asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que **la ruptura prematura de membrana** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 1.16 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron RPM 1.16 probabilidad de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(1.16/1.16+1)$ el valor de 0,53 lo que es igual a decir 53% en este caso la interpretación sería que existe un 53% de probabilidad que las gestantes con **RPM** presenten un parto pretérmino en su embarazo.

Tabla 12: La placenta previa como factor de riesgo ovular asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETERMINO	FACTORES OVULARES					
	Placenta previa.			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	2	33	35			
No	1	34	35	2,061	0,178	23,826
Total	3	67	70			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Ovulares asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que **la placenta previa** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2.06 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron placenta previa tienen doble probabilidad de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(2/2+1)$ el valor de 0,67 lo que es igual a decir 67% en este caso la interpretación sería que existe un 67% de probabilidad que las gestantes con **placenta previa** presenten un parto pretérmino en su embarazo.

Tabla 13: El Desprendimiento prematuro de placenta como factor de riesgo ovular asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES OVULARES					
	Desprendimiento prematuro de placenta.			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior		Superior	
Si	1	34	35	0,971	0,918	1,028
No	0	35	35			
Total	1	69	70			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Ovulares asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que el **Desprendimiento prematuro de placenta NO** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 0.97.

Tabla 14: El embarazo múltiple como factor de riesgo fetal asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES FETALES					
	Embarazo múltiple.			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 % Inferior Superior	
Si	1	34	35			
No	0	35	35	0,971	0,918	1,028
Total	1	69	70			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Fetal asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que el **Embarazo múltiple NO** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 0.97.

Tabla 15: El Polihidramnios como factor de riesgo fetal asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES FETALES					
	Poli hidramnios.			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 % Inferior Superior	
Si	1	34	35			
No	0	35	35	0,971	0,918	1,028
Total	1	69	70			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Orneta Meza Glenny Lorena.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Fetal asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, se pudo observar estadísticamente que el **Polihidramnios NO** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 0.97.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El parto pretérmino es uno de los problemas más relevante de la Obstetricia y es investigado en varias partes del mundo. La prematuridad constituye un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos, pero basados en etiologías diferentes. La etiopatogenia de la prematuridad es múltiple, siendo muchos y variados factores que van a propiciar este trastorno y las vías fisiopatológicas que se encuentran implicadas. ⁽³⁵⁾

La identificación oportuna de factores de riesgo y de amenaza de parto pretérmino no son específicos, las pacientes presentan síntomas que pueden relacionarse con un embarazo normal.

Del estudio realizado en relación a la edad de la gestante con parto pretérmino se encontró que el 48,5% corresponden a las edades entre 18 a 29 años seguida por el 28,5% de edades entre 14 a 17 años. Este dato se relaciona con el estudio de Guadalupe Huamán. ⁽³⁶⁾ En la que indica que el tener menos de 20 años y más de 34 años se relaciona significativamente con el parto pretérmino. La ocurrencia de parto pretérmino aumenta conforme disminuye la edad de la madre, debido a la inmadurez biológica de la gestante adolescente. ⁽³⁷⁾ En las pacientes añosas, la edad influye en las estructuras anatómicas vasculares como mayor riesgo de aterosclerosis, un probable inicio de la disminución hormonal y otros factores propios de la edad.

En relación al número de controles prenatal, del estudio realizado, solo el 31,4% cumplió con sus 6 controles. Los CPN son de importancia para la evaluación de la gestante y del feto ya que, a través de los controles periódicos programados,

se puede identificar a tiempo algún problema durante la gestación. De los resultados de Guadalupe Huamán ⁽³⁸⁾ indica que el Número de Control Prenatal inadecuado es un factor de riesgo para el parto pretérmino y en su estado alcanza un OR= 2,6. El control prenatal influye en el reconocimiento oportuno de signos de alarma de varias morbilidades que se presentan durante el embarazo y afectan la morbilidad materna y perinatal lo cual nos ayudaría a prevenir la presencia de parto pretérmino con el debido seguimiento de las patologías encontradas. ⁽³⁹⁾

En relación a los factores de riesgo a parto pretérmino en gestantes del Hospital Tingo María se encontró a la infección del tracto urinario con un OR= 1,477, información que se relaciona con estudios como el de Guadalupe Huamán quien encuentra relación significativa entre el ITU y el parto pretermino con un OR= 2,591. ⁽⁴⁰⁾ Así mismo los estudios de Vilchez Torres ⁽⁴¹⁾ quien encuentra relación estadísticamente significativa entre estas variables. La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; que pueden afectar significativamente a la madre y al feto, existiendo un aumento considerable de la incidencia de amenazas de parto pretérmino.

La pre eclampsia no solo afecta la salud materna pudiendo llevarle a la muerte, sino que también incrementa la tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino, en nuestro estudio la pre eclampsia alcanzo un OR= 2,125. Estudios como de Chira y Sosa ⁽⁴²⁾ mencionan que la pre eclampsia es un factor de riesgo para parto pretérmino pero no encuentra significancia de relación, y esto posiblemente se deba al déficit de calidad de control en las gestantes que tuvo en su población de estudio. La pre eclampsia se ha asociado a parto pretérmino y esto se debe a la dificultad de la placenta en el transporte de

oxígeno al feto, en esta entidad la disminución aguda y crónica de oxígeno al feto produce consecuentemente parto pretérmino.

La anemia es un factor de riesgo de importancia en nuestro hospital para la presencia de parto pretérmino ya que alcanza un OR= 7,034. La anemia, incrementada por los cambios en el embarazo, las necesidades del feto y el parto, constituyen las principales causas de morbilidad materno perinatal. Estudios como el de Sam y Zatta ⁽⁴³⁾ describen que la anemia en gestantes si tiene significancia además de ser un factor de riesgo para parto pretérmino.

En relación a ruptura prematura de membranas en nuestro estudio se considera como un factor de riesgo a parto pretérmino con un OR= 1,168. La cual tiene relación con el estudio de Gabriela Vílchez ⁽⁴⁴⁾ quien también encuentra relación significativa entre la RPM y el parto pretérmino.

El parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas comparten ciertos eventos fisiopatológicos, como estar relacionado con procesos infecciosos (vaginales y urinarios) que aumentan la síntesis de prostaglandinas y enzimas proteolíticas las cuales inducen cambios cervicales e inicio de contracciones uterinas que incrementan la tensión en las membranas ovulares que han sufrido cambios en la matriz de colágeno por la acción de elastasas y enzimas proteolíticas producidas por los agentes bacterianos.

CONCLUSIONES

FACTORES MATERNOS

- El **Aborto previo** es un factor de riesgo materno porque tiene un OR de 1.2.
- Las gestantes que tienen **Infección del tracto urinario** durante su embarazo tienen la probabilidad de presentar un parto pretérmino.
- Las gestantes que tienen **Pre eclampsia** tienen la doble probabilidad de presentar un parto pretérmino, a comparación de las gestantes que no tienen Pre eclampsia.
- Las gestantes que tienen **Anemia** durante su embarazo tienen 7 veces la probabilidad de presentar un parto pretérmino.

En relación a los Factores de riesgo Maternos se pudo evidenciar que el antecedente de un aborto previo, la Infección del tracto urinario, Pre eclampsia y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino.

FACTORES OVULARES

- Las gestantes que presentaron **Ruptura prematura de membranas** tienen la probabilidad de presentar un parto pretérmino.
- Las gestantes que tienen **Placenta previa** durante su embarazo tienen una doble probabilidad de presentar un parto pretérmino.

FACTORES FETALES

- Dentro de los factores fetales el **Embarazo múltiple** y el **Polihidramnios no** son factores asociados en nuestra población estudiada, por el nivel de evidencia, puesto que los valores de OR fueron menores de 1.

RECOMENDACIONES

- Concientizar a las pacientes y dar a conocer diferentes tipos de anticonceptivos que puedan usar y orientar hacia una reproducción responsable en donde se pueda llegar a final de la gestación de una forma saludable y sin riesgo tanto para la madre como el neonato.
- Capacitar al personal de salud para el reconocimiento precoz de todos los factores de riesgo para parto pretérmino y actuar oportunamente sobre los que sean modificables.
- Fomentar y brindar la suficiente información acerca del parto pretérmino en el consultorio de materno perinatal; así como de los factores asociados a la misma, con el objetivo de que las gestantes sepan identificar los factores asociados y puedan prevenir la aparición de parto pretérmino.
- Darle más importancia en la realización de los respectivos controles y exámenes complementarios prenatales con el fin de detectar los factores asociados al parto pretérmino y así evitarlos o tratarlos oportunamente para evitar la aparición del mismo.
- Sensibilizar a la comunidad médica y las gestantes de riesgo para parto pretérmino a fin de reconocer la presencia de los factores de riesgo en nuestra población a través de programas de capacitación, charlas informativas, etc.
- Elaborar estrategias preventivo promocionales de la salud materna para reducir las tasas de control prenatal inadecuado, control prenatal tardío y la identificación y tratamiento de las infecciones urinarias, principales factores de riesgo hallados por el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud Estadísticas Anuales [Internet] [Citado 17 de oct. 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
2. Hospital María Auxiliadora. Guía del Departamento de Ginecología y Obstetricia. [Internet] [Citado set 2017]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DPTO-GINOBST-14.pdf>
3. OMS. Centro de prensa de la OMS: Nacimientos prematuros. [Online]; 2014 [Citado el 01 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
4. Riva N. Factores de Riesgo para Parto Pretérmino Espontáneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha - Pucallpa. 2009 julio. Tesis para optar el grado de especialista en Gineco-Obstetricia.
5. Utama D, Crowther C. Tratamiento con Corticosteroides transplacentarias versus corticosteroides fetales directos para acelerar la maduración pulmonar fetal cuando hay riesgo de parto prematuro. Cochrane Database of Systematic. 2011 junio; 9(1).
6. Vásquez G, Ramírez J, Villar A. Epidemiología del parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé de Lima. In XXIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.; 2010; Lima. p. 20.
7. Valladares E, Gómez C. Medición ecográfica transvaginal del cuello uterino en la predicción del parto pretérmino espontáneo en el Instituto Materno Perinatal durante el año 2008. Tesis para optar el título de especialista en Gineco-Obstetricia.
8. Carmona J. Epidemiología y factores de riesgo para el parto pretérmino en el Hospital Militar Central. 2011. Tesis para optar el grado de especialista en Gineco-Obstetricia.
9. Stacy Beck D, Betran A. Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Bulletin of the World Health Organization. 2010 junio; 88(1).
10. López N, González M. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011 marzo; 76(5).

11. Guillén L, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W, Hernández N. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional. Rev. méd. hondur. 2012 diciembre; 80(4).
12. Ovalle A, Kakarieka E. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago de Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012 abril; 77(4).
13. Cortés C. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. Nutrición hospitalaria. 2013; 28(5).
14. Huaroto K. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Revméd panacea. 2013 mayo a agosto.; 3(2): p. 27-31.
15. Ríos CA. Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2012. Tesis para optar el grado de médico cirujano.
16. Goycochea W, Hidalgo C, Hernández H. Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en niños de 2 a 7 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2010 julio; 67(4).
17. OMS. Prematuridad. 2013. Prematuridad en América.
18. OMS. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos. 2011. comunicado.
19. Palencia A. Parto prematuro. CCAP. 2013 junio; 9(4): p. 11-19.
20. OPS. Ecuador Salud en las Américas: países. 2011..
21. Villanueva L. Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. Ginecología Obstetricia de México. 2010 diciembre; 76(9).
22. Espinoza J. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011 enero; 54(15).
23. Iriarte C. Parto Pretérmino en Pacientes del Hospital San Juan de Dios. 2008. Universidad Privada del Valle. Oruro-Bolivia, 2006 (investigación).
24. MINSA-Chile. Guía Clínica de Prevención Del Parto Prematuro. 2011. Santiago de Chile: MSP.

25. Calderón J. Factores de Riesgo Materno Asociados al Parto Pretérmino. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2012 enero; 43(4).
26. González L. Protocolo de Amenaza de Parto Prematuro. Comisión de Farmacia y Terapéutica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. 2011.
27. Goycochea A. Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en niños de 2 a 7 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2010 Octubre; 67(4).
28. Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago de Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012 Julio; 77(4).
29. Goldenberg R. The management of preterm labor. Obstetric and Gynecology. 2009 diciembre; 25(5).
30. Latorra C, Adina E, Di Marco I. Guía de Prácticas Clínicas Amenaza de Parto Prematuro. División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 1st ed. 22, editor. Buenos Aires-Argentina; 2009.
31. López N, González M, Álvarez L. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011 Enero; 76(5).
32. Pacheco J. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011 enero; 11(8).
33. Grandi C. El rol de la infección en la etiología del parto prematuro. Rev. Hosp. Mat. Inf. 2009 octubre; 25(12).
34. Watson W, Stevens D, Welter S, Day D. Observations on the sonographic measurement of cervical length and the risk of premature birth. J Matern – Fetal Med. Junio 2009; 8(17).
35. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preterm labor. Committee opinion Nº 206. Washington, D.C.: ACOG, 2008
36. Guadalupe Huamán. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital María Auxiliadora. [Internet]. [Citado 11 nov. 2017]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/937/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka_2017.pdf

37. Krymko H, Bashiri A, Smolin A, et al. Risk factors for recurrent preterm delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2004; 113: 160 – 163.

38. Guadalupe Huamán, op. Cit., p. 57

39. Carpio Panta Fernando. Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino. Hospital regional de Lambayeque. 2013. [Tesis Pregrado]. Trujillo-Perú: Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego. 2014. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/415>

40. Guadalupe Huamán, op. Cit., p. 62

41. Gabriela Vílchez Torres. Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015. [Tesis Post-Grado]. Nicaragua; Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN Managua, Facultad de Ciencias Médicas. 2016.

42. Chira Jorge Luis, Sosa Jorge Luis. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital provincial docente Belén de Lambayeque. *Rev. Salud & vida sipanense* vol. 2/nº2. Issn 2313-0369 /2015

43. Sam Fernández David Manuel. Zatta Cóndor Julio Edgar. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014. [Tesis Pre-Grado]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Facultad De Medicina Humana; 2015. Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes11.pdf>

44. Gabriela Vílchez Torres, Op. Cit., p. 53

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE HUANUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación. Considero que los resultados de éste estudio serán de beneficio para investigaciones posteriores relacionadas con las

.....

Mi participación consiste en responder algunas preguntas que no ponen en riesgo mi integridad física y emocional. Así mismo me informo que los datos que yo proporcione serán confidenciales, sin haber la posibilidad de identificación individual y también que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo deseo.

La alumna de la Universidad De Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, me ha explicado que es la responsable de la investigación y la está realizando como parte del desarrollo educativo para mejorar la educación sexual en los adolescentes. La información que yo proporcione estará en secreto y ningún estudio mostrara mi identidad.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. PACIENTE PRESENTO PARTO PRETÉRMINO

- a) Si
- b) No

II. DATOS GENERALES

1. Procedencia.

- a) Rural
- b) Urbano

2. Estado civil.

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Divorciada
- e) Viuda

3. Edad.

- a) 14 a 17 años
- b) 18 a 29 años
- c) 30 a 45 años

4. Grado de instrucción.

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

5. Tipo de Gestación

- a) Primigestas
- b) Segundigesta
- c) Multigesta
- d) Gran Multigesta

6. Control prenatal.

- a) 1 a 2 controles
- b) 3 a 4 controles
- c) 5 a 6 controles

III. FACTORES ASOCIADOS

FACTORES MATERNOS

7. Abortos previos.

- a) Si
- b) No

8. Infección del tracto urinario.

- a) Si
- b) No

9. Pre eclampsia.

- a) Si
- b) No

10. Anemia.

- a) Si
- b) No

FACTORES OVULARES

11. Ruptura prematura de membrana.

- a) Si
- b) No

12. Placenta previa.

- a) Si
- b) No

13. Desprendimiento prematuro de placenta.

- a) Si
- b) No

FACTORES FETALES

14. Embarazo múltiple.

- a) Si
- b) No

15. Polihidramnios.

- a) Si
- b) No

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	PBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENREAL. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS ¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores ovulares asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENREAL. Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS Identificar los factores maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.</p> <p>Identificar los factores ovulares asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.</p> <p>Identificar los factores fetales asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.</p>	<p>H_a: Los factores maternos, ovulares y fetales están asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.</p> <p>H_o: Los factores maternos, ovulares y fetales No están asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de Enero a Diciembre del 2016.</p>	<p>V.I: Factores de riesgo</p> <p>V.D: Parto pre término</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION Cuantitativo, relacional, analítico, tipo casos y controles.</p> <p>POBLACIÓN 35 casos (parto pre término) y 35 controles (parto a término).</p> <p>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Ficha de recolección de datos.</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS: Análisis descriptivo Análisis inferencial</p>

