



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE
OBSTETRICIA MÉDICO QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE EN EL AÑO 2018**

Líneas de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de médico cirujano

AUTORA :

Sedano Soria, Taneyri Carolina

ASESOR :

Dr. Barbosa Cieza, Reanio

JURADOS

Dr. Huarachi Quintanilla, Luis Alberto

Dr. Aliaga Chávez, Max

Dr. Díaz Díaz, Luis Jesús

Lima – Perú

2020

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a Dios por ser mi protector y mi guía en éste hermoso sueño que sin él nada sería posible.

A mis padres, mis héroes, que estuvieron siempre conmigo sin importar la distancia ni las dificultades.

A todo el personal de salud que está en primera fila en la lucha contra ésta pandemia

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la familia que tengo q siempre estuvo conmigo por todas las personas maravillosas que puso en mi camino que me brindaron su ayuda sin esperar nada a cambio por la experiencia del internado en el Hospital Hipólito Unanue.

ÍNDICE

RESUMEN	7
Objetivo.....	7
ABSTRACT.....	8
II. INTRODUCCIÓN	9
2.1. Descripción y formulación del problema:	10
2.1.1. Descripción del problema.....	10
2.1.2. Delimitación del problema:	10
2.1.3. Formulación del problema	11
2.2. Antecedentes:.....	11
2.3. Objetivos:.....	13
2.3.1. Objetivo general:	13
2.3.2. Objetivos específicos:	14
2.4. Justificación	14
2.5. Hipótesis	15
III. MARCO TEÓRICO.....	16
3.1. Bases Teóricas del tema de investigación	16
3.1.1. Amenaza de parto pretérmino (app).....	16
3.1.2. Aborto.....	18
3.1.3. Infección del Tracto Urinario:.....	20
3.1.4. Anemia:	20

3.1.5. Control prenatal:.....	21
3.1.6. Estado Civil:.....	21
3.1.7. Edad:.....	21
3.1.8. Infecciones Cérvico Vaginales:.....	21
3.1.9. Instrucción:.....	21
3.1.10. Procedencia:	22
3.1.11. Antecedente de Parto Pre Término:	22
IV. MÉTODO	23
4.1. Tipo de investigación.....	23
4.2. Ámbito Temporal y Espacial.....	23
4.3. Variables.....	23
Variable dependiente:	23
Variables independientes:	23
Casos:.....	23
Controles:.....	23
4.4. Población y muestra.....	23
4.4.1. Población.....	23
4.4.2. Muestra.....	23
4.5. Instrumentos	25
Técnica:.....	25
4.6. Procedimientos	25

4.7.	Análisis de datos	26
4.8.	Consideraciones éticas.....	26
V.	RESULTADOS.....	27
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	34
VII.	CONCLUSIONES	37
VIII.	RECOMENDACIONES	38
IX.	REFERENCIAS.....	39
X.	ANEXOS	42

RESUMEN

Objetivo: Determinar el principal factor de riesgo para amenaza parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de obstetricia médico quirúrgica del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 . **Metodología:** estudio analítico de tipo caso-control retrospectivo con 67 gestantes en el grupo de los casos (que tuvieron amenaza de parto pretérmino <37 semanas) y en los controles 67 gestantes que tuvieron un recién nacido sin parto pretérmino. Se aplicó el programa estadístico Stata versión 14.0. En el análisis bivariado, se utilizó la prueba chi² y para el análisis de variables múltiples, se utilizó la regresión logística, de donde se derivaron los Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) al 95%. **Resultados:** los factores asociados con el parto pretérmino son la anemia (OR = 4,55 e IC 95%= 1,96 – 10,58; p= 0,000), instrucción (OR =0,32 e IC 95%= 0,13 – 0,79; p= 0,014) y controles prenatales suficientes (OR = 0,2 e IC 95%= 0,08 – 0,73; p= 0,011). **Conclusión:** Se determina que el principal factor de riesgo asociado a amenaza de parto pretérmino es la anemia en gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia médico quirúrgico del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 . **Palabras claves:** factor de riesgo, amenaza de parto pre término

ABSTRACT

Objective: To determine the main risk factor for the threat of preterm birth in pregnant women treated in the hospital for medical obstetrics of the Hipólito Unanue National Hospital in 2018. **Methodology:** a retrospective case-control analytical study with 67 pregnant women in the case group (who had a threat of preterm birth <37 weeks) and in 67 pregnant women who had a newborn without preterm birth. The statistical program Stata version 14.0 was applied. In the bivariate analysis, the chi2 test was used and for the analysis of multiple variables, the logistic regression was used, from which the Odds Ratio (OR) and 95% Confidence Intervals (CI) were derived. **Results:** The factors associated with preterm birth are anemia (OR = 4.55 and 95% CI = 1.96 - 10.58; p = 0.000), instruction (OR = 0.32 and 95% CI = 0.13 - 0.79; p = 0.014) and sufficient prenatal controls (OR = 0.2 and 95% CI = 0.08 - 0.73; p = 0.011). **Conclusion:** It is concluded that the main risk factor associated with the threat of preterm birth is anemia in pregnant women hospitalized in the surgical medical obstetrics service of the National Hospital Hipólito Unanue in 2018. **Key words:** risk factor, threat of preterm birth.

I. INTRODUCCIÓN

La tasa de nacimientos prematuros, a nivel global, es estimada alrededor de un 11% (de 5% en Europa a 18% en África), y aproximadamente los nacimientos prematuros son de 15 millones anualmente (rango 12 a 18 millones). (George, 2019)

Se estima que anualmente alrededor de un millón de éstos neonatos fallecen a causa de intercorrientes al atravesar el canal del parto. La mayoría de los que subsisten sufren alguna forma de limitación perpetua, siendo las más características, las vinculadas al aprendizaje, así como, defectos visuales y auditivos. (OMS, 2018)

Según el reporte del MINSA la notificación de defunciones neonatales por prematuridad y anomalías congénitas letales se acrecienta paulatinamente encontrándose como primera causa de defunción neonatal a la asociada con prematuridad e inmadurez alrededor de un 33 %. (MINSA, 2019)

Con relación a la tasación de supervivencia de los prematuros en relación al lugar del parto se ha observado considerables diferencias. Se ha observado que más del 90% de los prematuros extremos (menos de 28 semanas) que nacieron en países aún en desarrollo perecen en los primeros días de vida; sin embargo, en los países desarrollados perecen menos del 10% comparado con los neonatos de similar edad gestacional. (Ota, 2018)

Un causante de gran amenaza para la limitación en el desarrollo es la prematuridad, con resultados desfavorables para el neonato, su entorno familiar y social. Siendo crucial reconocer los causantes que conllevan a este problema de forma precoz, para la prevención oportuna. (Calvo & García, 2015)

En el Perú se estima que el 19% de mujeres entre los 18 a 49 años se han practicado al menos un aborto pese a la responsabilidad legal (IOP-PUCP, 2018). Producto del crecimiento

poblacional y la limitación por los adolescentes de métodos anticonceptivos se espera que en posteriores encuestas se encuentren valores más altos. (García, Taype, & Nicolaz, 2016)

Conforme al reporte de la encuesta con datos a nivel nacional que presentó PROMSEX la cual fue ejecutada por el IOP-PUCP donde se muestra que a pesar de que la práctica del aborto es evidenciada sin importar el nivel económico los estratos que mostraron mayor incidencia fueron los que perciben menos ingresos. También sostienen que la edad de mayor frecuencia de ésta práctica es entre las mujeres < 30 años. (IOP-PUCP, 2018)

1.1. Descripción y formulación del problema:

1.1.1. Descripción del problema

El **parto pre término** todavía es un problema no resuelto mundialmente pese a la incorporación de nuevas tecnologías en la medicina y programas de salud en la política de los países. La más habitual de morbilidad y mortalidad neonatal, lo que conlleva a evaluar los condicionantes éste problema y dictar medidas de prevención; así como, identificar la población vulnerable. Entre los condicionantes revisados previamente se vislumbró que el antecedente de aborto presenta asociación importante dejando en evidencia que muchas de las mujeres inician su vida sexual con la práctica de un aborto sea inducido o espontáneo. (Flores, 2016)

1.1.2. Delimitación del problema:

Delimitación espacial.

Se ejecutó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) cuya ubicación está en la avenida César Vallejo N° 1390, en el distrito de El Agustino; perteneciente a la provincia y departamento de Lima – Perú.

Éste es un nosocomio de referente, cuya área de influencia directa está circunscrita a la jurisdicción de la Dirección de Salud

Delimitación temporal

El presente estudio se emprendió con los informes obtenidos a partir de las Historias Clínicas a lo largo del 2018.

Delimitación social

La población de estudio fueron las historias de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pre término del HNHU en el año 2018.

1.1.3. Formulación del problema

¿CUÁL ES EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA MÉDICO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2018?

1.2. Antecedentes:

Flores (2016) en su pesquisa cuyo estudio fue del mismo tipo que de ésta investigación con una muestra de 428 gestantes formando un grupo de expuestos (214 gestantes) y otro de no expuestos (214 gestantes) concluyendo que el aborto previo incrementa el riesgo del parto antes de las 37 semanas cuyo en 2,5 veces más a diferencia de las que no presentaban dicho antecedente y a 4,425 veces más con dos abortos previos; con más de 2 abortos no se halló resultados significativos. (Flores, 2016)

Resultados similares los encontramos en los estudios de Saccone (2016) en cuya investigación *“Evacuación uterina previa del embarazo como factor de riesgo independiente*

para parto prematuro: una revisión sistemática y metaanálisis se encontró que las gestantes con datos de interrupción inducida del embarazo o aborto espontáneo previo presentaron mayor riesgo significativo de parto pretérmino en comparación con las gestantes controles (5.7% vs 5.0%; OR, 1.44, [IC 95%, 1.09–1.90]). (Saccone, 2016)

También Retureta y col. (2015) en un estudio analítico, casos y controles *Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del municipio Ciego de Ávila* en el período 2009-2012 establecido por 2 grupos de casos (423 puérperas) y controles (486 puérperas) determinando que el historial de aborto anterior aumenta la probabilidad de producirse un parto prematuro con un odds ratio de 2,560 (Retureta & Alvarado, 2015)

Así como, también Ahumada y col. (2016) referió en su análisis de *Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital* trabajo tipo caso-control efectuado en 298 mujeres de los casos y en los 302 mujeres controles que el antecedente de controles prenatales insuficientes es el factor más resaltante que desencadena el trabajo de parto antes del término de la gestación siendo éste 3,2. (Ahumada & Alvarado, 2016)

Según Swingle y col. (2009) en un estudio de revisión sistemática con metaanálisis, *Abortion and the Risk of Subsequent Preterm Birth*, sostienen que contar con precedente de inducción de aborto genera un 60-65 % adicional de probabilidad de un parto antes de las 32 semanas en contraposición de las que no cuentan con dicho precedente si es un aborto espontáneo el riesgo aumenta en un 43% con un de OR:1,43, indicando esto 6 estudios, y si el precedente fue espontáneo y más de una vez el riesgo es un 127 % y el OR: 2,27, referido por 7 estudios, en gestaciones posteriores. (Swingle, Tarah, Colaizy, Zimmerman, & Morris, 2009)

Michel (2015) El estudio *Resultados adversos del embarazo entre mujeres con abortos espontáneos o inducidos previos* señaló que contar con dos o más de abortos anteriores se

asocia con un mayor probabilidad de presentar un parto entre 22 a 37 semanas en gestaciones posteriores (OR 2.6, [IC 95% 1.7–4.0]). (Michel, 2015)

Olaya y col. (2017) en su Tesis *“Factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2010 – 2014”* cuya muestra fue de 39 historias clínicas como pacientes expuestas y como controles 78 pacientes no expuestas infirieron que el estado civil soltera es la principal variable de exposición siendo su valor 3,43 (Olaya & Pardo, 2017)

Uceda (2018) en el trabajo *“Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015”* que fue de tipo observacional analítico con grupos de casos (141) y controles casos (141) obtuvieron a la infección del tracto urinario como principal desencadenante con un valor de OR=16,391. (Uceda, 2018)

En Alarcón, (2017) la tesis *“Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé – 2016”* donde los grupos formados por los casos y controles donde cada grupo estuvo formado por 54 gestantes hallaron como principal factor de exposición el no tener instrucción (p=0.028; OR=7.89). (Alarcón, 2017)

Melo (2018) Según el estudio *“Factores de riesgo de parto pre término en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2017”* con el modelo de estudio similar al que se utilizará en el presente estudio, finalizan señalando que la infección urinaria es el más trascendental factor causante con los valores de OR=9.71, IC= (3.426 – 27.524) y p=0.00. (Melo, 2018)

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general:

Determinar cuál es el principal factor de riesgo para la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia médico quirúrgico de hospitalización del Hospital Hipólito Unanue 2018

1.3.2. Objetivos específicos:

‘Determinar la frecuencia de amenaza de parto pre término en las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue durante el año 2018’’

Identificar la asociación entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pre término en las gestantes atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue enero-diciembre 2018 .

1.4. Justificación

El parto pre término aún es uno de los primordiales problemas de salud pública, reproductiva y neonatal. Constituyéndose como la primera causa de morbimortalidad neonatal la cual no ha disminuido según índices actualizados al contrario persiste el incremento. Se quiere identificar de modo conveniente entre las variables desencadenantes para éste problema que ya están descritas por los reportes de investigaciones previas, cuál es el factor que muestre el mayor riesgo, de modo que tanto los profesionales de la salud, entorno familiar, la gestante misma, tomen las precauciones necesarias para reducir la tasa de casos ésta condición. Como ya se mencionó son diversos los factores con relación al embarazo pre término; sin embargo, no se ha investigado a fondo es por ello que en el presente estudio ahondaremos en el factor con mayor riesgo de la amenaza de parto pre término.

Los resultados encontrados cooperarán a que se prescriban medidas orientadas a monitorizar principalmente el factor con mayor riesgo; así como, perfeccionar el Programa de Salud Integral de la gestante en el nosocomio de ésta investigación.

1.5. Hipótesis

Hipótesis alterna

El antecedente de aborto previo es el principal factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de obstetricia médico quirúrgico del hospital Hipólito Unanue en el año 2018 .

Hipótesis nula

El antecedente de aborto previo no es el principal factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de obstetricia médico quirúrgico del hospital Hipólito Unanue en el año 2018 .

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas del tema de investigación

2.1.1. Amenaza de parto pretérmino (app)

De acuerdo a la Segó es *“el surgimiento de contracciones a un ritmo de 4 en 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 a 37 semanas de gestación las cuales se asocian modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2 cm y/o borramiento \geq 80%”*. (S.E.G.O., 2015)

Al revisar la literatura se evidencia que hay discrepancias en cuanto a la definición de APP especialmente en los valores del borramiento del cuello uterino y a la dilatación. (Flores, 2016)

Cuando fracasa el tratamiento de la APP éste puede conducir a un parto pretérmino. Siendo la hospitalización por APP una de las fundamentales causas de ingreso de la gestante antes del parto generando grandes costos asociados al cuidado prenatal. Por esto, la prevención de la prematuridad la APP debe ser lo último en tratar. (SEGO, 2012). *“La etiología obedece a múltiples factores asociados como infección intraamniótica, isquemia útero-placentarias, malformaciones fetales, sobredistensión uterina, factores inmunológicos y estrés”*. (Flores, 2016)

Se estima que *“el 70% de los nacimientos pretérmino son precedidos por la APP (45%) y de la ruptura prematura de membrana (25%); y el porcentaje sobrante compete al riesgo materno o fetal (preeclampsia/eclampsia, crecimiento intrauterino restringido, metrorragia, etc.)”*. (Ochoa & Pérez, 2009)

“La prematuridad es la primera causa de morbilidad perinatal; excluyendo las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales se puede atribuir a ella”. (Gutiérrez, 2018)

Factores de riesgo asociados.

Maternos.

“Edad menor de 15 o mayor de 40 años, peso pregrávido menor de 40 Kg, menor de 4 controles prenatales., tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día, narcoadicción, analfabetismo, infección: cervicovaginal (vaginosis bacteriana), intraamniótica (con membranas ovulares íntegras), urinaria (pielonefritis), ITS, TORCH, Hepatitis, anomalías uterocervicales: incompetencia cervical, malformaciones uterinas, miomatosis uterina, patologías que producen hipoxia: cardiopatías, asma, alteraciones hematológicas, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo, anemia, antecedente de aborto o de partos prematuros, cirugía abdominal previa durante el embarazo, conización cervical, RPM y corioamnionitis, traumatismos, el esfuerzo físico y el estrés psíquico, prematurez iatrogénica por inducción o cesárea anticipada”. (Flores, 2016)

Fetales.

“Embarazo múltiple, malformaciones congénitas, RCIU, óbito fetal, líquido amniótico, polihidramnios, oligohidramnios, infecciones intercurrentes”. (Flores, 2016)

Placentarios.

“Placenta previa, Desprendimiento prematuro, Placenta circunvalada, Inserción marginal del cordón umbilical”. (Flores, 2016)

El diagnóstico fundamentalmente está basado en *“valorar la dinámica uterina por medio de la cardiotocografía externa o por palpación abdominal”.* Aún las

instituciones no coinciden al señalar el número de contracciones necesarias para definir una APP.(SEGO, 2012)

Se señala de forma general que *“4 contracciones en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos de duración de más de 30 segundos de cada contracción, palpables y dolorosas”* son las características de la APP. (Flores, 2016)

El tacto vaginal se realiza previamente, aunque hay variedad interobservador. También Se debe examinar según la Segó *“la vagina mediante la especuloscopia por la probabilidad de encontrar protruyendo la bolsa amniótica a través del cérvix”*. Evaluándose la dilatación, el borramiento, la posición, la consistencia y la altura de la presentación. Si encontramos el cérvix con borramiento >80% y/o dilatado de 2 cm o más, estamos frente a una APP; así como, a un borramiento y dilatación cervical graduales. (Flores, 2016) (SEGO, 2012)

En América Latina anualmente nacen unos 12 millones de neonatos de los cuales según reportes 400 000 mueren antes de los 5 años; 270 000 en el primer; 180 000 durante el primer mes y 135 00 por parto pretérmino. La situación más agravante es en los prematuros extremos; ya que, *“el 20% fallece en el primer año de vida y hasta el 60 % de los supervivientes presentan discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral) ”*. (Zayas, 2014)

Con todo lo ya expuesto, además de los fallecimientos, *“el parto pretérmino constituye cuantiosos costos económicos y emocionales”* para la unidad familiar y la población. (Flores, 2016)

2.1.2. Aborto

La SEGO define como *“aborto a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de <500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo)*

o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional definitivamente no viable (como, huevo no embrionario, mola hidatidiforme, etc.), indistintamente de si hay o no evidencia de vida o si fue espontaneo o inducido''. (Garcia, Taype, & Nicolaz, 2016)

En particular el aborto quirúrgico provocaría *''diversos tipos de complicaciones a corto plazo, como hemorragia posaborto, adherencia intrauterina causada por una infección o perforación uterina siendo éstas las más frecuentes''*; otros estudios además sugieren que en embarazos posteriores la probabilidad de parto prematuro es mayor. (The University of Hong Kong, 2012)

Cuando las mujeres quedan embarazadas, diversos sistemas fisiológicos varían sutilmente con la finalidad de prepararse para la gestación; sin embargo, al interrumpir el embarazo bruscamente generaría que a *''nivel endocrino las hormonas caigan descendan drásticamente sin un proceso de adaptación, lo que produciría un daño potencial al cuerpo''*. El deterioro de la función de orgánica o el envejecimiento prematuro será mayor con más de 2 abortos. (The University of Hong Kong, 2012)

Clasificación.

Aborto espontáneo.

El ACOG la define como *''la pérdida prematura del embarazo en las primeras 13 semanas presentándose en un 10 % de los embarazos confirmados. Se estima que la mitad son producto de un suceso al azar en el cual el embrión presenta anormalmente el número de cromosomas''*. (ACOG, 2015)

Aborto inducido.

Se lleva a cabo cuando se realiza un procedimiento o se administran medicamentos para terminar el embarazo. La ACOG sostiene que 3 de cada 10 mujeres habrán tenido un aborto a los 45 años. (ACOG, 2015).

Según la *“OMS la mujer se expone a riesgos en su salud que la pueden llevar inclusive hasta la muerte”* por un aborto inseguro. (Guevara, 2010)

La OMS afirma que *“en América Latina se practican 30 abortos inseguros, procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo o ambos”*, por cada 1000 mujeres entre 15 a 44 años; y que la tasa de mortalidad materna por aborto inseguro oscila entre 30 y 49 por 100 000 nacidos vivos. Según la Oficina General de Epidemiología del Perú anualmente se producen en promedio 30 muertes maternas por aborto. (Guevara, 2010)

2.1.3. Infección del Tracto Urinario:

Complicación médica más frecuentes en la gestación producto de los cambios fisiológicos asociados al embarazo los cuales predisponen al desarrollo de complicaciones como la Bacteriuria Asintomática, la Cistitis Aguda y la Pielonefritis Aguda. Pese al avance de nuevos antibióticos ésta infección continúa asociándose a elevada morbimortalidad materna y fetal. (Ramos, 2019)

2.1.4. Anemia:

La deficiencia especialmente de hierro es *“un problema a nivel mundial en las gestantes, siendo éstas uno de los grupos más vulnerables de presentar anemia por ser éste micronutriente de requerimiento alto durante la gestación”*. Según los criterios de la OMS

“la anemia se clasifica en leve (100-109 g/L), moderada (70-99g/L) y grave (<70 g/L)”.
(Olaya & Pardo, 2017)

2.1.5. Control prenatal:

El control prenatal posee influencia gravitante durante la evolución perinatal del producto. Las gestantes sin control prenatal o con controles insuficientes se exponen a presentar partos prematuros en comparación con las que presentan con control mínimo eficiente. (Olaya & Pardo, 2017)

2.1.6. Estado Civil:

El estado civil soltera o no tener pareja la gestante según la literatura está relacionada muchas veces al parto pretérmino. Según la normativa de la RENIEC los estados civiles de una persona individual son cuatro, éstos son: Soltero (S), Casado (C), Viudo (V) y Divorciado (D).
(Olaya & Pardo, 2017)

2.1.7. Edad:

Los estudios mencionan que las edades de mayor riesgo se encuentran en las < 20 años y > 34 años. (Olaya & Pardo, 2017)

2.1.8. Infecciones Cérvico Vaginales:

“La flora microbiana vaginal comensal juega un rol en la protección contra infecciones por una serie de mecanismo en la gestación normal. En la mujer no embarazada, la presencia de Vaginosis Bacteriana se asocia a un mayor riesgo de infección del tracto genital superior e infecciones de transmisión sexual”. (Ramos, 2019)

2.1.9. Instrucción:

Es considerado que *“el bajo nivel cultural está relacionado a parto pretérmino”* debido a que dicha asociación que posee con el bajo nivel económico son dependientes entre ellos. (Ramos, 2019)

2.1.10. Procedencia:

En cuanto a la determinación de la estructura poblacional en área urbana, que es habitada permanentemente por más de 2000 habitantes, y rural, *“que es propio o que hace referencia al campo, tanto al tipo de vida como a las ocupaciones propias de esta”*. Señalando que es factor de riesgo el radicar en zonas rurales (Olaya & Pardo, 2017)

2.1.11. Antecedente de Parto Pre Término:

Considerado *“el factor de riesgo más importante relacionado con la prematuridad”* según los reportes de diversas investigaciones. Las mujeres con antecedente de un parto pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas poseen mayor riesgo de parto pretérmino en gestaciones posteriores del 15%. Si son 2 de éstos precedentes, el riesgo es del 41% y si son 3 los precedentes el riesgo será el 67%. Si éste parto pre término fue antes de las 28 semanas poseería 10 veces más el riesgo de presentar un nuevo parto pretérmino. (Alarcón, 2017)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

CUANTITATIVO-ANALITICO CASOS Y CONTROLES

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

Ésta investigación se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue El Agustino. Lima. Perú, durante el periodo de enero – diciembre 2018 .

3.3. Variables

Variable dependiente: Amenaza de parto pretérmino

Variables independientes: Antecedente de aborto, infección del tracto urinario, anemia, antecedente de parto pretérmino, estado civil soltera, instrucción, controles prenatales insuficientes, controles prenatales suficientes, procedencia e infección cervicovaginal,

Casos: gestantes con amenaza de parto pretérmino

Controles: gestantes sin amenaza de parto pretérmino

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Está constituida por 168 gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino hospitalizadas en el servicio médico quirúrgico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2018.

3.4.2. Muestra

Estuvo conformado por 134 gestantes, las cuales se clasificaron en dos grupos, el primero fue el grupo de casos compuesto por 67 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino

y el grupo control compuesto por 67 gestantes sin amenaza de parto pretérmino hospitalizadas en el servicio médico quirúrgico del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2018.

Criterios de inclusión

Grupo caso.

- ✓ Gestante con 22 semanas cumplidas hasta las 36 6/7 semanas de gestación.
- ✓ Gestante con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino atendida en el servicio de hospitalización del HNHU.
- ✓ Gestantes entre 16 a < 40 años de edad.

Grupo control.

- ✓ Gestante con 37 semanas cumplidas a más de gestación atendidas en el servicio de hospitalización del HNHU.
- ✓ Gestantes entre 16 a < 40 años de edad.

Criterios de exclusión:

- ✓ Gestantes que hayan ingerido medicamentos o sustancias, ya sea química o natural, que provoquen actividad uterina.
- ✓ Gestantes < 15 años y mayores de 40 años.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Gestante con antecedente de parto pretérmino.
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Malformaciones congénitas
- ✓ RCIU
- ✓ Óbito fetal

- ✓ Polihidramnios y Oligohidramnios
- ✓ Gestantes con ITS, TORCH, Hepatitis
- ✓ Anomalías uterocervicales: Incompetencia cervical, Malformaciones uterinas, Miomatosis uterina.
- ✓ Placenta previa, Desprendimiento prematuro, Placenta circunvalada
- ✓ Inserción marginal del cordón umbilical.
- ✓ Gestantes con cardiopatía, asma, alteraciones hematológicas, diabetes mellitas, hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo
- ✓ Gestantes con diagnóstico de preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp, historia de cerclaje cervical

3.5. Instrumentos

Técnica: En esta investigación la técnica utilizada fue de tipo documental; dado que, la información obtenida fue del reporte de las historias clínicas de las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.6. Procedimientos

Inicialmente para ejecutar este estudio se realizó los trámites estipulados por la administración de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Hipólito Unanue con el fin de obtener la autorización y las facilidades para la respectiva recolección de datos. Ésta se llevó a cabo durante el mes de enero y se utilizó como instrumento el cuestionario y las historias clínicas, las cuales fueron revisadas, leídas y llenadas fehacientemente por la investigadora.

El cuestionario utilizado fue el mismo que se utilizó en el estudio “El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno Perinatal diciembre 2015- mayo 2016” (ANEXO 1) esta ficha fue evaluada por un Juicio de Expertos

(5 especialistas), de tal forma que se halló la validez de contenido a través de la Prueba Binomial.

La información recopilada fue tabulada de acuerdo a la operacionalización de las variables, al realizar el análisis estadístico a través de la aplicación Excel de Microsoft 2016, de acuerdo a los objetivos que se plantearon la cual contempla la edad de las pacientes, la edad gestacional al momento la amenaza de parto pretérmino, grado de instrucción, estado civil, anemia, la historia de abortos entre otros. Nacional Hipólito Unanue, enero- diciembre 2018.

3.7. Análisis de datos

Para el procesamiento de la información recolectada se utilizó en el software STATA 14.0 para la obtención de OR, los porcentajes, índice de confianza, p y análisis de regresión logística. La significancia en éste estudio fue del 5% con un intervalo de confianza al 95%. Los resultados obtenidos se exponen mediante tablas y gráficos.

3.8. Consideraciones éticas

Se gestionó el permiso al Director y al comité encargado, para el desarrollo de esta investigación la cual se ejecutó en base a la revisión retrospectiva de los datos que figuraban en las historias clínicas de las gestantes sin distinción de sexo, raza, credo, religión, procedencia o posición económica. El informe de los datos de las pacientes mencionadas en las historias clínicas fue totalmente reservado, así como la autenticidad e integridad de los resultados que se hallaron.

IV. RESULTADOS

En la tabla 1 y en las figuras 1,2,3 y 4 se observan los factores de riesgo de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional del Hipólito Unanue en el año 2018, donde la edad promedio de los casos fue 26,5 años y de los controles fue 26,6 años, y de la muestra 26. La edad gestacional promedio de las gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino fue 32,4 semanas y 39 semanas en el grupo control. El promedio de controles prenatales en los casos fue 4,59 y del grupo control fue 5,9 siendo el promedio de la muestra de 6. El valor de la hemoglobina de los casos fue 10,8 y de los controles 11,56 así como de la muestra 11,3.

Tabla 1

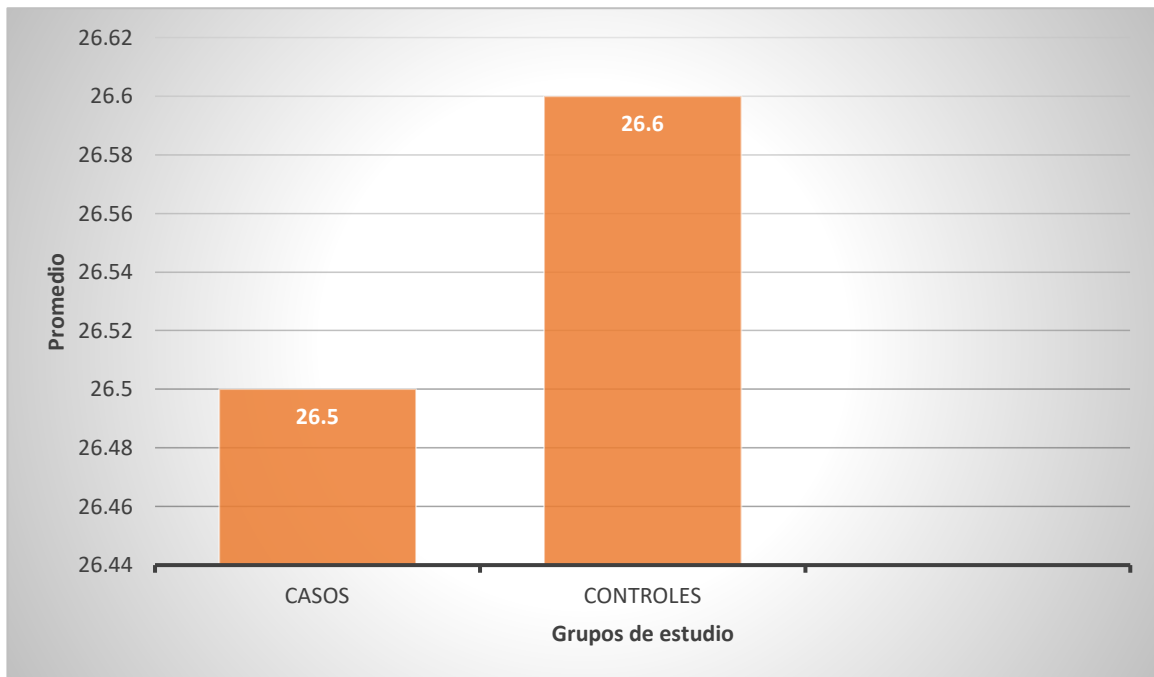
Factores de Riesgo Asociados al Parto pretérmino, Hospital Hipólito Unanue 2018

Factores de riesgo	Grupo			Total		
	Caso	Control	Promedio	Mean	Dsv.	Prob> z
Edad	26,5	26,6	26	26,5	6,74	0,00861
E.G	32,4	39	-	-	-	-
Cpn	4,59	5,9	6	5,76	2,75	0,06492
Hb	10,8	11,56	11,3	11,23	1,19	0,73229

Nota: Hb: hemoglobina, Cpn: controles prenatales

Figura 1

Promedio de edad en los grupos de estudio

**Figura 2**

Promedio de la edad gestacional en los grupos de estudio

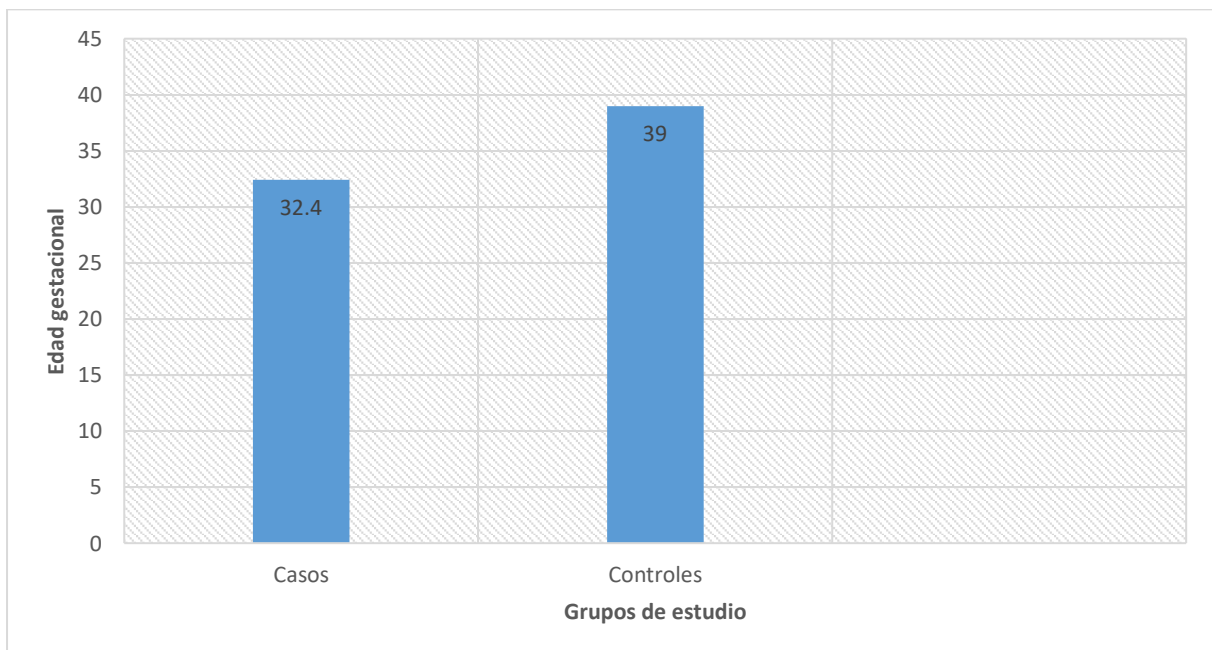
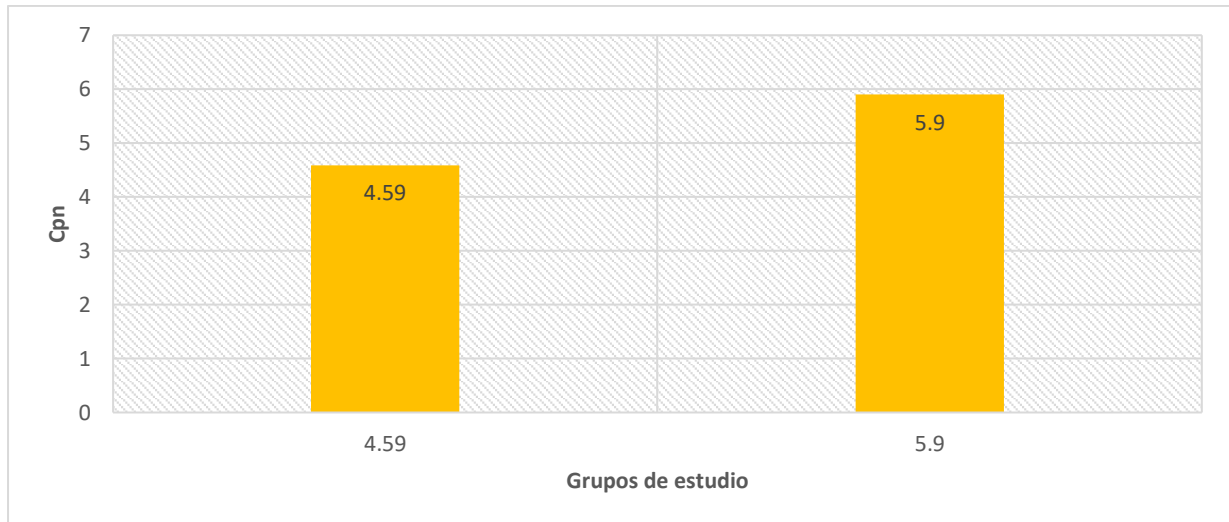


Figura 3

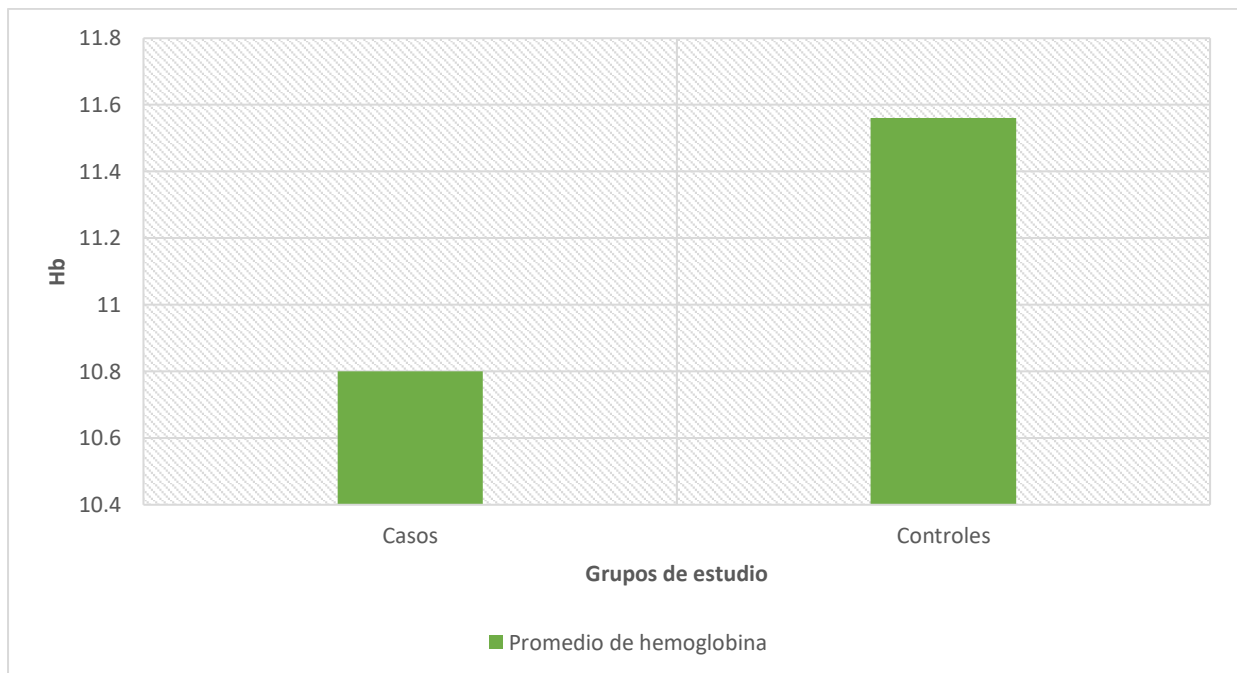
Promedio de Cpn en los grupos de estudio



NOTA: Cpn: controles prenatales

Figura 4

Promedio de hemoglobina en los grupos de estudio



Nota: Hb: hemoglobina

En la tabla 2 y en la figura 5 y 6 se observan los porcentajes de los factores riesgo, así como el odds ratio y la significancia.

El 59,7% de las gestantes con amenaza de parto pretérmino tenía instrucción, comparado con el 82% de las gestantes del grupo control, presentando diferencia estadísticamente significativa ($p=0.03$) con un OR 0,43 (0,18-1).

El 40,3% de los casos presentaba CPN insuficientes y en los controles un 53,7% no encontrándose significancia suficiente ($p=0,057$). También se observa que el 59,7% de los casos contaban con CPN suficientes y los controles con un 46,3% siendo éstos resultados no significativos.

Encontramos también que el porcentaje en los casos de antecedente de aborto es 22,4% y los controles es 32,8 obteniendo una diferencia no estadísticamente significativa ($p=0,17$).

El 20,9% de los casos presentaban ITU a diferencia de los controles encontrándose un 31,4%; sin embargo, la diferencia estadística es no significativa ($p=0,11$).

No se encontraron datos de infección cervicovaginal en los casos que integraron la muestra a diferencia de los controles el cual el 4% presentó dicha infección a pesar de que el programa obtuvo una diferencia significativa ($p=0,04$) no pudo calcular el OR por no contar con casos con dicha infección.

El porcentaje de casos que presentaban anemia fue el 20,9% y el de los controles fue 52,3% resultando significativa la diferencia estadística ($p=0,0001$) con un OR: 4,39 (1,93-10,17).

Los casos que presentaron antecedente de parto pretérmino fue un 3% y de los controles un 10,5% no encontrándose significancia estadística ($p=0,08$).

El porcentaje de casos con sin pareja fue 23,88% y con pareja fue 17,91% siendo la diferencia estadística no significativa ($p=0,34$).

El porcentaje de casos que residen en Lima fue 73,14% y en los controles se encontró un 81,6% sin significancia estadística ($p=0,30$).

Tabla 2

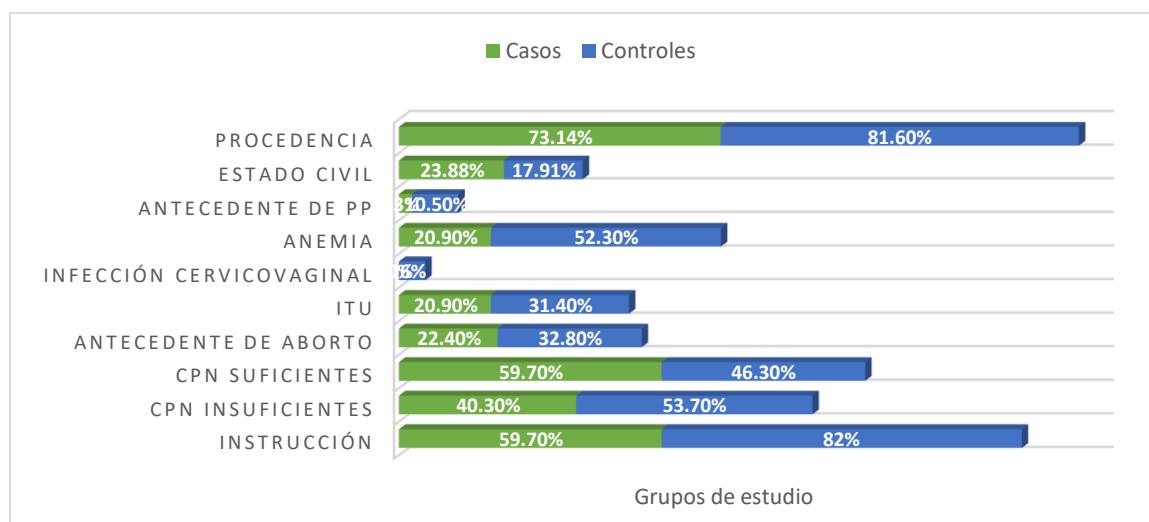
Factores de riesgo asociados al parto pre termino hospital Hipólito Unanue - análisis bivariado

Factores de riesgo		Grupo				P	OR IC 95%
		Caso		Control			
		N	%	N	%		
Instrucción	No	27	40,3%	12	18%	0,03	0,43 (0,18-1)
	Sí	40	59,7%	55	82%		
Cpn insuficientes	No	40	59,7%	31	46,3%	0,057	-
	Sí	27	40,3%	36	53,7%		
Cpn suficientes	No	27	40,3%	36	53,7%	0,088	-
	Sí	40	59,7%	31	46,3%		
Antecedente de aborto	No	52	77,6%	45	67,2%	0,17	-
	Sí	15	22,4%	22	32,8%		
Itu	No	53	79,1%	46	68,6%	0,11	-
	Sí	14	20,9%	21	31,4%		
Infecciones cervicovaginal	No	67	100%	63	94%	0,04	-
	Sí	0	0,0%	4	6%		
Anemia	No	53	79,1%	32	47,7%	0,0001	4,39 (1,93-10,17)
	Sí	14	20,9	35	52,3%		
Antecedente de parto pretérmino	No	65	97%	60	89,5%	0,08	-
	Sí	2	3%	7	10,5%		
Estado civil	No	51	76,12%	55	82,09%	0,39	-
	Sí	16	23,88%	12	17,91%		
Procedencia	No	18	26,86%	13	19,4%	0,30	-
	Sí	49	73,14%	54	81,6%		
TOTAL		67	100%	67	100%		

Nota: Cpn: controles prenatales, Itu: infección del tracto urinario

Figura 5

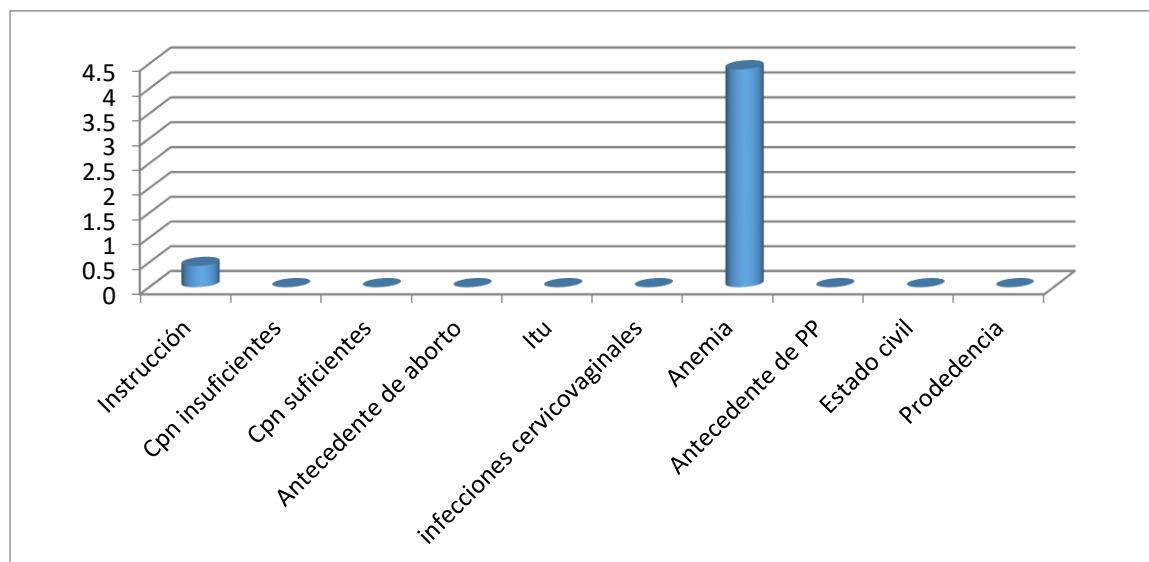
Porcentaje de la exposición a los factores de riesgo de los grupos de estudio



Nota: Itu: infección del tracto urinario, Cpn: controles prenatales

Figura 6

OR de las variables significativas



Nota: Cpn: controles prenatales, Itu: infección del tracto urinario, PP: parto pre término

En la tabla 3 y figura 7 muestra el análisis multivariado de las variables como procedencia no mostró significancia ($p=0,177$) así como las CPN insuficientes ($p=0,167$), ITU ($p=0,255$), aborto ($p=0,175$), antecedente de parto pre término ($p=0,92$).

Las variables instrucción mostró diferencia estadística significativa ($p=0,014$) con OR: 0,32 (0,13 - 0,79), CPN suficientes ($p=0,011$) con OR: 0,25 (0,08 – 0,73) y anemia ($p=0,000$) con OR: 4,55 (1,96 – 10,5).

Tabla 3

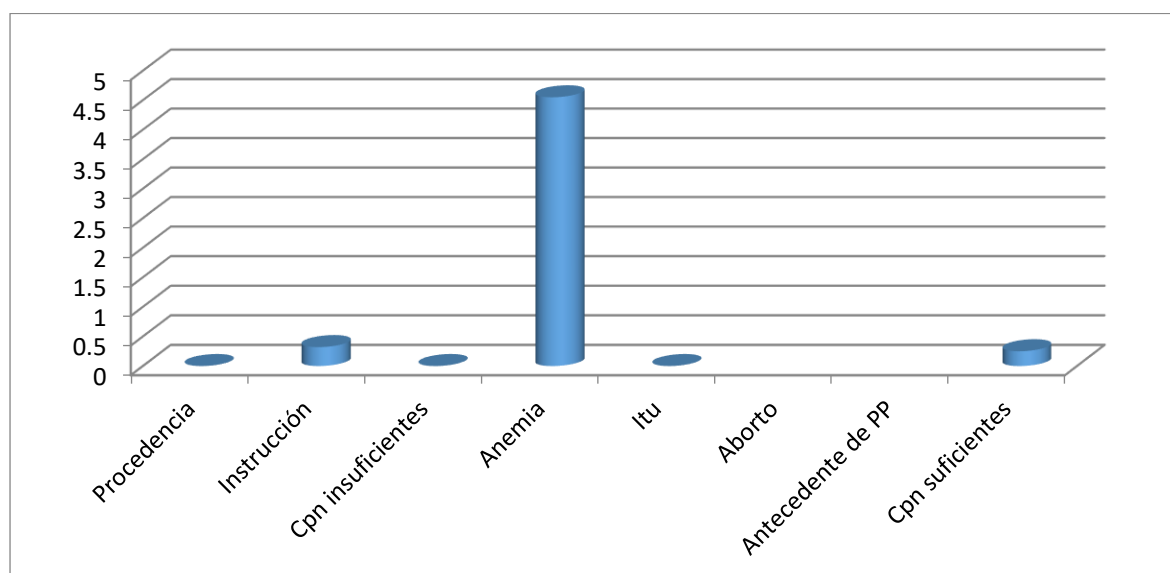
Análisis multivariado con variables con $p < 0,30$

Factor de riesgo	Odds Ratio	p	IC 95%
Procedencia	1,92	0,177	0,74 – 4,97
Instrucción	0,32	0,014	0,13 -0,79
Cpn insuficientes	1,73	0,167	0,79-3,79
Anemia	4,55	0,000	1,96-10,5
Itu	1,65	0,255	0,69-3,93
Aborto	1,81	0,175	0,76-4,32
Antecedente de PP	2,31	0,357	0,38-13,74
Cpn suficientes	0,25	0,011	0,08-0,73

Nota: Cpn: controles prenatales, Itu: infección del tracto urinario

Figura 7

OR del análisis multivariado de variables con $p < 0,3$



V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio encontramos que los promedios de edades de las gestantes presentaron valores similares; ya que, éstas fueron de 26,5 y 26,6 años para gestantes con y sin amenaza de parto pre término, respectivamente con promedios semejantes a los estudios de Retureta y col. (2015), Ahumada y col. (2016) y Olaya y col. (2017).

El promedio de edad gestacional, de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, fue de 32,4 semanas siendo éste un hallazgo relevante; ya que, al desencadenarse el trabajo de parto hay un alto riesgo de morbilidad neonatal; éste promedio es cercano a los encontrados por Flores (2016) con promedio de 31semanas y Alarcón (2018) con promedio de 34,3 semanas.

En relación a los factores de riesgo estudiados en el presente estudio encontramos que la anemia en el análisis bivariado es factor de riesgo de amenaza de parto pre término, es decir, las gestantes con anemia tienen 4,39 veces más riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino que las gestantes sin dicha condición; al ser sometido al análisis multivariado persiste como factor de riesgo mostrando que las gestantes con anemia presentan 4,55 veces más riesgo que las gestantes sin anemia con alta significancia para extrapolar. Constituyéndose como el factor de mayor relevancia en la población de éste estudio. Al compararlo con los reportes de otros estudios encontramos que Alarcón (2018) encontró a la anemia con un OR:2,34 no siendo éste el principal factor de riesgo a diferencia de Olaya y col. (2017) y Ahumada y col. (2016) que no encontraron asociación de la anemia con amenaza de parto pretérmino.

Otro factor de riesgo considerado en nuestro estudio fue el antecedente de aborto, del cual se esperó encontrar un OR alto con diferencia estadística significativa como en los estudios de Flores (2016), Saccone (2016), Swingle y col. (2009), Retureta y col. (2015), Michel (2015),

Olaya y col. (2017) y Alarcón (2018); sin embargo, no se encontró diferencia estadística significativa como en el estudio de Ahumada y col. (2016).

Con respecto a los CPN insuficientes para la edad gestacional no hallamos significancia estadística suficiente en el análisis bivariado ni el multivariado a diferencia de otras publicaciones como las de Olaya y col. (2017); así como, Ahumada y col. (2016) donde al análisis bivariado hallan significancia estadística.

La instrucción según resultados es un factor protector en el análisis bivariado esto quiere decir que las gestantes con instrucción presentan menor riesgo de presentar amenaza de parto pretérmino. Al análisis multivariado permanece como factor protector, al revisar la literatura encontramos que según Alarcón (2018) que las gestantes sin instrucción presentaron 7,89 veces más riesgo que las gestantes con instrucción, es relevante éste factor; ya que, éste influye considerablemente las medidas preventivas.

Los controles prenatales suficientes para la edad gestacional para el análisis bivariado resulta no ser significativa la asociación; sin embargo, al análisis multivariado encontramos que es un factor de riesgo protector es decir las gestantes con controles suficientes para la edad gestacional presentaron menor riesgo de amenaza de parto pre término en comparación con las gestantes sin controles prenatales suficientes discrepando con lo reportado por Ahumada y col. (2016) donde no se encontró asociación.

En el grupo de los factores patológicos la ITU con respecto a la literatura revisada Retureta y col. (2015) encontró a esta patología como factor de riesgo en el análisis bivariado y multivariado; así como, también lo señalan Uceda (2018) cuyo estudio fue en el 2015 realizado en éste mismo nosocomio investigándose sobre la relación con parto pre término y Melo (2018). A diferencia de Flores (2016), Ahumada y col. (2016), Olaya y col. (2017) y Alarcón (2018) que no encontraron asociación; así como, en nuestro estudio.

En cuanto a la infección cervicovaginal el programa estadístico a pesar de encontrar asociación significativa no logró hallar OR por no hallar casos con exposición en la muestra de éste estudio posiblemente por llenado inadecuado de las historias clínicas o por información encubierta que no permite comparar con los hallazgos de otros estudios como el de Retureta y col. (2015) donde en el análisis bivariado y multivariado se encontró alta asociación siendo catalogado como factor de riesgo a diferencia de Flores (2016), Olaya y col.(2017) y Alarcón (2018) donde no se encontró asociación.

El antecedente de parto pretérmino previo no mostró asociación como lo reportado por Alarcón (2018) a diferencia de Retureta y col. (2015), Ahumada y col. (2016) y Olaya y col. (2017).

En cuanto a las gestantes con pareja no se halló significancia en el resultado coincidiendo con el estudio de Alarcón (2018), al revisar el estudio de Olaya y col. (2017) se encontró que el estado civil soltera es factor de riesgo considerándose a las convivientes dentro de los casos.

Por último, en las gestantes cuya procedencia era Lima resultó no estar asociada a la amenaza de parto pre término resultado similar al de Olaya y col. (2017).

VI. CONCLUSIONES

- 1) El principal factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de obstetricia médico quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue durante el 2018 es la anemia.
- 2) Los factores protectores de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de obstetricia médico quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue durante el 2018 son controles prenatales suficientes e instrucción.

VII. RECOMENDACIONES

- 1) Realizar nuevos estudios en otros hospitales o centros de salud con una muestra más numerosa que permita extrapolar con mayor precisión los factores asociados.
- 2) En estudios posteriores evaluar la frecuencia y asociación de anemia leve, moderada y severa con amenaza de parto pre término.
- 3) Realizar estudios de cohortes en el nosocomio de nuestra investigación y compararlo con estos hallazgos.

VIII. REFERENCIAS

- ACOG. (2015). El aborto provocado. *Patient education*.
- ACOG. (2015). La pérdida prematura del embarazo. *Patient education*.
- Ahumada, M., & Alvarado, G. (2016). Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.
- Alarcón, J. (2017). *Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño "San Bartolomé" - 2016*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Facultad de Medicina. E.A.P. de Obstetricia .
- Calvo, B., & García, C. (2015). *EDAD MATERNA Y EL NUMERO DE*. Obtenido de CYBERTESIS Repositorio de Tesis Digitales: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4397/Garcia_cb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Flores, F. (2016). *El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto prétermino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015- mayo 2016*. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia , UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS , FACULTAD DE MEDICINA.E.A.P. DE OBSTETRICIA .
- Garcia, A., Taype, R., & Nicolaz, M. (2016). Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú ¿qué dicen los números? *REVISTA PERUANA DE MEDICINA EXPERIMENTAL Y SALUD PÚBLICA*, 1.
- George, T. (2019). Incidencia y mortalidad del recién nacidoprematuro. *Uptodate*, 1.
- Guevara, E. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 10-17.

- Gutiérrez, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.
- IOP-PUCP. (2018). El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú. *PROMSEX*.
- Melo, L. (2018). *Factores de riesgo de parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2017*. Tesis Para Optar El Título Profesional de médico cirujano, Repositorio Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud . Medicina Humana.
- Michel, A. (2015). Resultados adversos del embarazo entre mujeres con abortos espontáneos o inducidos previo. *Am J Perinatol*.
- MINSA. (2019). Boletín Epidemiológico, Prevención y Control de Enfermedades . *Centro Nacional de epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades*.
- Ochoa, A., & Pérez, J. (2009). Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *An. Sist. Sanit. Navar*.
- Olaya, L., & Pardo, D. (2017). *Factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2010 – 2014*. Universidad Nacional de Tumbes , Facultad de Ciencias de la Salud.
- OMS. (19 de febrero de 2018). *Nacimientos prematuros*. Obtenido de Organización mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Ota, A. (2018). Manejo neonatal del prematuro: avances. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 415-417.
- Ramos, P. (2019). *Factores de riesgo asociados al parto pretermino, Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – julio 2018*. Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” .

- Retureta, S., & Alvarado, G. (2015). Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *ISSN 1727-897X*, 3(4), 517-523.
- S.E.G.O. (2015). Diagnóstico de parto pretérmino. *Elsevier*.
- Saccone, G. W. (2016). Evacuación uterina previa del embarazo como factor de riesgo independiente para parto prematuro: una revisión sistemática y metaanálisis.
- SEGO. (2012). Amenaza de parto pretérmino. *Protocolos asistenciales en obstetricia*, 347.
- Swingle, M., Tarah, T., Colaizy, M., Zimmerman, B., & Morris, F. (febrero de 2009). *Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses*.
Obtenido de Pubmed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19301572>
- Taipe, A. (2018). Factores de riesgo asociado a parto pretermino en gestantes del servicio gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero - junio 2018.
- The University of Hong Kong. (2012). The effect of induced abortion on the risk low birth weight. *Public Health at The University of Hong Kong*.
- Uceda, M. (2018). *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2015*. Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud . Medicina Humana.
- Zayas, J. (2014). Impact of preterm childbirth in perinatal morbidity and mortality. *MEDISAN*, 841-845.

IX. ANEXOS**ANEXO N°1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO PARA LA AMENAZA DE PARTO

PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

FECHA: ____/____/____ N°

1. Amenaza de parto pretérmino sí () no ()

Datos Generales:

2. Procedencia:

3. Edad:

4. Grado de instrucción

a) Primaria: ()

b) Secundaria: ()

c) Técnico: ()

d) Superior universitario: ()

5. Estado civil:

a) Soltera ()

b) Conviviente ()

c) Casada ()

6. Ocupación

d) Empleada ()

e) Independiente ()

f) Ama de casa ()

g) Estudiante ()

h) Otros.....

6. Formula obstétrica.....

7. Edad gestacional:

8. Número de Controles prenatales:

9. Anemia materna

No ()

Leve ()

Moderada ()

10. Rotura prematura de membranas (RPM)

Si ()

No ()

11. Infección de tracto urinario (ITU)

Si ()

No ()

12. Infecciones cervicovaginal

Si ()

No ()

ABORTO:

13. Antecedente de aborto: si () no ()

14. Número de abortos:

Ninguno ()

1 aborto ()

2 aborto ()

Más de 2 abortos ()