



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACION

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPÓLITO UNANUE”
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO
EN EL HOSPITAL NACIONAL “HIPÓLITO UNANUE”
EN EL AÑO 2018.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTORA:

CIRIACO GUZMÁN, MIRNA ADALÍ

ASESOR:

DR. BARBOZA CIEZA, REANIO

JURADO:

VILLAFANA LOSZA, NERI URBANO
PAZ SOLDAN, CARLOS ENRIQUE
SOTO LINARES, CARLOS
VARGAS BOCANEGRA, LUIS FRANCISCO

**Lima – Perú
2019**

Dedicatoria

A Dios porque en todo momento guía mis pasos, me enseña que siempre está detrás de mi perseverancia y que no existe nada imposible para él.

A mi familia porque cada día me demuestran que unidos somos uno y que si un integrante se cae ahí está el resto para ayudarlo a levantarse y esto se lo debemos a mi padre que en su gloria este, además de que desde ahí sé que siempre me cuida y protege.

A mis grandes amistades por siempre impulsarme a continuar cuando no todo no parecía posible.

A mi enamorado y a su familia que en tan poco tiempo han sido un gran apoyo para mí en todo este proceso.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por darme la oportunidad de realizar esta línea de investigación.

Al Hospital Nacional Hipólito Unanue por ser parte de este estudio; así mismo, por permitirme utilizar sus instalaciones para la realización del proyecto de investigación.

A cada uno de las personas que hizo posible que este trabajo de investigación se llevara a cabo.

Tabla de contenido

I. Introducción	10
1.1. Descripción del Problema y Formulación del Problema	10
1.2. Antecedentes	11
1.2.1. Antecedentes internacionales.	11
1.2.2. Antecedentes nacionales.	14
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos.....	17
1.4. Justificación.....	17
1.5. Hipótesis.....	18
II. Marco Teórico	19
2.1. Bases Teóricas Sobre el Tema de Investigación.....	19
2.1.1. Epidemiología.....	19
2.1.2. Definición.	20
2.1.3. Clasificación.....	20
2.1.4. Etiología.	20
2.1.5. Factores de riesgo.	21
2.1.6. Diagnóstico.....	26
2.1.7. Tratamiento.	27
III. Método	30
3.1. Tipo de Investigación	30
3.2. Ámbito Temporal y Espacial.....	30
3.3. Variables (anexo 1)	30
3.3.1. Variables independientes.	30
3.3.2. Variable dependiente.....	31
3.4. Población y Muestra	31

3.4.1. Universo de estudio.....	31
3.4.2. Selección de muestra.....	31
3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	31
3.5. Instrumentos.....	33
3.6. Procedimientos.....	33
3.7. Análisis de Datos.....	34
IV. Resultados.....	35
4.1. Análisis Univariado.....	35
4.2 Análisis Bivariado.....	42
V. Discusión de Resultados.....	51
VI. Conclusiones.....	55
VII. Recomendaciones.....	56
VIII. Referencias.....	57
IX. ANEXO.....	60
ANEXO 1: Operacionalización de variables.....	60
ANEXO 2: Ficha de recolección de datos.....	65
ANEXO N°3: Otros factores de riesgo asociados a parto pretérmino.....	66

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. <i>Frecuencia de edad de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	34
TABLA 2. <i>Frecuencia del grado de instrucción de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	35
TABLA 3. <i>Frecuencia de estado civil de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	36
TABLA 4. <i>Frecuencia de controles prenatales de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	36
TABLA 5. <i>Frecuencia de paridad de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	37

TABLA 6. <i>Frecuencia de embarazos múltiples de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	38
TABLA 7. <i>Frecuencia de preeclampsia en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	38
TABLA 8. <i>Frecuencia de infección de tracto urinario en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	39
TABLA 9. <i>Frecuencia de amenaza de parto pretérmino en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	39
TABLA 10. <i>Frecuencia de desprendimiento prematuro de membrana en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	40
TABLA 11. <i>Frecuencia de anemia en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	40
TABLA 12. <i>Frecuencia de ruptura prematura de membrana en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	41
TABLA 13. <i>Relación entre la edad de la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	41
TABLA 14. <i>Relación entre el nivel de instrucción de la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	42
TABLA 15. <i>Relación entre el estado civil de la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	43
TABLA 16. <i>Relación entre el número de controles prenatales de la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	43
TABLA 17. <i>Relación entre el número de paridad de la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	44
TABLA 18. <i>Relación entre el factor de riesgo embarazo múltiple con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	45
TABLA 19. <i>Relación entre preeclampsia en la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	45
TABLA 20. <i>Relación entre infección del tracto urinario en la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	46
TABLA 21. <i>Relación entre amenaza de parto pretérmino con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	47

TABLA 22. <i>Relación entre desprendimiento prematuro de placenta con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018...</i>	47
TABLA 23. <i>Relación entre anemia con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	48
TABLA 24. <i>Relación entre ruptura prematura de membrana con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.....</i>	49

Resumen

El parto pretérmino es el que ocurre antes de la trigésima séptima semana y después de la vigésima segunda semana de gestación, siendo en el Perú el 20% de las gestantes diagnosticadas con parto pretérmino que han culminado en tal situación conllevando a un 75% - 80% a mortalidad neonatal; por ende se planteó el siguiente estudio cuyo título es Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018 teniendo como objetivo general analizar los factores de riesgos asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco – obstetricia en el hospital y año antes mencionado. Metodológicamente fue un estudio de tipo transversal, analítico, retrospectivo, casos y controles, por lo que se utilizó una ficha de recolección de datos y se revisaron las historias clínicas de gestantes no electivas del periodo de enero a marzo del año 2018, siendo un total de 355 historias de las cuales se divide en casos y controles de 1:1; siendo 141 pacientes con parto pretérmino y 141 pacientes con parto a término y 73 historias fueron excluidas por factores externos. Se realizó el análisis univariado y bivariado, mediante el programa SPSS V.25, resultando como factores de riesgo asociados a parto pretérmino las edades extremas con un 47,5%, el estar soltera con un 21,3%, el embarazo múltiple con 7,1%, la preeclampsia con un 1,7%, la infección del tracto urinario con un 20,6%, la amenaza de parto pretérmino con un 49,6%, la anemia con un 52,5% y la ruptura prematura de membrana con un 24,8%. Se concluyó que las variables mencionadas son factores de riesgo asociados y así mismo son estadísticamente significativos para presentar parto pretérmino. Por último se recomienda ampliar el tiempo de estudio para poder analizar otros factores asociados a parto pretérmino que puedan surgir durante la investigación.

Palabras claves: parto pretérmino y factores de riesgo asociados.

Abstract

Preterm delivery is the one that occurs before the thirty-seventh week and after the twenty-second week of gestation, with 20% of the gestures diagnosed with preterm delivery in Peru that have culminated in this situation leading to 75% - 80% of neonatal mortality; with regard to the following study whose title is Risk factors associated with preterm delivery in the Hipólito Unanue National Hospital in 2018 It is a general objective. Hospital and year mentioned above. Methodologically, a cross-sectional, analytical, retrospective, case and control study was carried out, which is why it is considered a data collection form and the non-elective pregnancy histories of the period from January to March of 2018 are reviewed, being a total of 355 stories of those that are divided into 1:1 cases and controls; There were 141 patients with preterm delivery and 141 patients with full-term delivery and 73 histories were excluded due to external factors. The univariate and bivariate analysis were performed, using the SPSS V.25 program, resulting in risk factors associated with preterm delivery, extreme ages with 47.5%, being single with 21.3%, multiple pregnancy with 7, 1%, preeclampsia with 1.7%, urinary tract infection with 20.6%, the threat of preterm delivery with 49.6%, anemia with 52.5% and premature membrane rupture with 24.8%. It was concluded that the variables are risk factors for preterm delivery. Finally, it is recommended to extend the study time in order to analyze other factors associated with a preterm delivery that may arise during the investigation.

Keywords: preterm delivery and associated risk factors.

I. Introducción

1.1. Descripción del Problema y Formulación del Problema

Existe actualmente gestantes que culminan su embarazo entre la vigésima segunda semana y trigésima séptima semana a consecuencia de diversos factores conllevando a presentar parto pretérmino.

La OMS (2010) registró en el año 2005 a 12,9 millones de neonatos nacidos antes de termino y esta cifra fue en aumento registrando en el año 2016 unos 15 millones de neonatos prematuros. Así mismo MINSA (2016) registró en el año 2015 la cifra de 6,5% de parto pretérmino de un total de 93,5% de nacidos vivos.

Esto hace pensar que es un problema que afecta a distintos países en distintos continentes, siendo uno más que otros. En relación los continentes de África y Asia meridional existen más del 60% de los nacimientos prematuros. En países poco desarrollados existe una media del 12% de los niños que nacen antes de tiempo en comparación al 9% de países desarrollados. En relación a esto existen tres países con alto porcentaje de partos pretérmino siendo estos India, China Y Nigeria” (OMS, 2010).

En el Perú existen regiones con indicio de presentar parto pretérmino y entre los más altos porcentajes tenemos a Ayacucho con un 12,7%, Junín con un 12,2% y Tacna con un 12,2%. (MINSA, 2016). Este tipo de inconvenientes han ocasionado que de 75 a 80 niños de cada 100 mueran al nacer y si continuaron con vida han ocasionado un 50 % de daño neurológico (MINSA, 2011).

Es por lo antes expuesto que debemos saber cuáles son los factores de riesgo más prevalentes, para prevenir las aparición de estos y de esta manera evitar o aminorar el parto pretérmino. A la

cual surge la interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales.

Zerna, Fonseca, Viteri y Zerna (2018) realizaron la investigación donde se plantearon el siguiente objetivo: “Identificar factores de riesgo que influyen en el Parto Pretérmino (PPT), considerando aspectos demográficos y biológicos maternos, enfatizando también en las complicaciones materno – infantiles” (p.134). “La investigación fue de tipo descriptiva y retrospectiva” (Zerna et al., 2018, p.136). La población total estuvo conformado por 3770 gestantes; siendo 378 aquellas que presentaron parto pretérmino (Zerna, 2018). De los resultados se encontró que las causas más frecuentes de parto pretérmino están relacionados con el nivel de instrucción encontrándose a nivel primario un 66% de casos, la edad gestacional de 32 a 37 semanas con el 25% de casos; así mismo están los grupos etáreos de edades menores de 19 años que representan un 29% de casos y mayores de 35 años que representan un 18% de casos. Con respecto a los antecedentes obstétricos constituyen factores de riesgo al parto pretérmino las multíparas con un 76% de pacientes; así mismo fue la falta de controles prenatales y las que no se realizaron ningún control en sus embarazos en un total de 88%, representando el 48%, las que no tuvieron asistencia en la atención prenatal, coincidiendo esta información con el nivel de instrucción primaria que presentaron el 95% de estas mujeres que no pasaron con ningún control, representando el 40% de los casos de multiparidad y el 50% de las gestantes que solo ostentaron escolaridad primaria. Se encontró que las membranas rotas prematuramente representan un 39% de casos. Se concluye que las causas patológicas en la gestación que ocasionan el parto pretérmino son muchas, entre los principales se tiene que el 29% representa la infección urinaria.

Las gestantes que presentaron infección urinaria y placenta previa representan un 85% del total de gestantes que cursaron con parto pretérmino; así mismo, ostentaron escolaridad primaria y no pasaron el control prenatal, corroborando que existe una evidencia significativa de la instrucción y la inasistencia al control prenatal como factores asociados al parto prematuro, además de la sepsis del tracto urinario, placenta previa y rotura prematura de membrana (Zerna et al., 2018).

Martínez, Díaz y Romero (2017) tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes; en el hospital regional de alta especialidad ubicado en México, 2015. La investigación fue de tipo observacional, retrospectivo, analítico y de casos y controles. Los casos estudiados representa un total de 155 gestantes cuyo parto culminó antes de la trigésima séptima semana de gestación y los controles estuvo integrado por 155 gestantes cuya gestación finalizaron después de la trigésima séptima semana y antes de la cuadragésima segunda semana. Resultando de los casos que la edad promedio de las gestantes adolescentes fue de 17,1; así mismo, el promedio del peso del neonato fue de 2,365 gr y los recién nacidos prematuramente fallecidos fue el 21.9%. Así mismo, se encontró resultados con riesgos mayores a presentar parto pretérmino en las gestantes que recibieron la primera consulta prenatal en el tercer trimestre de gestación (IC95% 1.4158-17.8753), $p=0.0104$, siendo estadísticamente significativo de la misma manera sucede con las patologías maternas como en el oligohidramnios y polihidramnios (IC95% 1.4348-9.4332), $p=0.0041$; por último, en la ruptura prematura de membrana (IC95% 1.8052-6.9722), $p=0.0001$. También se encontró un riesgo mayor de presentar parto pretérmino en gestantes que padecieron con igual o más de tres patologías (IC95% 1.2050-11.6576), $p= 0.0262$. Concluyendo como factores de riesgo y que presentaron significancia están los trastornos de líquido amniótico, la ruptura prematura de membranas y la atención prenatal inadecuada.

Escobar, Gordillo y Martínez (2017) plantearon un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Metodológicamente plantearon un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico; siendo la parte muestral un total de 344 gestantes y cada caso por cada control. Resultando como factores de riesgo a parto pretérmino las gestantes con más de 40 años que representan el 99.44% de casos y en edades de 15 a 19 años con el 59.30% de casos; así mismo, se tiene que en mayor frecuencia las casadas con un 75.9% de haber presentado parto pretérmino. También el grado de escolaridad se tiene que en mayor frecuencia esta las que estudiaron preparatoria con un 53.5% de haber presentado parto pretérmino y las gestantes que se dedican a su hogar con un 60.1% que presentaron parto pretérmino. Dentro de los antecedentes Ginecológicos - obstétricos se tiene la incidencia de parto pretérmino al embarazo gemelar que representa el 84.61% de casos y dentro de los antecedentes patológicos en las gestantes que sean causales de parto pretérmino están el antecedente de infección de tracto urinario y cérvico-vaginitis con el 40.84% de casos, las preeclámpticas con el 85.36% de casos, el oligohidramnios con el 82.50% de casos y la ruptura prematura de membranas tuvo una frecuencia de 78.78 % de casos y tabaquismo con el 81.81% de casos. Concluyendo que las variables mencionadas son factores de riesgo para parto pretérmino.

Retureta, Rojas y Retureta (2015) realizaron una investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo relacionados al adelanto de parto normal. Donde la metodología fue un estudio de tipo analítico, con casos y controles. El estudio estuvo conformado por un grupo de 423 casos de mujeres cuyo parto se produjo entre las vigésima segunda y trigésima sexta semanas de gestación. Resultando que las gestantes con edades de 20 a 29 años están en mayor riesgo a presentar parto pretérmino. Se concluyó que los antecedentes de parto pretérmino es el

factor de mayor riesgo para presentar parto prematuro y el segundo factor de mayor riesgo está integrado por el embarazo múltiple.

1.2.2. Antecedentes nacionales.

Guadalupe y Oshiro (2017) realizaron un estudio con el objetivo de encontrar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino atendidas en el nosocomio María Auxiliadora, Perú; donde la metodología fue de tipo analítico, casos y controles, siendo la muestra total de 400 gestantes y se agruparon un caso por cada control. Resultados: Los factores sociodemográficos como el grupo etáreo en las edades de 14-19 años representan un 14% de gestantes con parto pretérmino y lo que se encuentran dentro de los 35-50 años de edad representan un 52.5% de casos; así mismo, está el nivel de instrucción en el cual el nivel secundario representa el 73.5% de gestantes con parto pretérmino y la unión establecida representa el 53.5% de casos. En los antecedentes obstétricos encontramos el no tener control prenatal adecuado representa un 76% de gestantes con parto pretérmino y las multíparas representan un 54% de casos. Las patologías con mayor incidencia en las gestantes están la ruptura prematura de membrana con un 29.5% de casos, la preeclampsia con un 16.5% de casos, la anemia con un 13% de casos y la infección del tracto urinario con un 12% de casos. Por último las del grupo etario de 14-19 y 35-50 años de edad representan el 66.5 % de pacientes que presentaron parto pretérmino; así mismo se observa que las que no presenta nivel de instrucción junto con las de nivel primario y nivel secundario representan un 99.5% de casos y las gestantes multíparas y gran multíparas representan un 60% de pacientes con parto pretérmino. Se concluyó que las variables mencionadas son factores de riesgo para parto pretérmino.

Rodríguez, Morales, Escudero, Arévalo y Cabrera (2014) realizaron un estudio el cual trata de los factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino en dos nosocomios, el Regional

Docente de Trujillo y el Belén de Trujillo durante dos años desde el 2011 hasta el 2013. La metodología de estudio que emplearon fue de tipo casos y controles, como muestra se cogió 70 gestantes con parto pretérmino y 70 gestantes con parto a término los cuales fueron elegidos de manera aleatoria. De los resultados se obtuvo que en los casos se encuentra la edad de gestación mayor a 20 semanas y menos a 37 semanas. En este estudio el factor de riesgo preponderante fue la infección de vías urinarias con un 54% de casos. De los factores asociados a parto pretérmino está el inadecuado de control prenatal con un 22% de casos; así mismo se encuentra el desprendimiento prematuro de placenta con un 20% de casos y el antecedente de parto pretérmino con un 17% de casos.

Huaroto, Paucá, Polo y Meza (2013) su objetivo fue determinar los factores de riesgo tanto maternos como obstétricos y neonatales que estén asociados a presentar parto pretérmino en el nosocomio regional de Ica. La metodología por ser de tipo caso y control se hizo un muestreo de 107 gestantes, siendo 31 casos y 76 controles. Resultando que la mayoría de las pacientes adultas son un 78,5%, siendo para los casos un 64,5% y para los controles un 84,2% de las gestantes de edad adulta; así mismo del total de casadas que es un 20,5% existe para los casos un 30,8% y para los controles un 18,5%., con respecto al factor sociodemográfico se halló que el 62% procedía del área urbana y que el área rural está conformado por 51,6% de casos y 30,3% de controles; así mismo aludiendo al nivel de estudios el 70,8% corresponde al nivel secundario, siendo para los casos el 65,5% y para los controles el 73,4. Con respecto a los casos de paridad se halló que el 22,6% fueron nulíparas y que las multíparas predominan en primer lugar seguido las primíparas con respecto a los controles y con respecto a la gravidez se halló predominantemente primigesta y segundigesta con un 29,0% de casos, en tanto que entre los controles fueron multigestas. En cuanto a los riesgo obstétricos se hallaron la patología

obstétrica, la nuliparidad y la primigravidez; siendo, estos estadísticamente significativos por ende factores de riesgo a diferencia del periodo intergenésico patológico que no resultó significativo.

Ahumada y Alvarado (2016) tuvieron como objetivo determinar los factores de riesgo que conllevan a parto pretérmino. Se hizo un estudio de tipo caso-control no pareado con un muestreo de 600 gestantes; donde los casos están conformado por 298 gestantes que fueron menores de la trigésima séptima semana y los controles son 302 gestantes que se encontraron entre la trigésima séptima semana y la cuadrigésima segunda semana de gestación. En los resultados se observa que la edad materna media de la población que ingresó al estudio fue de $25,7 \pm 6,8$ años para los casos y de $26,6 \pm 7,43$ años para los controles. Dentro del factor paridad se observa que las primíparas junto con las multíparas representan el 67,4% de partos pretérmino; así mismo sobre el factor control prenatal se encuentra que el inadecuado y nulo control representa el 56,7% de parto pretérmino de los cuales el inadecuado control prenatal representa el 40,9% de casos y el nulo control prenatal representa el 15,8% de casos. De los factores de riesgo de parto pretérmino con mayor porcentaje encontramos los antecedentes Gineco-obstétricos como la anemia con un 66,1% de casos frente a los controles con un 58,3%; así mismo la infección de tracto urinario que estuvo presente con el 43,6% de los casos frente al 41,4% de los controles y el antecedente de haber presentado parto pretérmino representa el 35,9% de casos frente a los controles con un 13,9%. Los factores de riesgo de parto pretérmino con menos porcentaje encontramos la preeclampsia con un 23,8% de casos, el oligohidramnios con un 10,7% de casos; la hemorragia con un 5,5% de casos y el tabaquismo con un 3,7% de casos (Ahumada et al., 2016). Concluyendo que tener un control prenatal insuficiente; así como presentar la preeclampsia y tener como antecedente un parto prematuro son factores de riesgo

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general.

Determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.

1.3.2. Objetivos específicos.

1. Conocer los factores de riesgo sociodemográficos de la gestante (edad, nivel de instrucción y estado civil) como factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.
2. Medir los antecedentes obstétricos de la gestante (control prenatal y paridad) como factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.
3. Identificar el embarazo múltiple como factor de riesgo asociado a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.
4. Analizar las patologías más frecuentes durante el embarazo en la gestante (preeclampsia, infección del tracto urinario, amenaza de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta, anemia y rotura prematura de membrana como factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018.

1.4. Justificación

El objetivo de este trabajo es obtener una información precisa y actualizada con respecto al tema antes mencionado porque ser un problema tanto ginecológico – obstétrico como neonatal asociándose a una gran incidencia de morbilidad a corto y a largo plazo.

El parto prematuro tiene una incidencia a nivel mundial de un 9,6% del total de partos sobresaliendo la responsabilidad de presentar un 75% de muerte neonatal (Zerna et al., 2018).

Hay que tener en cuenta que no solo es una problemática a nivel internacional sino también a nivel nacional y es por ello que en el Perú el parto pretérmino ha ocasionado que 75 a 80 de cada 100 tengan mortalidad neonatal y si continuaron con vida han ocasionado un 50 % de daño neurológico (MINSA, 2011).

Por estas razones podríamos brindar pautas que contribuyan a la propuesta de estrategias en salud pública con respecto a la salud materno-infantil; buscando motivar en el personal de salud especializado la continuación en esta línea de investigación y con ello conocer la forma de disminuir la prevalencia de morbilidad y mortalidad neonatal en el país.

1.5. Hipótesis

Existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en las gestantes del servicio de Ginecología - obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo de enero a marzo del año 2018.

II. Marco Teórico

2.1. Bases Teóricas Sobre el Tema de Investigación

2.1.1. Epidemiología.

La OMS (2010) registró en el año 2005 a 12,9 millones de neonatos nacidos antes de término y esta cifra fue en aumento registrando en el año 2016 unos 15 millones de neonatos prematuros. Así mismo MINSA (2016) registró en el año 2015 la cifra de 6,5% de parto pretérmino de un total de 93,5% de nacidos vivos.

Estadísticamente se ha encontrado que en el mundo existe la incidencia de parto prematuro con un 9,6% del total de partos; así mismo en países que están en pleno desarrollo se ha encontrado que de partos pretérmino es representado por el 10% a 40% del total de partos, además se sabe que el parto pretérmino es responsable que 75 de cada 100 presenten mortalidad neonatal incluido la morbilidad relacionada con los problemas de aprendizaje (Zerna et al., 2018).

Monge (2017) menciona que los mayores porcentajes de haber presentado parto pretérmino son, 50% de forma espontánea, un 25% por ruptura prematura de membrana y un 25% de forma iatrogénica con llevando a que el parto sea inducido para evitar un riesgo tanto para la gestante como para el feto.

Analizando la situación a nivel nacional se observa que en el Perú el 5% - 10% de gestantes han presentado parto pretérmino; así mismo que un 20% de las embarazadas con diagnóstico de trabajo parto pretérmino en culminado en tal situación y que el 75 – 80% de mortalidad neonatal; así como el 50% de daños neurológicos es producto de haber presentado parto pretérmino (MINSA, 2011).

En el Perú existen regiones con indicio de presentar parto pretérmino y entre los más altos porcentajes tenemos a Ayacucho con un 12,7%, Junín con un 12,2% y Tacna con un 12,2% (MINSA, 2016).

2.1.2. Definición.

Es aquel parto que haya ocurrido antes de cumplir las 37 semanas; es decir antes de 259 días y que sea posterior a las 22 semanas de gestación, sin importar el peso que haya presentado el neonato al momento del parto (MINSA, 2011).

2.1.3. Clasificación.

La OMS (2010) refiere que dependiendo en qué edad gestacional se encuentre el neonato se puede clasificar el parto pretérmino en inmaduro si es que el parto ocurre después de la vigésimo segunda semana y hasta haber cumplido la vigésimo séptima semana de gestación y si sucede antes de las 28 semanas de gestación se puede decir que es un parto pretérmino extremo. Se menciona que es un parto pretérmino severo cuando el parto ocurre antes de trigésimo segunda semana de gestación y moderado si es el parto sucede después de trigésimo segunda semana y no más de trigésimo sexta semana de gestación.

2.1.4. Etiología.

Se tiene actualmente múltiples factores, algunos se presentan con más frecuencias que otros y a menudo estos factores aparecen asociados. Así mismo se tiene de conocimiento que no existe una etiología precisa de que ocurra parto pretérmino, tan solo un 40%. De las causas más frecuentes se han podido agrupar en iatrogénico ya que se da fin al embarazo antes de culminar la gestación por indicación médica, si es que la etiología es por consecuencia de una patología de la madre se puede decir que es una causa secundaria y si el origen es desconocido entonces es de etiología idiopática (Guadalupe, 2017).

2.1.5. Factores de riesgo.

Es importante concientizar a las gestantes sobre los factores de riesgo que se puedan dar durante la gestación y antes del primer trimestre; los cuales podrían ocasionar un parto pretérmino. Es por ello que se les hace mención de algunos de ellos.

2.1.5.1. Factores sociodemográficos.

1. Edad Materna:

Las edades extremas de la gestante; sino está en el rango de 15 a 35 años de edad, se puede considerar factor de riesgo para presentar parto pretérmino y así mismo tanto en el desarrollo de la gestación como en el mismo trabajo de parto puede ocasionar enfermedades en el neonato (MINSA, 2011).

En gestantes que han priorizado otras actividades antes que el deseo de ser madres es que pasados los 35 e incluso los 40 años tienen el deseo de embarazarse y esto se ha convertido en un problema social ya que están propensas a presentar mayor morbilidad e incluso mortalidad tanto para la misma madre como para el neonato; sin embargo no se puede asegurar que sea por motivo de tener mayor edad exclusivamente sino que pueda deberse a otros factores que puedan estar asociados. Lo mismo sucedería con aquellas mujeres que a temprana edad queden embarazadas; es decir, presentar morbimortalidad tanto para la madre como para el neonato (Heras et al., 2011).

Dentro de este trabajo lo seleccionaremos en tres grupos etáreos que son de 14 – 19 años, 20 – 34 años y 35 – 50 años.

2. Estado Civil:

Dentro de este factor se menciona el estado de ser soltera o casada o conviviente u otros (viuda, divorciada, etc.). Sin embargo el hecho de ser soltera en plena gestación es una condición

con mayor probabilidad de factor de riesgo para parto pretérmino que los estados civiles como casada o conviviente por la condición de asumir sola la gestación (Guadalupe et al., 2017).

3. Nivel de instrucción:

Está relacionado con el nivel sociocultural; por ende también se relaciona con el nivel socioeconómico y esto predispone a que exista parto pretérmino. De la misma manera que el nivel socioeconómico conlleva a tener cierto nivel de instrucción y dependiendo de ello será capaz de reconocer los signos de alarma de la amenaza de parto pretérmino que pueda presentar durante la gestación.

Se realizó una encuesta británica sobre mortalidad perinatal por parto pretérmino encontrándose como resultado una incidencia de 10,9 % aquellas gestantes que pertenecían a un estrato socioeconómico bajo a diferencia de las gestantes que pertenecían a estratos socioeconómicos altos con valor del 4,3% (Chira y Sosa, 2015).

2.1.5.2. Factores asociados a antecedentes obstétricos.

1) Control Prenatal:

Los controles adecuados (control prenatal mayor o igual a seis) le permiten a las gestantes conocer oportunamente los indicios de las distintas morbilidades que se puedan presentar en la gestación de esta manera ayuda a evitar un posible parto pretérmino.

Las gestantes que no tienen ningún control prenatal o un control prenatal inadecuado (control prenatal menor a 6) se considera que están en riesgo de presentar parto prematuro ya que no conocen los signos de alarma que se dan durante la gestación puesto que no han realizado un seguimiento a su control (Guadalupe et al., 2017).

2) Número de Paridad:

Se podría definir como la cantidad de partos que una mujer ha presentado, sin importar por donde se haya ocurrido el parto (vía vaginal o cesárea).

El número de paridad se puede dividir de acuerdo al número de partos; es decir si la mujer no ha presentado ningún parto se le considera nulípara, si la mujer ha presentado un solo parto se dice que es primípara, si la mujer ha tenido dos partos hasta cuatro partos entonces se menciona que es multípara y si ha presentado de cinco partos a más se le cataloga como gran multípara (Guadalupe et al., 2017).

3) Embarazo múltiple:

Se puede definir como aquella gestación en la que se desarrollará más de un feto y en estos casos nacen antes de las 37 semanas; es decir, la gestante está en riesgo de presentar parto pretérmino. En los casos de embarazos gemelares existen un 50 % de producir parto pretérmino (Escobar et al., 2012).

El motivo de que nazcan antes de las 37 semanas es porque ocurre una sobredistensión uterina de tal manera que excede el almacenamiento de su capacidad provocando prematuridad. Es decir: la distensión de las fibras musculares del miometrio estimularía la liberación de oxitocina y prostaglandinas por parte del amnios y la decidua basal (Genes, 2012).

2.1.5.3. Factor patológico.

1. Preeclampsia:

Se puede definir como la presencia de hipertensión arterial después de la vigésima semana de gestación y asociado a la aparición de proteinuria ocasionando que la placenta no pueda transportar oxígeno al feto.

En el caso de la hipertensión arterial para saber si una gestante presenta preeclampsia se puede realizar las mediciones en dos situaciones distintas, siendo la primera situación en dos momentos distintos con un parámetro de diferencia de 4 y que anteriormente hayan tenido presión arterial normal con la condición de que se encuentre después de su vigésima semana de gestación resultando la presión arterial mayor o igual de 140/90 mmHg y la segunda situación tiene que medírsela en cualquier momento dando como resultado una presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg. (Guevara et al., 2013). En el caso de la proteinuria al examinar la orina de 24 horas debe encontrarse un valor de proteínas igual o mayor de 0,3 g, siempre y cuando se halla descartado infección del tracto urinario (Guevara et al. 2013).

La enfermedad puede progresar de su forma leve a su forma grave en cuestión de días o semanas y posteriormente progresar a su forma severa en cuestión de días u horas e incluso puede evolucionar de su forma leve a su forma severa; es por ello que el manejo clínico debe ser diagnosticada en su debido momento y ante el primer signo o síntoma (Guevara et al., 2013).

2. Infección urinaria:

Los microorganismos que contaminan el tracto urinario liberan citoquinas y prostaglandinas que inducen las contracciones uterinas (Guadalupe, 2017).

Debido a la función que presenta la progesterona en la gestante en cuanto a la disminución del tono vesical de manera paulatina es que ocasiona distensión de la misma conllevando a almacenar aproximadamente un litro al culminar la gestación, provocando que el vaciamiento de la vejiga sea incompleta (Guadalupe, 2017). Las bacterias con mayor presencia en casos de este tipo de infección son E. coli, kliebsiela, Proteus, Pseudomonas, Staphylococcus y Streptococcus (Guadalupe, 2017).

3. Amenaza de parto pretérmino:

Se podría definir como el trabajo de parto que ocurre a más tardar en la trigésima séptima semana, independientemente de un parto prematuro (Guadalupe, 2017).

El antecedente de haber presentado parto pretérmino en su anterior gestación conlleva a que en la gestación actual pueda presentar en una mayor probabilidad la amenaza de parto pretérmino (Escobar et al., 2012).

4. Anemia:

Cuando el valor de la concentración de la hemoglobina es menor o igual a 11g/dL en la gestante con el actual embarazo (Guadalupe, 2017). Esto es debido a la poca concentración de hierro en la hemoglobina conllevando a una reducción de esta y así mismo no poder complacer las demandas de oxígenos que el organismo necesita (Kutscher, 1997).

La presencia de anemia es más frecuente gestantes con pocos recursos económicos conllevando a no poder adquirir los nutrientes que el organismos necesita tanto para la madre como para el feto y pudiendo ser causa de presentar parto pretérmino (Chira et al., 2015).

5. Rotura prematura de membranas:

Se podría definir como el rompimiento espontaneo del saco amniótico antes de que se inicie el trabajo de parto siendo más de una hora. Dándose en el 10% de las gestaciones y de estas corresponde al 20% de los casos (Guadalupe, 2017).

Escobar et al. (2012) ha encontrado que la corioamnionitis y además la septicemia neonatal pueden ser originados por una complicación infecciosa conllevando a presentar amenaza de parto pretérmino. Además menciona que antes de las 24 horas puede causar en un 90% de parto pretérmino producto de presentar esta patología.

6. Desprendimiento prematuro de placenta:

Se puede dar de forma parcial o total de la placenta que esta insertada en el fondo uterino y que dicho desprendimiento ocurre antes de iniciar el parto y son frecuentes en las hemorragias del tercer trimestre (Martos, Martínez, Campos, Mariña y Pérez 2018). Esta patología ocurre en un 0,4-1% de las gestaciones y se asocia a una elevada morbimortalidad materno – fetal (Martos et al. 2018). Por lo cual se relaciona como uno de los factores para presentar parto pretérmino. Existen distintas causas para esta patología entre ellos están los trastornos hipertensivos del embarazo, la multiparidad, la sobredistensión uterina (gestación múltiples o polihidramnios), traumatismo abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias; sin embargo, el origen es desconocido (Martos et a., 2018).

2.1.6. Diagnóstico.

2.1.6.1. Diagnóstico por examen clínico.

Al principio de la amenaza de parto prematuro las contracciones uterinas van aparecer de manera regular con intervalos frecuentes de 10 minutos, en una gestante con 37 semanas a más tardar. Con presión fetal a nivel inferior uterino y cambios en el cuello uterino (Pacheco, 2008).

Posteriormente la dinamica uterina consistirá en la presencia de mucho dolor como consecuencia de contracciones evidentes con más de 30 segundos de duración y con recurrencia de 4 veces en 30 minutos y producen borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4cm o más (Pacheco, 2008).

2.1.6.2. Diagnóstico por imágenes.

La ecografía transvaginal se debe realizar entre la vigésima y trigésima cuarta semana de gestación y como medida complementaria del examen cervical (Guadalupe, 2017).

La “La longitud habitual del cérvix es de 3,5cm y disminuye ligeramente durante la gravidez normal” (Genes, 2012, p.10). En la gran mayoría de pacientes sintomáticas se sabe lo siguiente: “La medida del cuello uterino permite descubrir si hay o no falsa alarma con el parto pretérmino” (Pacheco, 2012, p.10). Es por ello que se debe tener la longitud de corte a través de la cervicometría para así poder diagnosticar el posible parto pretérmino. Es por esto que hay que tener en cuenta algunas afirmaciones al respecto:

- 1) Cuando en gestantes asintomáticas el embarazo es único y el cérvix corto (11-20 mm), el riesgo de parto pretérmino aumenta en 4 %.
- 2) Cuando la longitud cervical es de 10 mm o menos, el riesgo se incrementa en 10 %.
- 3) Cuando la longitud del cérvix es de 5 mm o menos, el riesgo se eleva a 50 % antes de las 32 semanas (Genes, 2012, p.10).

Según Genes (2012) el que se examine un cuello corto no necesariamente indica parto pretérmino; con esto quiere mencionar que la longitud cervical no es una prueba diagnóstica.

2.1.7. Tratamiento.

Ante la amenaza de parto pretérmino donde se evidenciará una dinámica uterina regular y cambios cervicales se debe tener en cuenta el tratamiento de las gestantes como: “El uso de tocolíticos para intentar reducir la dinámica uterina, el uso de neuroprotección, y la maduración pulmonar para disminuir la morbimortalidad respiratoria” (Monge, 2017, p.14).

1. Medidas generales:

Se debe infundir confianza a la madre antes de dictar las primeras medidas terapéuticas puesto que puede encontrarse estresada por la situación en particular (Pacheco, 2008). Otras medidas como el reposo y la hidratación no evidencian beneficio para prevenir el trabajo de parto pretérmino (Pacheco, 2008).

2. Tocolíticos:

El uso de estos agentes no está indicado después de las 34 semanas de gestación. “Entre los agentes disponibles como tocolíticos tenemos, los simpaticomiméticos, los bloqueadores de canales de calcio, los antagonistas del receptor de oxitocina, inhibidores de la sintetasa de prostaglandinas, sulfato de magnesio, y los donadores de óxido nítrico” (Monge, 2017, p.14).

Son medicamentos que se utilizan para inhibir la dinámica uterina mediante la relajación del músculo liso uterino, estos medicamentos actúan mediante múltiples mecanismos, que resultan finalmente en una falta de disponibilidad intracelular de calcio iónico, llevando esto a una limitación en la formación del complejo actina-miosina. (...) Su verdadero valor actualmente consiste en terapia de apoyo para mantener el embarazo mientras se completa la maduración. (Monge, 2017, p.14)

3. Sulfato de magnesio (neuroprotección):

Es empleado como un agente tocolítico primario ya que actúa por inhibición competitiva de calcio (Pacheco, 2008). La evidencia respalda su uso en el siguiente caso: “Como neuroprotector en infusión continua durante la labor de parto, su uso sistemático en embarazos de menos de 32 semanas reduce la parálisis cerebral” (Monge, 2017, p.14). Así mismo “al cruzar la placenta, el sulfato de magnesio puede causar problemas motores y respiratorios en el recién nacido” (Pacheco, 2008, p.27). Según Pacheco (2008) menciona: “La dosis inicial es 4 a 6 g IV administrados en 20 minutos, seguida de dosis de mantenimiento de 1 a 4 g/h, dependiendo del volumen urinario, la persistencia de contracciones uterinas y que no se presenten efectos tóxicos colateral” (p.27).

4. Corticoides (maduración pulmonar):

El uso de esteroides entre las 24 y 34 semanas se asocia con una reducción de la incidencia del síndrome de distrés respiratorio, la muerte neonatal, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante, los dos esteroides utilizados son la betametasona y dexametasona. (Monge, 2017, p.14)

Pacheco (2008) manifiesta que la dosis de la betametasona es 12 mg, intramuscular, cada 24 horas, dos dosis y la dexametasona es 6 mg, intravenosa, cada 6 horas, cuatro dosis.

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

1. Observacional (debido al acopio de la información): Porque el investigador no interviene en el estudio.
2. Transversal (debido al acopio de la información): porque se analizará datos de variables que ha sido recopiladas en un periodo de tiempo.
3. Retrospectivo (debido a la ocurrencia de los hechos): Porque los resultados recabados se tomaron de los hechos ocurridos en el pasado y descritas en la historia clínica.
4. Analítico (debido al análisis de los resultados) es porque se estudia y analiza la relación entre las variables del estudio.
5. Cuantitativo (debido al análisis de los resultados): Porque el estudio a la utilización de técnicas estadísticas.
6. Casos y controles (debido al análisis de los resultados): Porque la población del estudio se dividirá en dos grupos para poder compararlas. Un grupo con el factor de predisposición y el otro no.

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

El estudio se realizó entre enero y marzo del año 2018 en el servicio de Ginecología – obstétrica del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

3.3. Variables (anexo 1)

3.3.1. Variables independientes.

- 1) Edad cronológica.
- 2) Estado civil.
- 3) Nivel de instrucción.

- 4) Número de controles prenatales.
- 5) Paridad.
- 6) Embarazo múltiple.
- 7) Preeclampsia.
- 8) Infección del tracto urinario.
- 9) Amenaza de parto pretérmino.
- 10) Desprendimiento prematuro de placenta.
- 11) Anemia.
- 12) Rotura prematura de membranas

3.3.2. Variable dependiente.

1. Parto pretérmino.

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Universo de estudio.

La población estudiada en esta investigación está conformado por todos los partos no electivos. La población objetivo incluyó a todos los partos pretérmino atendidos en el servicio y periodo de tiempo antes mencionado.

3.4.2. Selección de muestra.

En el presente estudio no existe muestra debido a que se revisaron todas las historias clínicas del periodo de enero a marzo del año 2018, siendo un total de 355 historias clínicas, para tener la relación de casos: controles de 1:1 en el que hubo 141 casos y 141 controles; según criterios de inclusión y 73 historias se excluyeron por factores externos.

3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión.

1. Criterios de inclusión:

Casos:

- Gestantes que presentan diagnóstico clínico de parto pretérmino; es decir con edad gestacional mayor a 22 semanas y menor de 37 semanas.
- Parto pretérmino que haya culminado por canal vaginal (parto espontaneo) o cesárea de emergencia.
- Pacientes que tengan una historia clínica con los datos completos de filiación y antecedentes Gineco – obstétricas, embarazo múltiple, antecedentes de infección urinaria durante la gestación y patologías asociadas durante la gestación.

Controles:

- Gestantes que presentan diagnóstico de parto a término (edad gestacional mayor a 37 semanas).
- Parto a término que haya culminado por canal vaginal (parto espontaneo) o cesárea de emergencia.

Criterios de exclusión:

Casos:

- Partos producto de un accidente, gestantes con embarazo complicado por enfermedades medicas crónicas o inducidas por este, antecedente de sangrado transvaginal durante el primer y segundo trimestre, productos con algún tipo de malformación diagnosticada previo a labor o durante el nacimiento, parto inducido o cesárea electiva, parto atendido de forma extra hospitalaria, ausencia o registro incompleto de alguna variable de interés y abortos.
- Partos con edad gestacional menor de 22 semanas y mayor o igual a 37 semanas.

Controles:

- Partos menor de 37 semanas y mayor o igual de 42 semanas.

3.5. Instrumentos

Se utilizó una Ficha de recolección de datos (anexo 2) en donde se anotará los datos obtenidos de las Historias Clínicas de todas las gestantes seleccionadas. Dicha ficha ha sido tomada del trabajo de Shessira Miluzka Guadalupe Huamán en el 2017 ya validada.

La ficha de recolección de datos contiene: datos generales de las pacientes, factores sociodemográficos (edad, estado civil y nivel de instrucción), antecedentes Gineco - Obstétricas (paridad y número de controles prenatales), si presentó embarazo múltiple y patología asociadas durante la gestación.

3.6. Procedimientos

- 1) Supervisión o coordinación:

El trabajo fue elaborado por la investigadora y supervisado por el asesor designado por las autoridades de la UNFV.

- 2) Proceso:

Una vez aprobado el trabajo de investigación, con el permiso necesario y en horarios establecidos; se procedió a recabar los datos de las historias clínicas de todas las gestantes seleccionadas del departamento de Ginecología – Obstétricas.

El presente estudio no requirió del empleo de un consentimiento informado, porque fue de tipo retrospectivo y no se realizó procedimientos en los pacientes, puesto que solo se revisaron las historias clínicas. Se garantizó la discreción en el manejo de la información, la cual solo será usada para propósitos de estudio, respetándose los derechos de los pacientes, de acuerdo a la Declaración de Helsinki.

3.7. Análisis de Datos

Se elaboró una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel 2013; posteriormente se realizó el análisis estadístico de los mismos haciendo uso del programa SPSS versión 25.

Para determinar la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino se utilizó una prueba no paramétrica que es la prueba Chi cuadrado de Pearson (X^2) donde se consideró intervalos de confianza de 95%. La magnitud del riesgo se cuantificó mediante el Odds Ratio (OR). La presentación de resultados se realizó mediante tablas.

IV. Resultados

De los 355 partos, fueron excluidas 73 historias clínicas por no cumplir con los criterios de inclusión a cabalidad, dentro de los cuales se consideraba que el reporte sea legible, entre otros. Por lo que finalmente, se trabajó con 282 historias clínicas, las cuales fueron parte del presente trabajo de investigación siendo; 141 casos y 141 controles.

4.1. Análisis Univariado

Tablas

Tabla 1

Frecuencia de edad de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Factores sociodemográficos	Pretérmino			
	Sí		No	
Edad	N	%	N	%
14 - 19 años	43	30,5%	26	18,4%
20 - 34 años	74	52,5%	98	69,5%
35 - 50 años	24	17,0%	17	12,1%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°1 con respecto a la edad y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que tienen edades entre 20 – 34 años con 52,5% (74) y menor porcentaje las que tienen edades entre 35 – 50 años con 17,0% (24); de igual manera en parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que tienen edades entre 20 – 34 años con 69,5% (98) y menor porcentaje las que tienen edades entre 35 – 50 años con 12,1% (17).

Tabla 2

Frecuencia del grado de instrucción de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Factores sociodemográficos	Pretérmino			
	Sí		No	
Grado de instrucción	N	%	N	%
Ninguna	0	0,0%	1	0,7%
Primaria incompleta	1	0,7%	4	2,85
Primaria completa	9	6,4%	4	2,8%
Secundaria incompleta	61	43,3%	48	34%
Secundaria completa	43	30,5%	56	39,7%
Técnico superior	4	2,8%	10	7,1%
Superior	23	16,3%	18	12,8%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°2 con respecto al grado de instrucción y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que tienen secundaria incompleta con 43,3% (61) y menor porcentaje las que tienen primaria incompleta con 0,7% (1) a diferencia del parto a término donde se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que tienen secundaria completa con 39,7% (56) y menor porcentaje las que no tienen ningún grado de instrucción con 0,7% (1).

Tabla 3

Frecuencia de estado civil de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Factores sociodemográficos	Pretérmino		No	
	Sí		No	
Estado civil	N	%	N	%
Soltera	30	21,3%	11	7,8%
Casada	11	7,8%	4	2,8%
Conviviente	100	70,9%	126	89,4%
Otros	0	0,0%	0	0,0%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°3 con respecto al estado civil y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que son convivientes con 70,9% (100) y menor porcentaje las que son casadas con 7,8% (11); de igual manera en parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que son convivientes con 89,4% (126) y menor porcentaje las que son casadas con 2,8% (4).

Tabla 4

Frecuencia de controles prenatales de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Antecedentes obstétricos	Pretérmino		No	
	Sí		No	
Control prenatal	N	%	N	%
Inadecuado	78	55,3%	68	48,2%
Adecuado	63	44,7%	73	51,8%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°4 con respecto al control prenatal y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que tienen control prenatal inadecuado con 55,3% (78) a diferencia

de que en parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que tienen control prenatal adecuado con 51,8% (73).

Tabla 5

Frecuencia de paridad de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Antecedentes obstétricos	Pretérmino		No	
	Sí		No	
Paridad	N	%	N	%
Nulípara	47	33,3%	56	39,7%
Primípara	41	29,1%	30	21,3%
Múltipara	48	34,0%	52	36,9%
Gran múltipara	5	3,5%	3	2,1%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°5 con respecto a la paridad y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que son múltiparas con 34,0% (48) y menor porcentaje las que son gran múltiparas con 3,5% (5) y en parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que son nulíparas con 39,7% (56) y menor porcentaje las que son gran múltipara con 2,1% (3).

Tabla 6

Frecuencia de embarazos múltiples de las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Factores fetales	Pretérmino			
	Sí		No	
Embarazos múltiples	N	%	N	%
Sí	10	7,1%	0	0,0%
No	131	92,9%	141	100,0%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°6 con respecto a embarazos múltiples y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron embarazo múltiple con 92,9% (131); de igual manera en parto a término todas las gestantes no presentaron embarazo múltiple con 100% (141).

Tabla 7

Frecuencia de preeclampsia en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Patología	Pretérmino			
	Sí		No	
Preeclampsia	N	%	N	%
Sí	24	17,0%	1	0,7%
No	117	83,0%	140	99,3%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°7 con respecto a la preeclampsia y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron preeclampsia con 83,0% (117); de igual manera en parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron preeclampsia con 99,3% (140).

Tabla 8

Frecuencia de infección de tracto urinario en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Patología	Pretérmino		No	
	Sí		N	%
Infección del tracto urinario	N	%	N	%
Sí	29	20,6%	0	0,0%
No	112	79,4%	141	100,0%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°8 con respecto a la infección del tracto urinario y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron infección del tracto urinario con 79,4% (112) y en parto a término se encuentra todas las gestantes que no presentaron preeclampsia 100,0%(141).

Tabla 9

Frecuencia de amenaza de parto pretérmino en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Patología	Pretérmino		No	
	Sí		N	%
Amenaza de parto pretérmino	N	%	N	%
Sí	70	49,6%	3	2,1%
No	71	50,4%	138	97,9
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°9 con respecto a la amenaza de parto pretérmino y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron amenaza de parto pretérmino con 50,4% (71); de igual manera en parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron amenaza de parto pretérmino con 97,9% (138).

Tabla 10

Frecuencia de desprendimiento prematuro de membrana en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Patología	Pretérmino		No	
	Sí			
Desprendimiento prematuro de placenta	N	%	N	%
Sí	2	1,4%	1	0,7%
No	139	98,6%	140	99,3%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°10 con respecto al desprendimiento prematuro de placenta y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron desprendimiento prematuro de placenta con 98,6% (139); de igual manera en parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron desprendimiento prematuro de placenta con 99,3% (140).

Tabla 11

Frecuencia de anemia en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Patología	Pretérmino		No	
	Sí			
Anemia	N	%	N	%
Sí	74	52,5%	24	17,0%
No	67	47,5%	117	83,0%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°11 con respecto a la anemia y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que presentaron anemia con 52,5% (74) a diferencia de que en

parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron anemia con 83,0% (117).

Tabla 12

Frecuencia de ruptura prematura de membrana en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Patología	Pretérmino		No	
	Sí		No	
Ruptura prematura de membrana	N	%	N	%
Sí	35	24,8%	3	2,1%
No	106	75,2%	138	97,9%
Total	141	100,0%	141	100,0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

En la tabla N°12 con respecto a la ruptura prematura de membrana y a parto pretérmino se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron ruptura prematura de membrana con 75,2% (106); de igual manera en parto a término se encuentra con mayor porcentaje aquellas gestantes que no presentaron ruptura prematura de membrana con 97,9%.

4.2 Análisis Bivariado

Tablas

Tabla 13

Relación entre la edad de la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Edad de la gestante	Pretérmino		No		Total	
	Sí		No		N	%
	N	%	N	%	N	%
14 – 19 años y 35 – 50 años	67	47,5%	43	30,5%	110	39,0%
20 – 34 años	74	52,5%	98	69,5%	172	61,0%
Total	141	100,0%	141	100,0%	282	100,0%

Chi – 2: 8,585 p < 0.01 OR: 2,063 IC 95%: 1,267- 3,360

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 13 se tiene como resultado un Chi – 2: 8,585 y un valor de $p < 0.01$ lo que nos indica que hay asociación entre las edades extremas y el presentar parto pretérmino. Se observa un valor de $OR = 2,063$ con un $IC\ 95\% = 1,267 - 3,360$ lo cual nos indica que existe significancia el tener edades extremas (14-19 y 35-50 años) y es un factor de riesgo para el parto pretérmino; así mismo, las gestantes con edades de 14-19 y 35-50 años tienen 2,063 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que tengan de 20 – 34 años de edad.

Tabla 14

Relación entre el nivel de instrucción de la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Nivel de instrucción	Pretérmino				Total	
	Sí		No		N	%
	N	%	N	%	N	%
Ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa.	114	80,9%	113	80,1%	227	80,5%
Técnico superior y Superior	27	19,1%	28	19,9%	55	19,5%
Total	141	100,0%	141	100,0%	282	100,0%
Chi – 2: 0,23		p: 0,881		OR: 1,046 IC 95%: 0,58 – 1,886		

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 14 se tiene como resultado un Chi – 2: 0,23 y un valor de $p: 0.881$ lo que nos indica que no hay asociación entre los niveles de instrucción (Ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa) y presentar parto pretérmino. Se observa un valor de $OR = 1,046$ con un $IC\ 95\% = 0,58 - 1,886$ lo cual nos indica que no existe significancia en no tener ningún nivel de instrucción o tener niveles de instrucción como primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa; así mismo, las gestantes que no tienen ningún nivel de instrucción o tienen nivel de instrucción como primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa

Chi – 2: 1,420 p: 0,233

OR: 1,239 IC 95%: 0,832 – 2,123

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 16 se tiene como resultado un Chi – 2: 1,420 y un valor de p: 0.233 lo que nos indica que no hay asociación entre presentar un control prenatal inadecuado y el presentar parto pretérmino. Se observa un valor de OR = 1,239 con un IC 95% = 0,832 – 2,123 lo cual nos indica que no existe significancia en tener un control prenatal inadecuado; así mismo, las gestantes que tienen un control prenatal inadecuado tienen 1,239 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que tengan un control prenatal adecuado.

Tabla 17

Relación entre el número de paridad de la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Número de paridad	Pretérmino				Total	
	Sí		No		N	%
	N	%	N	%	N	%
Nulípara y primípara	88	62,4%	86	61,0%	174	61,7%
Multípara y gran múltipara	53	37,6%	55	39,0%	108	38,3%
Total	141	100,0%	141	100,0%	282	100,0%

Chi – 2: 0,060 p: 0,806

OR: 1,062 IC 95%: 0,657 – 1,716

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 17 se tiene como resultado un Chi – 2: 0,060 y un valor de p: 0.806 lo que nos indica que no hay asociación entre las gestantes que sean nulíparas o primíparas y el presentar parto pretérmino. Se observa un valor de OR = 1,062 con un IC 95% = 0,657 – 1,716 lo cual nos indica que no existe significancia el ser nulípara o primípara; así mismo, las gestantes que son nulípara o primípara tienen 1,062 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que sean múltipara o gran múltipara.

Tabla 18

Relación entre el factor de riesgo embarazo múltiple con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Embarazo múltiple	Pretérmino				Total	
	Sí		No			
	N	%	N	%	N	%
Sí	10	7,1%	0	0,0%	10	3,5%
No	131	92,9%	141	100,0%	272	96,5%
Total	141	100,0%	141	100,0%	282	100,0%
Chi – 2: 10,368 p < 0,01			OR: 2,076 IC 95%: 1,835 - 2,349			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 18 se tiene como resultado un Chi – 2: 10,368 y un valor de $p < 0.01$ lo que nos indica que hay asociación entre las que presentaron embarazo múltiple y quienes presentaron parto pretérmino. Se observa un valor de $OR = 2,076$ con un $IC\ 95\% = 1,835 - 2,349$ lo cual nos indica que existe significancia el haber presentado embarazo múltiple y es un factor de riesgo para el parto pretérmino; así mismo, las gestantes que hayan presentado embarazo múltiple tienen 2,076 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que no hayan presentado embarazo múltiple

Tabla 19

Relación entre preeclampsia en la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Preeclampsia	Pretérmino				Total	
	Sí		No			
	N	%	N	%	N	%
Sí	27	17,0%	1	0,7%	28	9,7%
No	117	83,0%	140	99,3%	257	91,1%
Total	144	100,0%	141	100,0%	285	100,0%
Chi – 2: 23,218 p < 0,01			OR: 28,718 IC 95%: 3,827 – 215,489			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 19 se tiene como resultado un Chi – 2: 23,218 y un valor de $p < 0.01$ lo que nos indica que hay asociación entre las gestantes que presenten preeclampsia y el presentar parto pretérmino. Se observa un valor de OR = 28,718 con un IC 95% = 3,827 – 215,489 lo cual nos indica que existe significancia el presentar preeclampsia; por ende es un factor de riesgo para el parto pretérmino; así mismo, las gestantes con preeclampsia tienen 28,718 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que no tengan preeclampsia.

Tabla 20

Relación entre infección del tracto urinario en la gestante con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Infección del tracto urinario	Pretérmino				Total	
	Sí		No		N	%
	N	%	N	%	N	%
Sí	29	20,6%	0	0,0%	29	10,3%
No	112	79,4%	141	100,0%	253	89,7%
Total	141	100,0%	141	100,0%	282	100,0%
Chi – 2: 32,324		$p < 0,01$		OR: 2,259		IC 95%: 1,967 – 2,594

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 20 se tiene como resultado un Chi – 2: 32,324 y un valor de $p < 0.01$ lo que nos indica que hay asociación entre las gestantes que presenten infección del tracto urinario y el presentar parto pretérmino. Se observa un valor de OR = 2,259 con un IC 95% = 1,967 – 2,594 lo cual nos indica que existe significancia el presentar infección del tracto urinario y es un factor de riesgo para el parto pretérmino; así mismo, las gestantes con infección del tracto urinario tienen 2,259 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que no tengan infección del tracto urinario.

De la tabla 22 se tiene como resultado un Chi – 2: 0,337 y un valor de p: 0,562 lo que nos indica que no hay asociación entre las gestantes que presenten desprendimiento prematuro de placenta y el presentar parto pretérmino. Se observa un valor de OR = 2,014 con un IC 95% = 0,181 – 22,471 lo cual nos indica que no existe significancia el presentar desprendimiento prematuro de placenta; así mismo, las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta tienen 2,014 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que no tengan desprendimiento prematuro de placenta.

Tabla 23

Relación entre anemia con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Anemia	Pretérmino				Total	
	Sí		No		N	%
	N	%	N	%	N	%
Sí	74	52,5%	24	17,0%	98	34,8%
No	67	47,5%	117	83,0%	184	65,2%
Total	141	100,0%	141	100,0%	282	100,0%
Chi – 2: 39,097		p < 0,01		OR: 5,384		IC 95%: 3,018 – 9,329

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 23 se tiene como resultado un Chi – 2: 39,097 y un valor de p < 0.01 lo que nos indica que hay asociación entre las gestantes que presenten anemia y el presentar parto pretérmino. Se observa un valor de OR = 5,384 con un IC 95% = 3,018 – 9,329 lo cual nos indica que existe significancia el presentar anemia y es un factor de riesgo para el parto pretérmino; así mismo, las gestantes con anemia tienen 5,384 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que no tengan anemia.

Tabla 24

Relación entre ruptura prematura de membrana con la presentación del parto pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – marzo, 2018.

Ruptura prematura de membranas	Pretérmino				Total	
	Sí		No		N	%
	N	%	N	%	N	%
Sí	35	24,8%	3	2,1%	38	13,5%
No	106	75,2%	138	97,9%	244	86,5%
Total	141	100,0%	141	100,0%	282	100,0%
Chi – 2: 31,144		p < 0,01		OR: 15,189		IC 95%: 4,548 – 50,729

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue

De la tabla 24 se tiene como resultado un Chi – 2: 31,144 y un valor de $p < 0.01$ lo que nos indica que hay asociación entre las gestantes que presenten ruptura prematura de membrana y el presentar parto pretérmino. Se observa un valor de OR = 15,189 con un IC 95% = 4,548 – 50,729 lo cual nos indica que existe significancia el presentar ruptura prematura de membrana y es un factor de riesgo para el parto pretérmino; así mismo, las gestantes con ruptura prematura de membrana tienen 15,189 veces más de presentar parto pretérmino que aquellas que no tengan ruptura prematura de membrana.

V. Discusión de Resultados

1) Factores sociodemográficos:

Analizando la edad de las gestantes se encontró la mayor cantidad de casos en el rango de 20 a 34 años lo cual concuerda con el estudio de Retuerta et al., Ahumada et al., y Escobar et al.; y los controles de la misma manera coincide con el rango de edad, lo cual concuerda con los estudios de Escobar et al., Retuerta et al., Ahumada et al., Zerna et al., y Guadalupe et al. En el estudio se observó que el tener menos de 20 años y más de 34 años se asocia de manera significativa con el parto pretérmino además de ser un factor de riesgo este hecho es concordante con Guadalupe et al. que demostró significancia entre adolescencia y edad materna avanzada.

Analizando el grado de instrucción se observó que la máxima cantidad de casos se encontró en gestantes con secundaria incompleta, lo cual concuerda con Huaroto et al., y Guadalupe et al. en cambio, en los controles la máxima cantidad lo presentó los de secundaria completa lo cual concuerda con Huaroto et al. En el presente estudio el que no tuvo grado de instrucción o no tuvo primaria incompleta o primaria completa o secundaria incompleta o secundaria completa no presentó asociación estadísticamente significativa para parto pretérmino lo cual concuerda con un estudio realizado por Guadalupe et al., y Zerna et al. es por ello que la falta de conocimiento puede generar la falta de prevención y cuidados para minimizar los partos pretérminos.

En este trabajo se encontró la mayor parte de casos y controles en la unión estable (convivientes), lo cual concuerda con Guadalupe et al. Así mismo, se encontró asociación significativa el ser soltera o tener algún tipo de relación además de ser un factor de riesgo para presentar parto pretérmino, conclusión semejante arribada por Guadalupe et al. por lo que el estado emocional y socioeconómico de la gestante la predispone a presentar parto pretérmino.

2) Antecedentes Obstétricos:

En el parto pretérmino existió el máximo porcentaje quienes presentaron control inadecuado corroborándose también en el estudio de Martínez et al. y discrepando con Huaroto et al. porque al tener controles insuficientes la gestante desconoce los signos de alarma que puedan conllevar al presentar parto pretérmino a diferencia que en el parto a término la mayor cantidad se observó en el control adecuado lo cual discrepa con Huaroto et al. y con Martínez et al. El control prenatal inadecuado no evidencia una asociación significativa para inducir parto pretérmino, siendo este hecho semejante a Huaroto et al.

Con respecto al número de paridad se observó que las gestantes que presentaron parto pretérmino en su mayoría fueron Multíparas, lo cual concuerda con Zerna, et al., y Guadalupe et al. seguido está la nuliparidad, lo cual concuerda con Huaroto et al. y en los controles se evidenció en su mayoría las nulíparas lo cual concuerda con Guadalupe et al. En el estudio se analizó que el haber sido nulípara y primípara no se evidenció asociación significativa a diferencia de lo obtenido por Huaroto et al.

3) Factor Fetal:

Tanto en los casos y controles, la mayoría de gestantes no presentaron embarazo múltiple lo cual concuerda con el estudio realizado por Guadalupe et al. y Huaroto et al. En este estudio se evidenció asociación significativa entre las que presentaron embarazo múltiple y parto pretérmino; así mismo, es un factor de riesgo lo cual concuerda con Huaroto et al. y discrepa con Guadalupe et al.

4) Factor Patológico:

Para las gestantes que presentaron parto pretérmino la mayoría no cursó con preeclampsia, esto se evidenció también en Zerna et al., y Guadalupe et al. para los partos a término la mayoría de gestantes no cursaron con preeclampsia, afirmado en otro estudio por Guadalupe et al. En

este estudio se encontró que la preeclampsia tuvo asociación significativa además de que fue factor de riesgo para parto pretérmino, lo cual es compatible con lo obtenido por Escobar et al., Retuerta et al., Ahumada et al., y Guadalupe et al.

En este estudio se observó que para los partos pretérmino la mayoría de gestantes no cursaron con infección de tracto urinario existiendo una discrepancia con el estudio realizado por Zerna et al. y con respecto a parto a término se evidenció que no hubo gestantes con infección urinario, situación que muestra que no existe concordancia ni discrepancia con otros trabajos. La infección de la vías urinarias se asocia significativamente a parto pretérmino y se considera como factor de riesgo, hecho corroborado por Rodríguez et al., Escobar et al., y Retuerta et al. y discrepando con Huaroto et al., y Ahumada et al.

Tanto para los casos como para los controles la mayoría de gestantes no cursa con amenaza de parto pretérmino lo cual se corrobora con el estudio realizado por Guadalupe et al. En este estudio la amenaza de parto pretérmino presentó una asociación estadísticamente significativa y factor de riesgo para el parto pretérmino, resultado coincidente con Retuerta et al., y Ahumada et al. y discrepa con Huaroto et al., y Martínez et al.

La mayoría de gestantes ya sea con parto pretérmino o parto a término no cursa con desprendimiento prematuro de placenta lo cual concuerda con el estudio realizado por Guadalupe et al. Podemos observar en el estudio que al presentar desprendimiento prematuro de placenta no presenta asociación estadísticamente significancia, siendo similar lo obtenido por Guadalupe et al. y discrepa con Rodríguez et al.

En el estudio se halló que existen más gestantes con anemia en parto pretérmino que en parto a término concordando con el estudio de Guadalupe et al. Así mismo, la anemia tiene significativa

además de ser factor de riesgo para el parto pretérmino lo cual discrepa con Ahumada et al., y Guadalupe et al.

En relación a la ruptura prematura de membrana se observa que existe mayor porcentaje de este factor en partos a término que en partos pretérmino lo cual contrapone la investigación hecha por Guadalupe et al. Así mismo, podemos observar que al presentar ruptura prematura de membrana existe asociación significativa además de ser factor de riesgo para el parto pretérmino, similar resultado obtenido por Martínez, Zerna et al., y Guadalupe et al. y este hecho discrepa con Ahumada et al.

VI. Conclusiones

1. Al analizar los resultados se demostró que existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino; sin embargo, algunos de ellos son de carácter prevenible.
2. Al conocer los resultados sobre los factores de riesgo sociodemográficos de la gestante se concluye que las edades extremas y el no tener una relación de pareja estable (soltera u otro) son factores de riesgo asociados a parto pretérmino; sin embargo el nivel de instrucción no está asociado significativamente para presentar parto pretérmino.
3. Al medir los resultados sobre los antecedentes obstétricos de la gestante se concluye que tener un control prenatal inadecuado y el ser nulípara o primípara no están asociados significativamente para presentar parto pretérmino.
4. Al identificar los resultados sobre el factor fetal en las gestantes se puede concluir que presentar embarazo múltiple es un factor de riesgo asociado a parto pretérmino.
5. Al analizar los resultados sobre las patologías más frecuentes durante el embarazo se puede concluir que la preeclampsia, la infección del tracto urinario, la amenaza de parto pretérmino, la anemia y la ruptura prematura de membranas son factores de riesgo asociados a parto pretérmino; en cambio el desprendimiento prematuro de membrana no está asociado significativamente a parto pretérmino.

VII. Recomendaciones

- 1) Concientizar a las mujeres de edades extremas del uso de los diferentes métodos anticonceptivos para una reproducción responsable en unión con su pareja.
- 2) Mantener actualizado a los distintos personales del área de la ginecología para poder identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino y de esa manera actuar inmediatamente sobre aquellos factores y así poder controlarlos.
- 3) Fomentar y brindar a las gestantes en su primer día de control sobre la información acerca de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino para que no dejen de asistir a sus controles y de esta manera evitar la aparición del parto pretérmino.
- 4) Se sugiere seguir estudiando el tema más en zonas rurales que zonas urbanas para así poder hacer llegar toda la información sobre los factores de riesgo asociados a parto pretérmino porque es en dichas zonas en donde no llega la información.
- 5) Se recomienda ampliar el tiempo de estudio para poder analizar otros factores asociados a parto pretérmino que puedan surgir durante la investigación.

VIII. Referencias

- Acosta, J., Ramos, M., Zamora, L., y Murillo, J. (2014). Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino. *Ginecología Obstétrica México*, 82(11), 737–743. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom1411d.pdf>
- Ahumada, M., y Alvarado, G. (2016). Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, (24), 1-8. doi: 10.1590/1518-8345.0775.2750
- Chira, J., y Sosa, J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. *Rev. Salud & Vida Sipanense*, 2(2), 7-18. Recuperado de revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/download/201/222
- Díaz, D., Retureta, S., Vega, Y., Martínez, F., Hidalgo, M., y Pulido, I. (2015). Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. *MEDICIEGO*, 21(3), 34-43. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2015/mdc153e.pdf>
- Escobar, B., Gordillo, L., y Martinez, H. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*, 55(4), 424-428. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>
- Genes, V. (2012). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Rev. Del Nacional. (Itauguá)*, 4(2), 8-14. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
- Guadalupe Sh., y Oshiro S. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. *Rev. Fac. Med. Hum*, 17(1), 32-42. doi: 10.25176

- Guadalupe, S. & De La Cruz, J. (2017). *Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015* (tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Perú.
- Guevara, E., & Meza, L. (2013). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. En E. Guevara (Presidencia), *Simposio Preeclampsia, Viejo Problema Aún No Resuelto: Conceptos Actuales*. Simposio llevado a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. Recuperado de <https://docplayer.es/15361468-Simposio-preeclampsia-viejo-problema-aun-no-resuelto-conceptos-actuales.html>
- Heras, B., Gobernado, J., Mora, Pablo., y Almaraz, A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Prog Obstet Ginecol*, 54(11), 575-580. doi:10.1016
- Huaroto, K., Pauca, M., Polo, M., y Meza, J. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. *Rev méd panacea*, 3(2), 27-31. Recuperado de revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/download/103/81/
- Kutscher, V., (1996). Embarazo y anemia. *Matronas profesión*, 15-17. Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol2n4pag15-17.pdf>
- Martínez, G., Díaz, J., y Romero, A. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud en Tabasco*, 23(1-2), 13-18. Recuperado de <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/13.pdf>
- Martos, M., Martínez, M., Campos, S., Salcedo, A., y Pérez, T. (2018). Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*,

- 61(3), 258-262. Recuperado de https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinserada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2011). *Guías Técnicas para la Atención, diagnósticos y tratamiento de 10 condiciones obstétricas*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2016). *Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015* Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
- Monge, T., (septiembre 2017). Parto Pretérmino. *Revista Médica Sinergia*, 2(9), 12 -14.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Incidencia mundial de parto prematuro: revisiones sistemáticas de la morbilidad y mortalidad maternas*. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Nacimientos prematuros*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Pacheco, J., (2008). Parto Pretérmino: Tratamiento y las Evidencias. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 54(1), 24 –32. Recuperado de http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1068/pdf_105
- Retureta, S., Rojas, L., y Retureta, M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Medisur*, 13(4), 517–525 Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008
- Rodríguez, D., Morales, V., Escudero, R., Arévalo, D., y Cabrera Rojas, L. (2014). Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo

metropolitano, 2011 – 2013. *Scientia*, 6(2), 143-147. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6181446.pdf>

Zerna, C., Fonseca, R., Viteri, A., y Zerna, C. (2018). Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. *Revista Ciencia UNEMI*, 11(26), 134–142. Recuperado de <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/678>

IX. ANEXO

ANEXO 1: Operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR			CATEGORIA O VALOR
				TIPO	ESCALA DE MEDICION	
Parto pretérmino	Aquel parto que tiene lugar después de la vigésima segunda semana y antes de la trigésima séptima semana de edad gestacional. (OMS, 2010).	Parto pretérmino diagnosticado como tal en las Historias clínicas de las gestantes del HNHU en el tiempo estudiado.	Recién nacido con edad gestacional de 22 a < 37 semanas	Dependiente Cualitativa	Nominal	Sí No
Edad cronológica	Edad real de una persona desde su nacimiento.	Tiempo de vida de la gestante expresada en años.	Años biológicos	Independiente Cuantitativo	De razón	Menos de 19 años 20 – 34 años Mayor de 34 años
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil referido por la gestante en el momento del estudio.	Tipo de estado civil	Independiente Cualitativo	Nominal	Soltera Casada Conviviente Otros

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR			CATEGORIA O VALOR
				TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	
Nivel de instrucción	Es el grado de estudio más elevado, sin tener en cuenta si se han culminado o están provisional o definitivamente incompletos	Grado de estudios realizados hasta el momento del estudio.	Nivel de estudios	Independiente Cualitativo	Ordinal	Ninguno Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico superior Superior Universitario
Número de controles prenatales	Número de controles prenatales que tuvo la gestante anteriormente a la fecha del parto (Guadalupe et al., 2017).	Número de controles prenatales de la gestante registrados en la historia clínica de la misma.	Número de controles prenatales	Independiente Cualitativa	Nominal	Inadecuado: De cero a seis CPN Adecuado: Mayor o igual a 6 CPN.
Paridad	Número de partos que ha tenido una mujer antes de la gestación actual (Guadalupe et al., 2017)	Número de partos registrados en la historia clínica.	Número de partos	Independiente Cualitativa	Nominal	Nulípara: Mujer que no ha tenido ningún parto. Primípara: Mujer que solo tuvo 1 parto Múltipara: Mujer que ha parido de dos a cuatro veces. Gran múltipara: Presencia de 5 partos a más.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR			CATEGORIA O VALOR
				TIPO	ESCALA DE MEDICION	
Embarazo múltiple	Es la gestación en la que se desarrolla más de un feto (Escobar et al., 2012).	Presencia de más de un feto durante el embarazo en el periodo de estudio.	Embarazo con la presencia de más de 1 feto	Independiente Cualitativa	Nominal	Si No
Preeclampsia	Presencia de hipertensión arterial después de la vigésima semana de gestación y asociado a la aparición de proteinuria (Guevara et al., 2013)	Diagnostico registrado en la historia clínica de la gestante antes del parto durante el periodo de estudio.	Pacientes con preeclampsia en la gestación actual	Independiente Cualitativa	Nominal	Si No
Infección del tracto urinario	“Colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario” (Acosta et al., 2014, p.738).	Presencia de la patología en la gestante, durante el periodo de estudio la cual está registrada en la historia clínica de la misma.	Infección del tracto urinario en la gestación actual.	Independiente Cualitativa	Nominal	Si No

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR			CATEGORIA O VALOR
				TIPO	ESCALA DE MEDICION	
Amenaza de parto pretérmino	Trabajo de parto que ocurre a más tardar en la trigésima séptima semana de gestación (Guadalupe, 2017).	Diagnostico registrado en la historia clínica de la gestante antes del parto durante el periodo de estudio.	Amenaza de parto pretérmino en la gestación actual.	Independiente Cualitativa	Nominal	Si No
Anemia	Concentración de la hemoglobina menor o igual a 11g/dL, debido a la poca concentración de hierro (Escobar et al. 2012).	Presencia de la patología en la gestante, durante el periodo de estudio la cual está registrada en la historia clínica de la misma.	Gestantes con anemia durante el periodo de estudio	Independiente Cualitativa	Nominal	Si No
Rotura prematura de membranas	Rompimiento espontaneo del saco amniótico antes de que se inicie el trabajo de parto siendo más de una hora (Guadalupe, 2017).	Diagnostico registrado en la historia clínica de la gestante antes del parto durante el periodo de estudio	Gestantes con pérdida de líquido amniótico o acumulo en el fondo del saco vaginal.	Independiente Cualitativa	Nominal	Si no

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR			CATEGORIA O VALOR
				TIPO	ESCALA DE MEDICION	
Desprendimiento Prematuro de Placenta	Desprendimiento parcial o total de la placenta que esta insertada en el fondo uterino y ocurre antes de iniciar el parto (Martos et al., 2018)	Diagnostico registrado en la historia clínica de la gestante antes del parto durante el periodo de estudio	Gestante de DPP en la gestación actual	Independiente Cualitativa	Nominal	Si No

ANEXO 2: Ficha de recolección de datos.

DATOS GENERALES	Nº De Historia clínica		
DATOS PERSONALES	Edad de la paciente		
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera () • Conviviente () 	<ul style="list-style-type: none"> • Casada () • Otros:
	Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna () • Primaria incompleta () • Primaria completa () • Secundaria incompleta () • Secundaria completa () • Técnico superior () • Superior universitario () 	
ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS	Paridad	G:	<ul style="list-style-type: none"> Nulípara () Primípara () Multípara () Gran múltipara ()
	Nº de Controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuado: CPN < 6 - Adecuado: CPN ≥ 6 	
	Factor fetal	Embarazo Múltiple: SI () NO ()	
	Patologías asociadas durante la gestación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preeclampsia SI () NO () ✓ Infección del tracto urinario SI () NO () ✓ Amenaza de parto pretérmino SI () NO () ✓ Desprendimiento prematuro de placenta. SI () NO () ✓ Anemia SI () NO () ✓ Rotura prematura de membrana SI () NO () 	
	Antecedentes de otros factores de riesgo	Si () No ()	
	EG en la que terminó el parto		