



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO



ESCUELA DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL
PARTO PRETÉRMINO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES, PERIODO ENERO-JUNIO, AÑO 2016**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO EN LA SEGUNDA ESPECIALIDAD
OBSTETRICA DE RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS**

AUTORA:

OBSTA. VILLARREAL AGUINAGA, CARMEN

ASESORA:

MG. SERRANO OTOYA, ROSA

**CHICLAYO – PERÚ
2018**

TITULO DE LA INVESTIGACION:

“FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, PERIODO ENERO – JUNIO, AÑO 2016”.

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TITULO DE:

“SEGUNDA ESPECIALIDAD OBSTETRICA DE RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS”.

OBSTA. CARMEN VILLARREAL AGUINAGA

AUTORA

MG. ROSA SERRANO OTOYA

ASESORA

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO:

DRA. YANINA GARCÍA PUICÓN

PRESIDENTE

MG. SERGIO GUTIÉRREZ CÁRDENAS

SECRETARIO

MG. CLARA ROSA PASCO TAPIA

VOCAL

INDICE

Tabla de contenido

INDICE	3
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
INTRODUCCIÓN.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	9
1.1 Realidad problemática:	11
1.1.1 A nivel Internacional	11
1.1.2 A nivel Nacional:	12
1.1.3. A nivel Local	13
1.2 Formulación del problema.	14
1.2.1 Problema General:.....	14
1.2.2 Problemas Específicos:	14
1.3 Delimitación de la Investigación.....	14
1.4 Planteamiento del problema:.....	15
1.5 Justificación e importancia de la Investigación.....	15
1.5.1 Justificación.....	15
1.5.1.1 Científica:.....	15
1.5.1.2 Social:.....	16
1.5.1.3 Económica:	16
1.5.2. Importancia.	16
1.6 Limitaciones de la Investigación.	16
1.7 Objetivos de la Investigación.	17
1.7.1 Objetivo General	17
1.7.2 Objetivos Específicos.....	17
2.1 Antecedentes de Investigación	19
2.2 Base Teórico- Científico.....	26
2.2.1 Marco de Referencia.....	26
2.2.1.1. Marco Teórico:	26

2.2.1.1.1. Parto prematuro:	26
2.2.1.1.2 Factores de Riesgo Maternos en Parto prematuro:	30
2.2.1.2 Marco Conceptual:	32
2.2.1.3 Marco Histórico:	33
2.3 Hipótesis	36
2.3.1 Hipótesis Nula (H0)	36
2.4.1 Identificación de Variables:	36
2.5 Definición de variables:	36
2.5.1 Definición Conceptual:	36
2.6 Operalización de Variables:	40
2.4 Tipo de Investigación:	43
2.5 Diseño de Investigación/ Contratación de Hipótesis:	43
2.6 Población y muestra.	43
3.3.1 Población:	43
3.3.2 Muestra:	44
2.7 Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos.	45
2.8 Validación y confiabilidad de los instrumentos.	46
2.9 Métodos y procedimientos para la recolección de datos.	46
2.10 Análisis estadísticos y representación de los resultados.	47
CAPITULO IV:	48
Resultados de la Investigación.	48
4.1 Presentación y análisis de la Información (en tablas y gráfico)	49
4.2. Discusión de Resultados	77
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	82
ANEXOS:	87

DEDICATORIA

CON TODO MI AMOR:

A MIS PADRES:

LUZ ANGELICA Y FRANCISCO
FLORENCIO, POR SU
INCONDICIONAL APOYO EN
CADA PASO QUE DOY EN LA
VIDA.

A MIS HIJOS:

JENNER ANGEL Y MILAGROS DEL
CARMEN QUE, CON TANTO
CARIÑO, PACIENCIA, SIEMPRE
ESTAN, MOTIVANDOME A SEGUIR
LUCHANDO POR ALCANZAR MIS
OBJETIVOS EN LA VIDA.

AGRADECIMIENTO

- A MIS AMIGOS, QUE ESTUVIERON SIEMPRE ESTAN ALENTANDOME Y APOYANDOME, PARA CUMPLIR MI META.

- A LAS AUTORIDADES DE INSTITUCIÓN, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, POR LAS FACILIDADES QUE SE ME OTORGÓ PARA REALIZAR MI INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Este documento que presenta los resultados del estudio realizado, consta de cinco capítulos, a continuación, se hace una breve descripción de cada uno de ellos:

El capítulo I, El Problema, contiene los antecedentes, lo referente a formulación del problema, justificación e importancia, limitaciones de la investigación, objetivo general y específicos.

El capítulo II, Marco Teórico, el desarrollo de la temática y antecedentes de la investigación, los fundamentos organizacionales, teóricos.

El capítulo III, Marco Metodológico, se presenta el diseño de la investigación llevada a cabo de la presente Tesis, así también la población, muestra, hipótesis, variables y su operacionalización. Métodos técnicos de la investigación, instrumentos utilizados y análisis estadísticos e interpretación de datos.

El capítulo IV, Análisis e Interpretación de los resultados, contiene el análisis e interpretación de los resultados los mismos que son procesados a través del programa SPSS luego de la tabulación de datos recopilados a través de los cuestionarios aplicados a la población de estudio.

El capítulo VI, Conclusiones y Recomendaciones, se da a conocer las conclusiones a las que ha llegado el autor, del mismo presentan las recomendaciones necesarias.

Y por último se presentan las referencias bibliográficas utilizadas para la investigación y los anexos citados en el texto y relacionados con la misma.

RESUMEN

La investigación titulada “Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino Hospital Regional Docente Las Mercedes, periodo enero-junio año 2016”, tuvo como objetivo analizar los principales factores de riesgo maternos asociados al Parto Pretérmino en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, periodo enero-junio, año 2016. La investigación fue de tipo diseño descriptivo - correlacional; se utilizó una metodología descriptiva no experimental. La población estuvo conformada por el número de madres cuyo parto fue prematuro en el cual su muestra equivale 164. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos a través de las historias clínicas. Se llegó a la conclusión que dentro de los principales factores de riesgo maternos asociados al Parto Pre Término en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, en cuanto a las características de las gestantes se encontró asociación con la edad, paridad, control prenatal, parto pre término previo, no se encontró asociación con el periodo intergenésico. En cuanto a las complicaciones asociados se encontró: la anemia, rotura prematura de membranas y las infecciones urinarias, no se encontró asociación: la pre eclampsia, eclampsia y el flujo vaginal. Se recomienda planificar capacitación permanente al profesional de ginecología y obstetricia específicamente en la identificación temprana de factores de riesgo y patologías de gestación y valorar su capacidad resolutive.

Palabras claves: Factores de riesgo, parto pretérmino, gestantes

ABSTRACT

The research entitled Maternal Risk Factors Associated with Preterm Delivery Regional Hospital Teaching Las Mercedes, January-June 2016, aimed to analyze the main maternal risk factors associated with Preterm Labor at the Las Mercedes Teaching Regional Hospital, January-June period, year 2016. The investigation was of descriptive type correctional design; a non-experimental descriptive methodology was used. The population consisted of the number of mothers whose delivery was premature, in which their sample was 164. The instrument used was a data collection card through the medical records. It was concluded that within the main maternal risk factors associated with Pre-Term Delivery in the Regional Hospital Teaching Las Mercedes, the characteristics of pregnant women in terms of age, parity number, prenatal control, previous preterm birth, no association was found with the intergenetic period, in terms of complications are risk factors, anemia, premature rupture of membranes and urinary infections, complications of preeclampsia, eclampsia and vaginal discharge are not risk factors. It is recommended to plan permanent training for the gynecology and obstetrics professional specifically in the identification of complex pregnancy pathologies and to assess their resolute capacity.

Key words: Risk factors, preterm birth, pregnant women

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática:

1.1.1 A nivel Internacional

La prematurez es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad perinatal y es el responsable de 75% de las muertes neonatales no vinculadas con malformaciones congénitas. En Europa, la incidencia de parto pre término es de entre 5 y 7% de los nacidos vivos, en Estados Unidos alcanza 12% y en Latinoamérica la incidencia global es de 9%. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que en América Latina y el Caribe cada año suceden 12 millones de nacimientos y 180,000 muertes durante el primer mes de vida. La mayor parte de esas muertes son evitables y están relacionadas con la prematurez y morbilidad a corto y largo plazo. (1)

El nacimiento prematuro es responsable del 75 % de la mortalidad neonatal; los que sobreviven, por lo general, presentan múltiples problemas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta, pues a menudo ocurren discapacidades neurológicas como trastornos del lenguaje y del aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral, todo lo cual influye negativamente en su adaptación social. (2)

En el ámbito internacional los problemas en las madres gestantes se vienen incrementado con respecto a los partos pre términos. Es así en los países vecinos al nuestro presentan porcentajes: Ecuador presenta el 5.1%, Chile (7.1%), Bolivia (9%), Colombia (8,8%) y Brasil 9,2%). (3)

En Chile en una indagación acerca de los factores asociados al parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago encontraron que la infección bacteriana ascendente fue el factor asociado con mayor frecuencia con el parto prematuro espontáneo. Se observa que el parto prematuro en el ámbito internacional también es un problema preocupante y que muchos

estudios son encaminados a buscar las causas con el fin de disminuir estos indicadores negativos que traen muchos problemas a la humanidad. (4)

1.1.2 A nivel Nacional:

En el ámbito nacional, también se observan en los gestantes problemas de parto pre término tal como se refieren en diversos estudios realizados en los diferentes hospitales del país; presentándose como causas, múltiples factores que condicionan el desencadenamiento del parto antes de las 37 semanas. En ese sentido se debe continuar las investigaciones con el fin de tener una mayor referencia de los hallazgos y como se puede aplicar al contexto actual. (5)

En el Perú los partos prematuros, aquellos que se producen antes de la semana 37 de gestación, han aumentado notablemente en la última década. Aunque sólo representan un 10 por ciento de los nacimientos, la tasa de mortalidad es elevada, así como las complicaciones que puede suponer para el bebé nacer antes de tiempo. Muchas parejas creen que el parto prematuro es sólo cuestión de suerte (o de mala suerte), que simplemente “toca”. Si bien es cierto que no siempre se puede evitar un parto prematuro, existen factores de riesgo que conociéndolos se pueden tomar las medidas necesarias para disminuir las probabilidades de sufrirlo. (6)

El parto pretérmino aparece en el 5-10% de las embarazadas; se define como el parto que se produce entre las semanas 28 a 37 del embarazo, y es un problema no sólo obstétrico, sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. Otro caso es el parto inmaduro, que es aquel que se da entre las semanas 20 y 28 de embarazo. Cuanto más prematuro es el bebé, existen menos posibilidades de que sobreviva y, en caso de conseguirlo, tendrá que hacer frente a mayores dificultades: retraso mental, parálisis cerebral, problemas

respiratorios, digestivos, pérdidas de visión y audición, retrasos en el desarrollo, y problemas de aprendizaje y de conducta. (7)

1.1.3. A nivel Local

En el ámbito local, la situación de las madres gestantes con respecto a los partos pre términos, también reflejan marcados problemas como: El antecedente de parto pre término ($p = 0,0479549$; OR 7,03), control prenatal < 6 ($p = 0,0418812$; OR 4,89), el desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0252295$; OR 8,5), la vaginosis bacteriana ($p = 0,0105826$; OR 4,07) y la infección de vías urinarias ($p = 0,0301523$; OR 2,97) se asociaron al desarrollo de parto pre término. El antecedente de parto pre término, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pre término. (8)

Continuando con la investigación local, en la ciudad de Chiclayo, específicamente en el hospital Regional Docente Las Mercedes, Servicio de Gineco-obstetricia, en los últimos meses se han detectado gestantes con enfermedades como: anemia, infecciones de vías urinarias, Preclampsia, parto pre termino previo entre otros, a todo ello se suma que existen muchas gestantes en edad adolescente, todas estas exposiciones tiene como consecuencia posible el adelanto de los partos, por tal motivo se ha considerado pertinente llevar a cabo una investigación que permita conocer la asociación de las manifestaciones descritas con respecto a los partos pre término, en ese sentido se plantea la siguiente interrogante.

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema General:

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados al Parto Pre Término en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, periodo enero – junio, año 2016?

1.2.2 Problemas Específicos:

1. ¿Cuál es la frecuencia de presentación de parto pre término en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, periodo enero-junio 2016?
2. ¿Cuáles son las características de las gestantes con parto pre término tales como: edad materna, paridad, control pre natal, periodo intergenésico, parto pre-término previo, en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, periodo enero-junio 2016?
3. ¿Qué complicaciones se presentan en las gestantes con parto pre término pre término en el Hospital Regional Docente las Mercedes, periodo enero-junio 2016?

1.3 Delimitación de la Investigación.



Av. Elias Aguirre

1.4 Planteamiento del problema:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el parto prematuro o pre término como el nacimiento que tiene lugar después de las 20 semanas y antes de completadas las 37 semanas de edad gestacional. El parto prematuro es una complicación al que se le relaciona con la morbilidad neonatal y tiene consecuencias adversas para la salud a largo plazo, la sumatoria de complicaciones en la vida de los recién nacidos pre término ocasiona altas tasas de mortalidad neonatal. El parto pre término se ha asociado con múltiples factores, como lo son el antecedente de tener un parto pre término, la anemia, los altos niveles de catecolaminas en la orina materna, el consumo de tabaco, la ruptura prematura de membranas (RPM), la hipertensión arterial (HTA), el sangrado transvaginal, el periodo intergenésico ≤ 1 año, la infección del tracto urinario (ITU), la ausencia del control prenatal, el control prenatal deficiente, tener una edad menor de 20 años, tener una edad materna mayor de 35 años, el oligohidramnios, el antecedente de aborto inducido, la preeclampsia, el embarazo gemelar, edad materna avanzada. (9)

1.5 Justificación e importancia de la Investigación

1.5.1 Justificación

1.5.1.1 Científica:

Esta investigación es determinante para el conocimiento de los factores de riesgo materno presentes en los casos de partos pre términos, que se encuentran definidos en la literatura científica para este diagnóstico; la idea es conocer la casuística en este nosocomio y tomar las medidas correctivas para disminuir las probabilidades de sufrirlo y prescribir las medidas correctivas que estipulan los protocolos de atención.

1.5.1.2 Social:

El estudio es útil porque intenta determinar el factor social implícito para este tipo de patologías; la cual produce elevada mortalidad materna e infantil afectando los indicadores sanitarios en el país.

1.5.1.3 Económica:

Desde el punto de vista económico, las alteraciones de la gestación determinan pérdidas en horas de trabajo, asimismo; déficit en el recurso remunerativo en las pacientes afectadas.

1.5.2. Importancia.

La investigación es importante y conveniente porque determina los factores de riesgo materno que están presentes en los casos de Parto Prematuro y que el personal de salud responsable de la atención de la gestante los identifique en forma precoz, los reduzca o los prevenga y tome las medidas correctivas ante la gestante en riesgo y evitar la prematuridad y sus complicaciones. Es necesario conocer como este problema se presenta en nuestro medio para tomar las medidas que correspondan y evitar esta patología obstétrica que contribuye hasta un 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada morbilidad neonatal y secuelas neurológicas que repercutirán en el desarrollo del neonato.

1.6 Limitaciones de la Investigación.

No hubo limitaciones en el presente estudio.

1.7 Objetivos de la Investigación.

1.7.1 Objetivo General

Analizar los principales factores de riesgo maternos asociado al Parto Pre Término en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, periodo enero – junio, año 2016.

1.7.2 Objetivos Específicos.

1. Estimar la frecuencia del Parto Pre Término en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, periodo enero – junio, año 2016.
2. Determinar las características de las gestantes con Parto Pre Término tales como: Edad materna, paridad, control prenatal, periodo intergenésico, parto pre término previo, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” periodo enero – junio, año 2016
3. Determinar las complicaciones obstétricas que se presentan con más frecuencia en las gestantes con Pre Término en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, periodo enero – junio, año 2016.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO - CIENTÍFICO

2.1 Antecedentes de Investigación

Retureta Milan et al. Cuba (2015). En su investigación titulada: Factores de riesgo del parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. El grupo de casos estuvo conformado por las mujeres (N=423) cuyo parto se produjo entre 22 y 36,6 semanas de gestación y el grupo control lo integraron aquellas (N=486) con parto a las 37 o más semanas, con recién nacidos de peso superior a los 2500g, seleccionadas mediante un muestreo de apareamiento (un caso por dos controles). Con respecto a los hallazgos tenemos que: los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150cm, las ganancias de peso bajo o alto durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero. Y las conclusiones obtenidas son: la práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no solo por la existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la interrelación entre cada uno de ellos. (2)

Ovalle A, Kakarieka E et al. Chile (2012), en su investigación denominada “Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago” cuyo objetivo fue determinar los factores asociados con los nacimientos prematuros, utilizando datos clínicos maternos resultados de laboratorio y hallazgos placentarios patológicos. Estudio retrospectivo de 642 partos únicos pretérmino a las 22-34 semanas de gestación. Los nacimientos se subdividieron en nacimientos prematuros como consecuencia de una indicación médica y partos espontáneos con o sin rotura prematura de membranas (PROM). Los factores de riesgo para partos prematuros se clasificaron como maternos, fetales, placentarios. Resultados: las proporciones de partos prematuros fueron espontáneas en un 69% (con PROM 27% y con membranas intactas 42%) y en nacimientos médicamente indicados 31%. La infección bacteriana ascendente (ITB) fue el factor asociado con

mayor frecuencia con el parto prematuro espontáneo en el 51% de las mujeres (142/280, $p < 0,01$) y con los partos prematuros de menos de 30 semanas en el 52% de las mujeres (82/157, $p < 0,01$). La infección vaginal o urinaria por *Streptococcus* del grupo B, fue la condición clínica más común asociada con los partos relacionados con la infección bacteriana ascendente. La hipertensión estuvo presente en 94 de 127 partos prematuros médicamente indicados (preeclampsia en 62% e hipertensión crónica en 12%) y en 29% (preeclampsia 24%) de nacimientos prematuros de más de 30 semanas. Las anomalías congénitas se asociaron principalmente con una edad materna mayor de 35 años en el 15% (14/92) de las mujeres. La frecuencia de enfermedades placentarias fue mayor en partos prematuros espontáneos (14%) y en embarazos de más de 30 semanas en (14%). Conclusiones: La infección bacteriana ascendente fue el factor más común asociado con los partos prematuros espontáneos a las 22- 34 semanas, mientras que la preeclampsia es el factor más común asociado con los partos prematuros médicamente indicados. (4)

Guadalupe S, Lima (2015), en su investigación “Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015” con la finalidad de conocer los factores de riesgo asociado a parto pretérmino. En cuanto al enfoque metodológico tenemos que es un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 de los cuales se divide en casos a las gestantes con parto pretérmino y controles a las gestantes sin parto pretérmino. Se realizó un análisis univariado y bivariado, mediante SPSS Statistics V 24. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Concluyó lo siguiente: En los factores sociodemográficos se observa que las edades extremas de la vida y el no tener ningún tipo de relación establecida con la pareja son factores de riesgo para presentar parto pretérmino. Entre los antecedentes obstétricos observamos que el tener un control prenatal inadecuado y el ser multigesta o gran multigesta es un factor de riesgo para presentar parto pretérmino. El que la gestante presente embarazo múltiple es un factor fetal que no actúa como factor de

riesgo para presentar parto pretérmino. Dentro de las patologías que se presentan durante el embarazo y de acuerdo a la intensidad de factor de riesgo que significan para presentar parto pretérmino tenemos a la rotura prematura de membranas, preeclampsia e infección de tracto urinario. (10)

Cuzcano A. (2015), en el estudio “Características de las madres adolescentes con parto pre- Término, en el Hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre del 2014 a noviembre del 2015” estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal con una muestra de 112 gestantes entre 14 y 19 años obteniéndose los siguientes resultados: las pacientes adolescentes tuvieron una edad promedio de 18 años, fue su primer embarazo, de grado de instrucción secundaria, el estado civil de conviviente, asimismo la patología más frecuente fue

la infección de Vías Urinarias y la vía culminación de embarazo predominó el parto vaginal. (11)

Rojas T. (2015), Perú. Realizó una investigación para determinar “Pielonefritis gestacional, pre-eclampsia y ruptura prematura de membranas como factores de riesgo para parto pre término en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, estudio de tres años de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo conformada por 90 gestantes (45 gestantes con parto prematuro y 45 gestantes con parto a término) y concluyó que la Pielonefritis es un factor de riesgo para el parto prematuro, la pre eclampsia y ruptura prematura de membranas no demostraron asociación estadísticamente significativa para parto pre término. (12)

Sánchez C. (2014), Perú. Desarrolló una investigación con la finalidad de determinar las características maternas presentes en el parto prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal a través de un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el que se analizaron 108 casos de parto pre término encontrando que la mayoría de los casos se presentaron entre las semanas 32 – 36 con un 72%. Las principales características maternas presentes en el parto pre término fueron primigestas, con control prenatal inadecuado (52%) y periodo intergenésico

corto menor de 2 años (45%); así como la anemia materna (32%), ruptura prematura de membranas (22%) y la infección urinaria (19%). (13)

Basualdo P. Ricse J. (2014), Perú. Realizaron una investigación realizada en el Hospital de Emergencias Grau Lima con el propósito de determinar los Factores asociados a parto pre término en las gestantes; estudio descriptivo, retrospectivo, transversal que se trabajó con 101 casos de gestantes con diagnóstico de parto pre término. Se halló que los factores más frecuentes en el parto pre término fueron: La infección del tracto urinario (34.7%), la anemia (45%) y la infección vaginal ascendente (47.5%); con sendos grupos mayoritarios de 73 gestantes entre 20 – 34 años (72%) y 98 pacientes que culminaron la gestación entre las 32 y 37 semanas de gestación 97%. (14)

Guillen J. (2014), Perú. Investigación “Factores Maternos asociados al Parto Pre termino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Estudio observacional, retrospectivo. La muestra fue de 127 pacientes de los cuales el 39.4% (50) presentaron parto pre término y el 60.6% (77) no presentaron parto pre término, concluyendo que los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pre término fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($P<0,05$). (3)

Patilla R. (2013), Perú. En su investigación “Factores maternos asociados al parto pre término en el Hospital San Juan de Dios” Pisco. Estudio de tipo transversal, analítico y retrospectivo con diseño de casos y controles de pacientes cuyo parto culminó en recién nacido vivo pre término, encontró que la prevalencia de parto pre término en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo de enero 2008 a junio del 2013 fue de 3.35%. y los factores de riesgo maternos asociados al parto pre término fueron: Infección urinaria, antecedente de parto prematuro y antecedente de aborto. La edad comprendida entre 18-34 años, el grado de nivel secundario y superior, se comportaron como factores protectores. (15)

Taboada R. (2013), Perú. En su estudio; “Factores de Riesgo asociados a Parto Pre término en el Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias” Tipo de investigación retrospectivo, transversal, cuantitativo de casos y controles, trabajando con una

muestra de 150 casos (grupo de casos 75 y grupo control 75). Concluyó que los factores de riesgo que se relacionaron con el parto pre término fueron 06, y de estos, el que tuvo mayor representatividad fue la infección del tracto urinario (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0.006$ y $OR = 2.579$; seguido por la presencia de anemia (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0.013$ y $OR = 2.458$; seguido por edad entre 19 y 35 años (factor materno) con $P = 0.014$ y $OR = 2.40$ seguido de antecedente de aborto y parto pre término (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0.022$ y $OR = 2.27$, gestantes con ningún CPN (factor obstétrico) con $P = 0.029$ y $OR = 2.10$ y por último el embarazo múltiple (factor fetal) con $P = 0.683$ $OR = 1.182$. Asimismo, concluye que no todos los factores de riesgos maternos, obstétricos/gestacionales, útero placentario y fetal tienen la misma significancia estadística en comparación a otros estudios realizados en relación al tiempo y lugar de investigación. (16)

Sánchez K. (2012), Perú. En su investigación realizada en el Hospital Belén de Trujillo 2012 – 2014, “Factores de Riesgo asociados a Parto Pre término” estudio retrospectivo de casos y controles, trabajó con 976 gestantes cuyo parto culminó 244 casos en parto prematuro y 732 en parto a término. Hallando que: La proporción de parto pre término en gestantes (18 a 35 años) fue de 11.54%; El control pre natal inadecuado ($OR: 10.361$), antecedente de parto pre término ($OR: 2.989$), periodo intergenésico corto ($OR: 1.887$), infección del tracto urinario en el embarazo ($OR: 8.968$), la ruptura prematura de membranas ($OR: 5.211$), y la pre eclampsia ($OR: 4.849$); son factores de riesgo asociados al Parto Prematuro. (17)

Olaya C. Pardo V. (2017), Perú. Se realizó el estudio cuantitativo, analítico, retrospectivo, de diseño no experimental en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría durante el periodo 2010 – 2014, con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino; se realizó la revisión de una muestra de 117 historias clínicas de pacientes agrupadas 39 como casos (cuyo parto se produjo entre las 22 y 36.6 semanas de gestación) y 78 como control (cuyo parto ocurrió entre 37 y 40 semanas de gestación). Se determinó como factor de riesgo sociodemográfico asociado al parto pretérmino al estado civil soltera ($OR = 3.43$ e $IC 95\% = 1.32 - 8.86$), y entre los gestacionales al antecedente de aborto y amenaza de

parto pretérmino y al control prenatal inadecuado) utilizando en el análisis bivariado la prueba χ^2 y en el análisis de variables múltiples la regresión logística, derivando el Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) al 95% y el riesgo atribuible con un 71 % es el estado civil soltera. (18)

Carnero Y. (2016), Perú. En un estudio titulado “Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero-junio del 2015”. Estudio de tipo casos y control, cuantitativo, transversal, retrospectivo, basado en la revisión de 150 historias clínicas de gestantes que presentaron un parto pretérmino, único y espontáneo, 300 historias clínicas de gestantes que presentaron parto a término, único y espontáneo, durante el periodo de enero a junio del 2015. De las 450 historias clínicas, la frecuencia de partos pretérminos fue 33.3%. Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: el antecedente de parto pretérmino altamente significativo ($P < 0.001$) con un OR= 8.5 e IC 95% (5.35-13.52), la infección de vías urinarias altamente significativo ($P < 0.0001$) con un OR: 6 e IC 95% (3.89-9.299), la anemia altamente significativa ($P = 0.0001$) con un OR: 2.26 e IC 95% (1.5085-3.3726) y no tuvo significativa estadística: la edad materna ($P = 0.4769$) con un OR: 1.25. Se concluye que el antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino. (5)

Guerrero M. Sánchez S. (2015), Pimentel. La OMS reporta que cada año 15 millones de bebés nacen de forma prematura y 1 millón de prematuros mueren con retinopatía, convirtiéndose en la principal causa de ceguera de mortalidad neonatal. Por ello se formuló la siguiente problemática ¿Cuáles son los Factores de Riesgo que inciden en la Retinopatía del Prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo 2014?; esta investigación permitió a los profesionales de enfermería realizar promoción y prevención sobre factores relacionados con la madre y el neonato a fin disminuir la incidencia, morbilidad y contribuir a mejorar su calidad de vida, el objetivo fue Determinar los Factores de Riesgo que inciden en la Retinopatía de la Prematuridad en el Hospital Regional Docente las Mercedes; se basó en el enfoque cuantitativo, descriptivo y retrospectivo.

La población fue de 339 recién nacidos prematuros, teniendo como muestra a 136 recién nacidos prematuros según criterios de inclusión y exclusión. Las técnicas de recolección de datos son de análisis documental y bibliográfico, teniendo como fuentes primarias las historias clínicas para lo cual se utilizó una ficha de recolección de datos. Se obtuvieron los siguientes resultados: factores maternos: Obteniendo como resultados: Factores Maternos: Infecciones del Tracto Urinario con un 44.1%, 28.7% con preclampsia otras hacen eclampsia, el 20.6% con hipertensión arterial, el 19.9% anemia y por último 18.4% con diabetes mellitus, Factores Neonatales: Apnea (89,7%), Asfixia con 78.7%, 71.3% sepsis, EMH con 67,6%, y obteniendo así un 57.4% que tuvieron SDR, Factores Predisponen: es el CPAP con un 30.9%, ventilador mecánico 22%, cánula binasal 19.85%. Puesto que con el análisis realizado con el Chi cuadrado nos da valores $p < 0.05$ que nos indica que es significativo. Se concluyó que los hallazgos en este estudio confirman que estos multifactores maternos y del recién nacidos inciden en la retinopatía del prematuro. (19)

Carpio F. (2013), Chiclayo. Estudio realizado en Lambayeque: “Factores de riesgo materno asociados a parto Pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013” Estudio de tipo retrospectivo, transversal, de casos y controles; la población de estudio estuvo conformada por dos grupos: Grupo casos (35 partos pre término) y el grupo control (35 partos a término) se concluyó que los factores como: El control pre natal menor a 6, el antecedente de parto pre-término, la vaginosis bacteriana, la infección de vías urinarias, el desprendimiento prematuro de placenta son factores de riesgo asociado al desarrollo de Parto Pre término. (8)

Chamba M, Fuentes A (2017) Chiclayo. Estudio realizado en Chiclayo “Infecciones del Tracto Urinario como factor de riesgo de Parto Pre término en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo durante enero – diciembre del 2016”. Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de casos y controles. La población estuvo constituida por 264 gestantes con parto pre término. Concluyó que la incidencia del parto prematuro fue de 14.76%

y la infección del Tracto urinario es un factor de riesgo asociado al Parto Pre término (OR=n30.83). La población motivo de estudio se caracterizó por tener edades entre 18 a 23 años, proceder de zonas rurales, ser convivientes y amas de casa. Con respecto a las características gineco obstétricas podemos señalar que la mayoría fueron multíparas, con edad gestacional de 33 – 36 semanas, con atención pre natal inadecuada y cuya vía de parto predominó el vaginal. (20)

2.2 Base Teórico- Científico

2.2.1 Marco de Referencia.

2.2.1.1. Marco Teórico:

2.2.1.1.1. Parto prematuro:

El parto prematuro es aquel que ocurre entre las 22 semanas de gestación, 500 g. de peso y antes de las 37 semanas. (21)

2.2.1.1.1.1 Categorías del Parto prematuro:

- ✓ Prematuro tardío: Parto que se produce entre las semanas 34 y 36 de gestación.
- ✓ Prematuro moderado: Parto que se produce entre las semanas 32 y 33 de gestación.
- ✓ Prematuro extremo: Parto que se produce antes de las 32 semanas de gestación.
- ✓ Prematuro muy extremo: Parto que se produce antes de las 28 semanas de gestación. (22,23)

2.2.1.1.1.2 Acontecimientos para la ocurrencia del parto prematuro:

En el trabajo de parto intervienen tres acontecimientos generales para su ocurrencia y estos son:

- ✓ Incremento de contractilidad uterina.
- ✓ Activación de las membranas fetales.
- ✓ Modificaciones cervicales

Los cambios biológicos consisten en el aumento de la actividad de la enzima ciclooxigenasa (COX) que cataliza la síntesis de prostaglandinas, las cuales intervienen en la generación de éstos tres acontecimientos. (24)

En el trabajo de parto pre término, en cambio, tiene ciertas situaciones patológicas que activan prematuramente la vía común del parto. Básicamente, la ocurrencia de:

- Desprendimiento de placenta normo inserta.
- el proceso inflamatorio observado en la corioamnionitis.
- La sobre distensión de las membranas observada en los embarazos múltiples o en el poli hidramnios.
- El estrés fetal en la insuficiencia placentaria, son todos estímulos capaces de inducir a la enzima COX e iniciar así el trabajo de parto prematuro. (24)

2.2.1.1.2 Procesos patogénicos del Parto pretérmino:

Hay evidencias que sugieren que el trabajo de parto pre término posee una etiología múltiple. Los principales procesos patogénicos implicados en el síndrome de parto pre término son: (24)

1. Infección e inflamación:

La inflamación intraamniótica se define como la elevación de la concentración en líquido amniótico de citoquinas pro inflamatorias y de enzimas que degradan de la matriz durante el segundo trimestre. La IL-1 fue la primera citoquina que se relacionó con el parto pre término asociado a infección. Así, la IL-1beta estimularía el NF-kappaB (un factor de transcripción presente en el citoplasma), aumentaría la producción de COX-2 y prostaglandinas, e inhibiría la actividad de la progesterona. Posteriormente, también han sido implicadas las IL-6, IL-8, IL-18 y el TNF-alfa. Por el contrario, la IL-10 reduce la respuesta inflamatoria, por lo que es probablemente sea una citoquina clave para el mantenimiento del embarazo. (24)

Los microorganismos pueden acceder a la cavidad amniótica y al feto por las siguientes vías:

- ✓ Vía ascendente.
- ✓ Diseminación hematógena (infección transplacentaria).
- ✓ Siembra retrógrada de la cavidad peritoneal, por la trompa de Falopio.
- ✓ Introducción casual en el momento de procedimientos invasivos, como amniocentesis, cordocentesis, biopsia de vellosidades coriales u otros. La vía más común de infección intrauterina es la ruta ascendente. (22)

2. Enfermedad vascular útero-placentaria y hemorragia decidual.

Los mecanismos responsables de la activación de la vía común del parto en casos de isquemia uteroplacentaria o hemorragia decidual tienen como base común la producción de trombina. La presencia de neutrófilos y depósitos de fibrina en la decidua sugieren un nexo entre la inflamación y la producción de trombina. Los neutrófilos producen MMP-8 y MMP-9, elastasa y ROS (especies reactivas de oxígeno). Estos productos contribuyen a la degradación de la matriz extracelular en la decidua y a la rotura de la membrana. (24)

3. Sobredistensión uterina.

La distensión miometrial excesiva puede aumentar la contractilidad, la liberación de prostaglandinas, la expresión de conexina-43 (GAP junctions) y el número de receptores de oxitocina. (24)

4. Reacción alográfica anormal.

Se ha sugerido que las anormalidades en el reconocimiento y adaptación a antígenos fetales pueden constituir ser responsables en algunos casos de aborto recurrente, pre eclampsia y CIR. En algunas pacientes con parto pre término espontáneo se ha descrito la villitis crónica como una lesión histológica sugerente de "rechazo placentario". Este hecho supondría una evidencia indirecta de que algunas alteraciones de la inmunidad podrían ser un potencial mecanismo causal en determinados casos de parto pre término. (24)

5. Fenómenos alérgicos.

La madre presentaría una alteración de la respuesta inmune frente a un antígeno que a priori es inocuo. Este antígeno induciría la producción de Ig E por parte de las células B Th-2), y la unión del complejo antígeno-Ig E a los mastocitos de la decidua ocasionaría su degranulación responsable del inicio de la inflamación. (24)

6. Alteraciones hormonales.

El cambio en la relación estrógenos-progesterona podría activar la vía común del parto en el cérvix, miometrio y membranas amnióticas, ya sea directamente o indirectamente por medio de las prostaglandinas, la oxitocina y sus receptores. (24)

7. Estrés materno fetal:

Se ha propuesto al factor liberador de la ACTH (CRF) como responsable del mismo. EL CRF se encuentra en el hipotálamo y la placenta, y parece que podría activar la vía común del parto estimulando la ACTH fetal, inhibiendo la producción de progesterona por la placenta y aumentando la síntesis de prostaglandinas. (24)

8. Alteraciones del cérvix uterino.

La alteración cervical puede ser el resultado de una malformación congénita, un traumatismo quirúrgico o cualquier otra circunstancia que origine una pérdida de la integridad del cérvix. (24)

2.2.1.1.2 Factores de Riesgo Maternos en Parto prematuro:

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. Se han considerado varios factores maternos como responsables de parto pretérmino: la edad materna menor 16 años o mayor de 35 años, paridad, control prenatal menor a 6, el periodo intergenésico menor de 2 años, parto pretérmino previo, la anemia, hipertensión inducida por el embarazo, la infección de vías urinarias, flujo vaginal. (25)

2.2.1.1.2.1 Dimensiones de los riesgos maternos en parto prematuro:

- a) **Edad:** Edad cronológica de la mujer, desde su nacimiento a la actualidad. (26,27)
- b) **Paridad:** Se define al número total de partos que tiene una mujer. (28)
- c) **Control Pre Natal:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo. (25). También es considerado como Número de controles prenatales que tuvo la gestante anteriormente a la fecha del parto. (10)
- d) **Periodo Intergenésico:** Se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. (29) (30)
- e) **Parto Pre término previo:** Mujer con antecedente de parto con edad gestacional de 22 y menor de 37 semanas. (28)
- f) **Anemia:** Alteración en la sangre que se caracteriza por la disminución en la concentración de la Hemoglobina, el hematocrito o el número total de eritrocitos. Se define como el valor de la hemoglobina inferior a 11.0 g/dl. (31)
- g) **Hipertensión Inducida por el Embarazo:** Es una complicación exclusiva del embarazo, de causa desconocida; caracterizada clínicamente por presentar

presión alta, proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Se debe tener presente que las enfermedades hipertensivas del embarazo son la segunda causa de muerte materna en el Perú, lo cual la convierte en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal. (32)

h) **Ruptura prematura de membranas:** La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad.(29). Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. (33)

i) **Infección del tracto urinario:** La infección del tracto urinario: Presencia de dos de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$), tenesmo, polaquiuria, disuria o dolor supra púbico, más cualquiera de los siguientes:
- Nitratos o leucocito-estearasa positivo.
- Piuria > 10 leucocitos/ml.
- Visualización de microorganismos en la tinción de Gram.
- Dos uros cultivos con $> 10^3$ UFC/mL del mismo germen.
- Uro cultivo con $\geq 10^5$ UFC/mL de orina de un solo patógeno en paciente tratado con terapia antimicrobiana apropiada.
- Uro cultivo con $\geq 10^5$ UFC/mL de orina de un solo patógeno en paciente tratado con terapia antimicrobiana apropiada.
- Consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. (34)

j) **Síndrome de Flujo Vaginal:** El Síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia, fetidez vaginal,

determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal. (35)

2.2.1.2 Marco Conceptual:

Factores asociados al parto pretérmino: Son aquellos factores que predisponen a un parto espontáneo entre las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación; entre los cuales tenemos: antecedente de parto pretérmino, infección de vías urinarias, anemia, etc. (5)

Antecedente de parto pretérmino: Se define como la presencia de uno o más partos pretérmino previos en la gestante; ocurridos entre las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación ≥ 1 vez, con independencia del peso al nacer, calculado a partir del primer día del último periodo menstrual normal (FUR) y/o ultrasonografía transvaginal del primer trimestre. (5)

Infección de vías urinarias: Se define como el diagnóstico por urocultivo positivo ($> 100\,000$ UFC / ml) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo documentado en la historia clínica. (5)

Anemia: Se define como el valor de la hemoglobina inferior a 11.0 g/dl durante el embarazo. (5)

Edad materna: Se define como el tiempo de vida en años de la mujer embarazada. (5)

2.2.1.3 Marco Histórico:

El parto prematuro es la principal causa de mortalidad perinatal (75%) y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo. En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 5-6%. (36)

En el Perú durante el 2015, 9 de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semanas a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31. En las regiones se observa el mismo comportamiento que en el nacional, más del 90% de los nacimientos se dieron a partir de la semana 37, mientras que el mayor porcentaje de nacidos vivos entre las semanas 32- 36 se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%. En la región Lambayeque el 1,2% de los nacidos vivos se presentaron a una edad gestacional menor a 31 semanas. (36)

A nivel nacional de los 27 mil nacidos vivos durante el 2015, con una edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación). El mayor porcentaje de recién nacidos pre término se encuentra dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8%), es decir que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación. (21)

El parto prematuro es resultado de un trabajo de parto espontáneo en casi 50% de los casos, ocurre después de la rotura prematura de membranas en 30%, y es iatrogénico (por complicaciones maternas o fetales) en el 20% restante. (21)

El antecedente de parto prematuro es un factor pronóstico de amenaza de este tipo de parto entre las 24 y 36 semanas de embarazo. Los factores socioeconómicos, entre los que destaca embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad),

solteras o sin apoyo social el grado de escolaridad materna y los bajos ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de parto prematuro y en las fumadoras; también las edades extremas de la vida reproductiva en las de 35 años de edad o mayores. En cuanto a la paridad: en las primíparas con antecedente de aborto en el primer trimestre y en las multigrávidas con antecedente de parto prematuro o aborto en el segundo trimestre. (21)

Algunos factores médicos elevan el riesgo de parto prematuro, por ejemplo: parto prematuro previo, sangrado vaginal persistente al inicio del embarazo, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas, poli hidramnios, incompetencia cervical, enfermedad cardíaca y anemia materna. (21)

La rotura prematura de membranas es quizá la enfermedad que más se asocia con el parto prematuro. La corioamnionitis, es un componente importante en muchos casos de parto prematuro, y también se ha relacionado la vaginosis bacteriana por *Gardnerella vaginalis* y las infecciones del tracto urinario. (21)

La tasa de nacimientos prematuros es un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, la salud materna, el acceso oportuno a los servicios de salud adecuados, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna y perinatal. Además, es un reflejo claro de las circunstancias de vida, el estatus social y la importancia que para el Estado tiene la salud de sus ciudadanos. (36)

Es necesario distinguir entre parto pre término electivo (25%) y es la consecuencia de ciertas complicaciones del embarazo (pre eclampsia, CIR severo, hemorragias ante parto etc.) que obligan al obstetra a finalizar la gestación en interés de la salud materna o el bienestar fetal y el parto pre término espontáneo que ocurre sin intervención médica ya sea por causas conocidas (infección, sobre distensión uterina, estrés etc.) o desconocidas (éstas últimas hasta en el 50% de los partos pre término). (28)

Existe una fuerte asociación entre el parto prematuro y la privación social. Entre los factores de riesgo del parto prematuro se encuentran la pobreza, el trabajo fuera de casa y los embarazos de adolescentes y de madres solteras. (28)

Se ha demostrado que la infección vaginal por microorganismos, anaerobios como la vaginosis bacteriana, es un factor de riesgo importante para el parto prematuro. También se ha observado que el diagnóstico y tratamiento precoces a éstas infecciones reducen la incidencia de parto prematuro. Además, la existencia de infecciones no tratadas entre ellas la pielonefritis. (28)

CABERO ROAURA 2001: Nos dice que la edad materna es uno de los factores asociados a la prematuridad; frecuentemente se ha observado una mayor prevalencia de prematuridad en las madres menores de 20 años y aquellas mayores de 34. El exceso de riesgo materno para las madres muy jóvenes se concentra en aquellas que son primíparas. La diferencia en los partos prematuros según la edad materna así entre las menores de 25 años era más frecuente que el parto fuera inducido medicamente mientras, que para las mayores de 34 predominaban los partos espontáneos. Culturalmente, el embarazo en madres adolescentes de países desarrollados puede suponer una situación estresante, falta de apoyo, un bajo nivel de ingresos, un seguimiento incompleto del embarazo. (37)

Cunninghm, MD, 2010 refiere: El trabajo de parto espontáneo con membranas fetales intactas es la causa más frecuente de parto prematuro y representa casi la mitad de los nacimientos prematuros. Refiere cuando el intervalo entre embarazos es corto en un estudio encontraron que intervalos menores de 18 meses y mayores de 59 meses se acompañaron de mayores riesgos de nacimientos de productos prematuros y neonatos pequeños para la edad gestacional. (28)

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis Nula (H0)

H0: No existe asociación entre los factores maternos y parto pretérmino en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, periodo enero – junio, año 2016.

2.3.2 Hipótesis alternativa: (H1)

H1: Existe asociación entre los factores maternos y parto pretérmino en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, periodo enero – junio, año 2016.

2.4 Variables:

2.4.1 Identificación de Variables:

2.4.1.1 Variable independiente: Factores de riesgo maternos.

2.4.1.2 Variable Dependiente: Parto prematuro

2.5 Definición de variables:

2.5.1 Definición Conceptual:

Factores de riesgo maternos: Conocer los factores de riesgo para recién nacidos de parto pre término, antes de quedar embarazada o a inicios del embarazo, ayudaría a actuar para prevenir un nacimiento por parto pre término. En forma general se suelen agrupar a los factores de riesgo para parto pre término en factores sociodemográficos, factores asociados a antecedentes obstétricos y a patologías maternas. (7)

Parto Pre Término: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto pretérmino como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación o

menos de 259 días, contados a partir de la fecha de última menstruación. El límite inferior de edad gestacional que establece el límite entre parto pretérmino y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso. (38)

2.5.2 Definición operacional:

Factores de Riesgos Maternos:

- ✓ **Edad:** Tiempo de vida expresada en años. Se medirá en años, de acuerdo a la historia clínica. Se ha categorizado en tres grupos:
 1. Adolescente: 12 a 17 años.
 2. Joven: 18 a 29 años.
 3. Adulto: 30 a 49 años.

- ✓ **Paridad:** Se definirá según lo observado en la historia clínica perinatal. Se ha dividido en tres grupos:
 1. Nulípara: No tuvo ningún parto anterior.
 2. Primípara: 1 parto
 3. Multípara: de 2 a 5 partos.
 4. Gran Multípara: 6 partos a más.

- ✓ **Control Pre Natal:** Número de controles prenatales de la gestante antes del parto, registrada en la historia clínica perinatal
 1. No Controlada: Ninguna atención pre natal o menor de 6
 2. Controlada: > ó = a 6 atenciones prenatales.

- ✓ **Periodo Intergenésico:** El periodo intergenésico se clasifica como corto cuando es menor o igual a 24 meses, entre 25 y 48 meses como Óptimo y mayor o igual a 49 meses como prolongado; aunque otros estudios lo clasifican como corto si es menor de 24 meses, entre 24 y 48 meses como

normal y mayor de 48 meses como prolongado, habiéndose considerado éste último para la presente investigación (29,30)

1. Periodo intergenésico corto: < 24 meses.
2. Periodo intergenésico largo: > 48 meses.
3. Periodo intergenésico Optimo. 25 y 48 meses.

✓ **Parto Pre término previo:** Partos prematuros descritos en la Historia clínica perinatal de las gestantes durante el periodo de estudio.

1. Sí.
2. No.

✓ **Anemia:** Se define como el valor de la hemoglobina inferior a 11.0 g/dl e inferior a 33% de hematocrito durante el embarazo durante el periodo de estudio.

1. Sí.
2. No.

✓ **Preeclampsia:** Enfermedad producida en la segunda mitad del embarazo caracterizada por PA $\geq$ 140/90 mmHg y proteinuria $\geq$ 0.3 g/ litro en orina de 24 horas (32.)

1. Sí.
2. No.

✓ **Eclampsia:** complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones generalizadas (32)

1. Sí.
2. No.

✓ **Ruptura prematura de membranas:** Es la solución de la continuidad de las membranas ovulares que permite la salida del líquido amniótico después de la semana 22 de la gestación y antes del inicio de trabajo de parto. Será

definido por el diagnóstico descrito en la hoja perinatal de la gestante en estudio.

1. Sí
2. No

- ✓ **Infección del Tracto Urinario:** Se define como el diagnóstico por urocultivo positivo ($> 100\,000$ UFC / ml) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo documentado en la historia clínica.

1. Sí.
2. No.
3. No tipificable.

- ✓ **Síndrome del Flujo Vaginal:** Presencia de flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia, fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo.

1. Sí
2. No

- ✓ **Parto Prematuro:**

Se consideran las siguientes categorías para los prematuros:

1. Prematuro tardío: nacimiento que se produce entre las semanas 34 y 36 de gestación.
2. Prematuro moderado: nacimiento que se produce entre las semanas 32 y 33 de gestación.
3. Prematuro extremo: nacimiento que se produce antes de las 32 semanas de gestación.
4. Prematuro muy extremo: nacimiento que se produce entre las 22 y 27 semanas de gestación.

2.6 Operalización de Variables:

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	UNIDAD MEDIDA	INSTRUMENTO
Factores de Riesgo Maternos de Parto Prematuro	Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Tiempo de vida expresada en años	-Adolescente. -Joven. -Adulta.	De razón	1. De 12 a 17 2. De 18 a 29 3. De 30 a 49	Ficha de recolección de datos
	Número de Paridad	Número de partos que tiene una mujer	Se definirá según lo observado en la historia clínica perinatal	-Nulípara. -Primípara. -Multípara. -Gran Multípara.	Nominal	1. Nulípara: No tuvo ningún parto 2. Primípara: Solo tuvo 1 parto 3. Multíparas: Mujer que ha presentado 2 a 5 partos. 4. Gran Multípara: Mujer con 6 a más partos	Ficha de recolección de datos
	Control pre natal	Número de controles prenatales que tuvo la gestante anteriormente a la fecha del parto.	Número de controles prenatales de la gestante registrada en la historia clínica perinatal	- Gestante No Controlada. - Gestante Controlada.	Nominal	1. No Controlada: Ningún control prenatal o < 6 atenciones prenatales 2. Controlada: Atenciones prenatal > ó = a 6	Ficha de recolección de datos
	Periodo Intergenésico	Se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo.	- Periodo Intergenésico Corto: < 24 meses. - Periodo Intergenésico largo: > 48 meses -Periodo Intergenésico Óptimo: 24 – 48 meses	- Periodo intergenésico corto. - Periodo intergenésico largo. -Periodo Intergenésico Óptimo	-Nominal	1- Periodo Intergenésico Corto: < 24 meses. 2- Periodo Intergenésico largo: > 48 meses 2. Periodo Óptimo (24 –a 48 meses)	Ficha de recolección de datos
	Parto pretérmino previo	Recién nacido producto de un embarazo cuya edad gestacional oscila de 22 a 36 semanas de gestación	Partos prematuros descritos en la Historia clínica perinatal de las gestantes durante el periodo de estudio	Recién nacidos producto de partos con edad gestacional de 22 a < 37 semanas	Nominal	1. SI 2. No.	Ficha de recolección de datos
	Anemia	Alteración en la sangre que se caracteriza por la disminución en la concentración de la Hemoglobina, el hematocrito o el número total de eritrocitos	Valores menores a 11 g/dl de hemoglobina e inferior a 33% de hematocrito en gestantes durante el periodo de estudio	Gestantes con anemia durante el periodo de estudio	Nominal	1 SI 2 NO	Ficha de recolección de datos
	Preclampsia	Es una complicación exclusiva del embarazo, de causa desconocida; caracterizada clínicamente por presentar presión alta, proteinuria.	Será definido por el diagnóstico descrito en la hoja perinatal de la gestante en estudio	Pacientes con preeclampsia en la gestación actual	Nominal	1 SI 2 NO	Ficha de recolección de datos
	Eclampsia	complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones generalizadas	Al cuadro de pre eclampsia se presenta convulsiones	Pacientes con eclampsia en la gestación actual	Nominal	1 SI 2 NO	Ficha de recolección de datos
	Infecciones urinarias	Consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario	Presencia de infección urinaria durante el embarazo, definida en la historia clínica perinatal de la gestante en estudio	Infección urinaria en la gestación actual	Nominal	1 SI 2 NO	Ficha de recolección de datos

	Ruptura Prematura de Membranas	Es la solución de la continuidad de las membranas ovulares que permite la salida del líquido amniótico después de la semana 22 de la gestación y antes del inicio de trabajo de parto.	Gestante que presenta ruptura de las membranas entre las 22 semanas de gestación y antes que se presente el trabajo de parto.	Gestantes con ruptura prematura de membranas en la gestación actual	Nominal	1 SI 2 NO	Ficha de recolección de datos
	Flujo Vaginal	El Síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia, fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo y como resultado de un desbalance ambiental en el ecosistema vaginal.	Flujo vaginal: Modificación del contenido vaginal fisiológico en cuanto a cantidad, color y olor o cuando sienten prurito o molestias. Al examen clínico se presenta un flujo puede ser: blanco grisáceo, amarillento, fluido homogéneo que se adhiere a las paredes vaginales muchas veces con olor fétido. (olor a pescado).	Gestantes con Flujo Vaginal en la gestación actual	Nominal	1 SI 2 NO	Ficha de recolección de datos

Tabla 1. Variable dependiente

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO
Parto Prematuro	Parto Pre término tardío.	Parto Pre Término tardío: Parto que se produce entre las semanas 34 y 36 de gestación.	Parto Pre Término tardío: Parto que ocurre entre 34 y 36 semanas de gestación.	Parto Pre Término Tardío	Nominal	Prematuro tardío: 1 SI	Ficha de recolección de datos.
	Parto Pre Término Moderado	Parto Pre Término moderado: Parto que se produce entre las semanas 32 y 33 de gestación.	Parto Pre Término moderado: Parto que ocurre entre las 32 y 33 semanas de gestación.	Parto Pre Término moderado	Nominal	Prematuro moderado: 1 SI	Ficha de recolección de datos.
	Parto Pre Término extremo	Parto Pre Término extremo: Parto que se produce antes de las 32 semanas de gestación.	Parto Pre Término extremo: Parto que ocurre antes de las 32 semanas de gestación.	Parto Pre Término extremo	Nominal	Prematuro extremo: 1 SI	Ficha de recolección de datos.
	Parto Pre Término muy extremo	Parto Pre Término muy extremo: Parto que se produce entre las 22 y 27 semanas de gestación	Parto Pre Término muy extremo: Parto que ocurre entre las 22 y 27 semanas de gestación	Parto Pre Término muy extremo.	Nominal	Prematuro muy extremo: 1 SI	Ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO III:

MARCO METODOLÓGICO

2.4 Tipo de Investigación:

Observacional: Porque el investigador no interviene, limitándose a medir solo las variables necesarias para el estudio.

Retrospectivo: Por lo que la variable dependiente (parto pre término) que se estudió en la investigación se tomó en cuenta después de haberse presentado en las pacientes y también porque todos los datos se recogieron de la base de datos de la historia clínica perinatal.

Analítico-correlacional: Debido a que se estudió y se analizó la relación entre la variable dependiente (parto pretérmino) y las variables independientes (características de la gestante, las patologías más frecuentes durante el embarazo)

2.5 Diseño de Investigación/ Contrastación de Hipótesis:

Descriptivo Transversal: En este tipo de diseño los individuos son observados únicamente una vez. Los estudios transversales se utilizan cuando el objetivo es analizar los datos obtenidos de un grupo de sujetos.

2.6 Población y muestra.

3.3.1 Población:

Estuvo conformada por madres cuyos partos fueron a término y prematuros, en el periodo enero – junio del año 2016, cuya cantidad asciende a 1920, de los cuales se presentaron 285 partos prematuros, teniendo la siguiente configuración:

Tipo partos	N°	%
A término	1635	85%
Prematuros	285	15%
Total	1920	100%

Fuente: Informe Mensual Materno Perinatal Hospital Docente Las Mercedes

La población es **1920**

3.3.2 Muestra:

Unidad de Análisis: Las historias clínicas y carnet perinatales de las pacientes cuyo parto fue atendido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente las Mercedes durante el periodo enero a junio del 2016 y que cumplieron con los criterios de selección establecidos de inclusión y exclusión.

Unidad de Muestreo: La misma que la unidad de análisis.

Tamaño Muestral:

Para hallar la muestra se aplicará la siguiente fórmula para poblaciones finitas

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

La muestra de la población de partos prematuros 285

N: Total de Población:	285
p: Proporción Esperada:	0.5
q (1-p) :	0.5
e: Nivel de error aceptado:	5%

$$n = \frac{273.714}{1.67} = 164$$

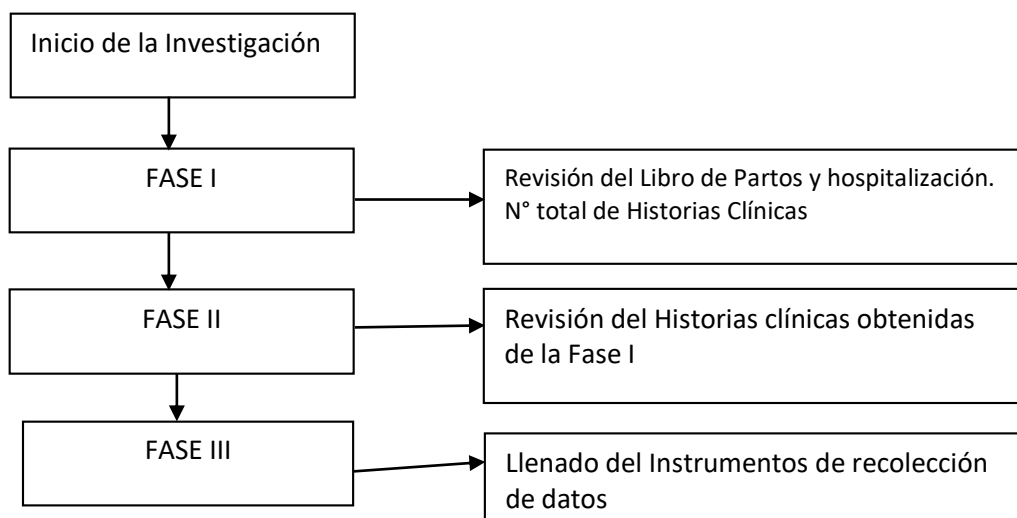
Dónde n= 164

Nivel de confianza

1	Coeficiente Za)
90.0%	1.645
95.0%	1.96
97.5%	2.24
99.0%	2.576

2.7 Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnica: El análisis documental consiste en detectar, obtener y consultar información y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que pueden ser útiles para los propósitos del estudio. De igual manera se utilizó una ficha de recolección de datos, para medir las dos variables, de las cuales se realizaron un número de preguntas y estuvieron basados a los indicadores de las variables.



Instrumento: Ficha de recolección de datos.

El instrumento está constituido por una ficha de recolección de datos, en la cual se consideraron datos relacionados con investigación, tales como los factores de riesgo y el diagnóstico de Parto Prematuro.

El instrumento se divide en 2 apartados:

El primero corresponde a datos generales donde consigan código de identificación de cada paciente.

En el segundo se consignan datos relacionados a factores de riesgo asociados al Parto Prematuro (ver anexo 1).

2.8 Validación y confiabilidad de los instrumentos.

Validez: se empleó la validación de contenido mediante el juicio de expertos en el tema; el juicio de experto se basó en la correlación de las respuestas con los objetivos, dimensiones e indicadores diseñados en el presente estudio”, mediante “una escala de evaluación de ponderaciones cualitativas y cuantitativas de los ítems proyectados de las variables a trabajar”.

Confiabilidad: por lo cual el cuestionario se midió utilizando uso del programa SPSS 22, y se determinó el alfa de crombach la cual estipula su confiabilidad

2.9 Métodos y procedimientos para la recolección de datos.

El instrumento que se utilizó en la investigación fue la ficha de recolección de datos que contiene información que fue transferida desde las historias clínicas. Los datos recolectados están directamente relacionados con las variables de estudio.

Para efectos se realizará el siguiente procedimiento:

1. Se revisó los archivos de Estadística.
2. Se recogió las historias clínicas desde el archivo de pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia.

3. Posteriormente se procedió a revisar y tener acceso a la historia clínica perinatal y/o carné materno perinatal, donde se encontraron registrados los datos necesarios para la realización del estudio.
4. Los datos fueron consignados a una ficha clínica que se confeccionó para efectos de este estudio, que incluye datos demográficos, complicaciones obstétricas etc. (Anexo 1).
5. Todos los datos fueron compilados en una base de información creada en el paquete estadístico SPSS 20.0 para su procesamiento.

2.10 Análisis estadísticos y representación de los resultados.

Los datos obtenidos fueron procesados en Microsoft Excel 2016. Se presenta tablas y gráficos de frecuencias relativas y absolutas. Los resultados fueron contrastados con tablas dinámicas.

CAPITULO IV:

Resultados de la Investigación.

4.1 Presentación y análisis de la Información (en tablas y gráfico)

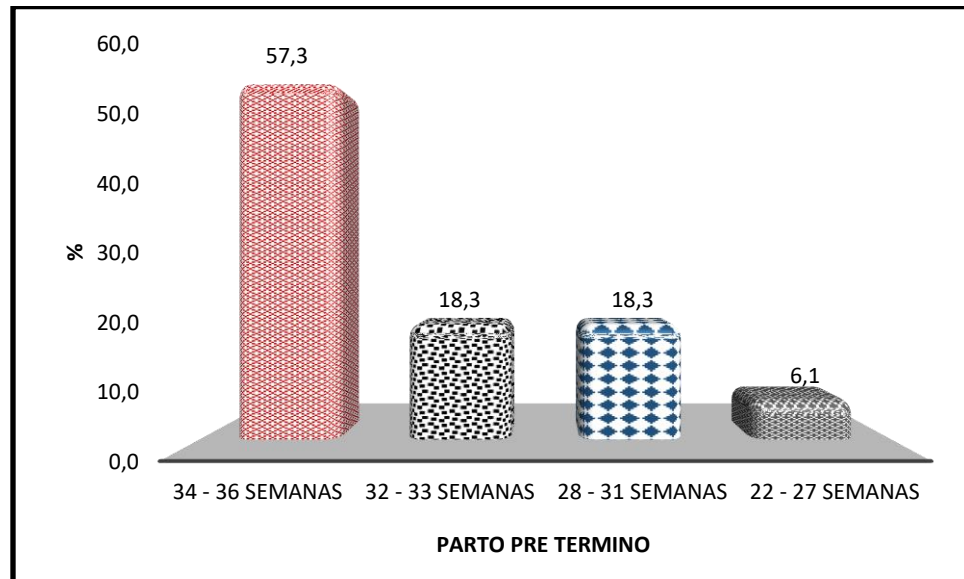
Tabla N° 1

Frecuencia de Partos Pre Término en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, periodo enero – junio, año 2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
34 - 36 semanas	94	57.3	57.3
32 - 33 Semanas	30	18.3	75.6
28 - 31 semanas	30	18.3	93.9
22 - 27 Semanas	10	6.1	100.0
Total	164	100.0	

Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Figura N° 1: Frecuencia de Partos Pre Término en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, periodo enero – junio, año 2016.



Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

La frecuencia de Partos Pre Término en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, periodo enero – junio, año 2016, predominó el periodo de 34 a 36 semanas (57,3%), mientras se identificó iguales resultados en el periodo de 28 a 31 semanas y de 32 a 33 semanas (18,3%), y sólo un 6,1% de los partos pre términos se presentaron de las 22 a 27 semanas de gestación.

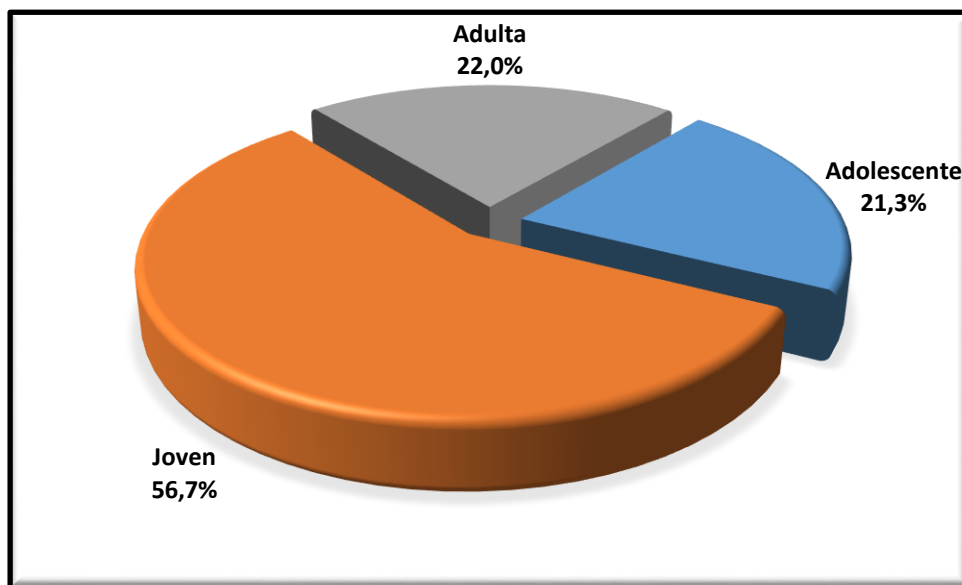
Tabla N° 2

Distribución de las características de las gestantes con Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

Características		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad	Adolescente	35	21.3	21.3
	Joven	93	56.7	78.0
	Adulta	36	22.0	100.0
	Total	164	100.0	
Número de paridad	Nulípara	83	50.6	50.6
	Primípara	34	20.7	71.3
	Multípara	47	28.7	100.0
	Total	164	100.0	
Control pre natal	No Controlada	112	68.3	68.3
	Controlada	52	31.7	100.0
	Total	164	100.0	
Periodo Intergenésico	Corto	44	26.8	26.8
	Largo	47	28.7	55.4
	Óptimo	73	44.5	100.0
	Total	164	100.0	
Parto pre termino previo	Si	21	12.8	12.8
	No	143	87.2	100.0
	Total	164	100.0	

Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Figura N° 2: Distribución edad de las gestantes con Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

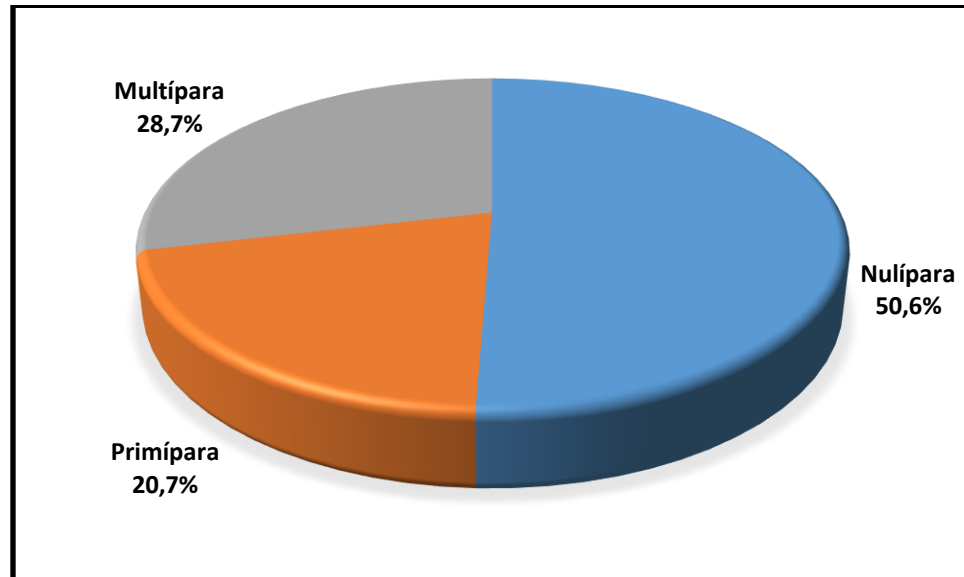


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

El grupo de edad de las gestantes con parto pre término predominó de los 18 a 29 años, la madre joven (56,7%), mientras de 30 a 49 años, madre adulta (22%) y el 21,3% fueron de 12 a 17 años de edad es decir madres adolescentes.

Figura N° 3: Distribución según la paridad de las gestantes con Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

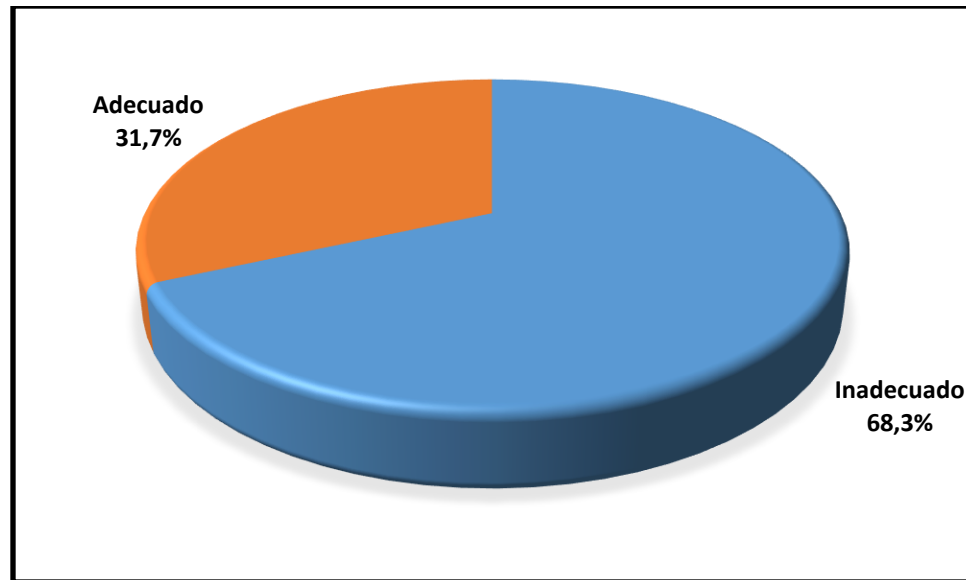


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

Se determinó que las gestantes con parto pre término, el mayor porcentaje (50,6%) se presentaron en las Nulíparas, ya que el 28,7% lo obtuvieron las Multíparas y el 20,7% en las primíparas, lo que indica que la mayoría fueron nulíparas.

Figura N° 4: Distribución según el control prenatal de las gestantes con Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

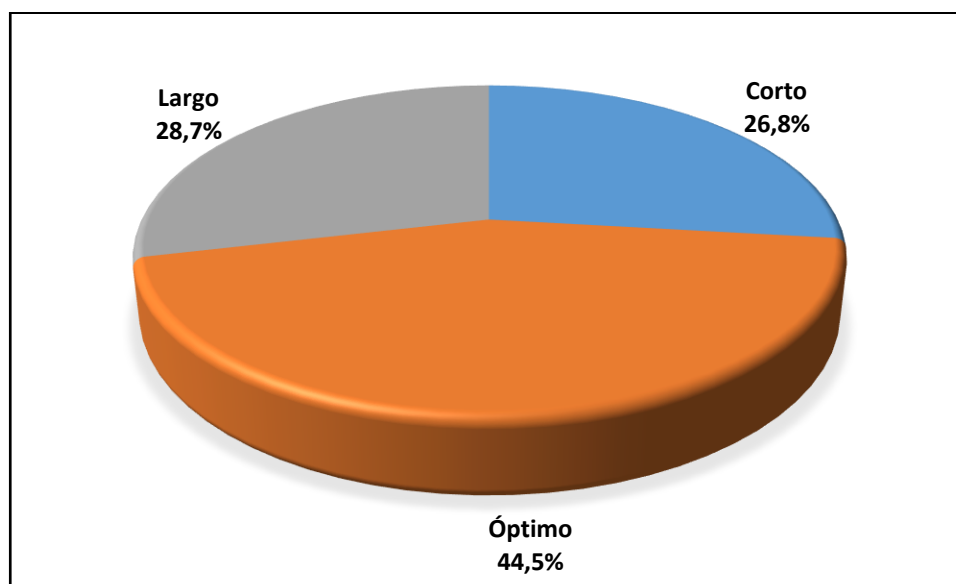


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, 68,3% no tuvieron un adecuado control prenatal (< 6 controles), mientras el 31,7% si tuvo un control prenatal adecuado.

Figura N° 5: Distribución según el Periodo Inter-genésico de las gestantes con Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

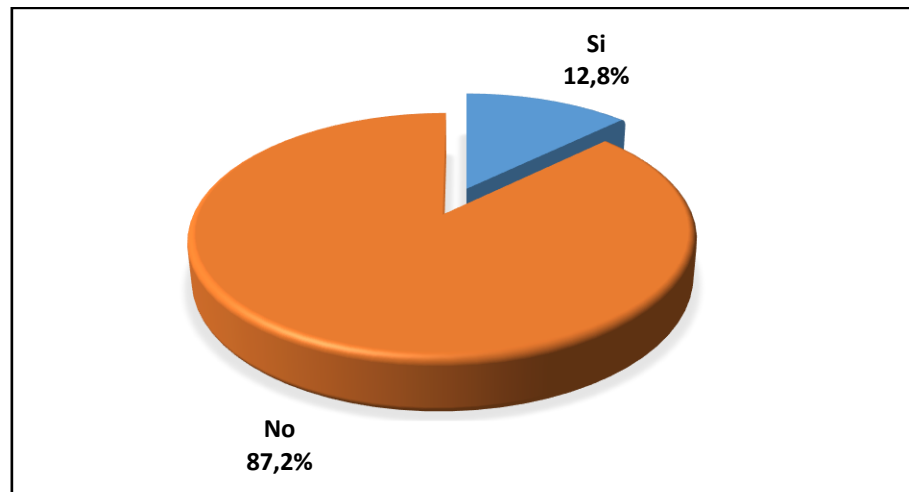


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, 44,5% tuvieron un periodo intergenésico adecuado (25 a 47 meses), el 28,7% un periodo largo (mayor de 48 meses), y un 26,8% un periodo intergenésico Corto (menor de 24 meses).

Figura N° 6: Distribución según Parto pre término previo de las gestantes con Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016



Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, el 87,2% no tuvieron un parto pre término previo, mientras el 12,8% sí, presentó un parto pre término previo.

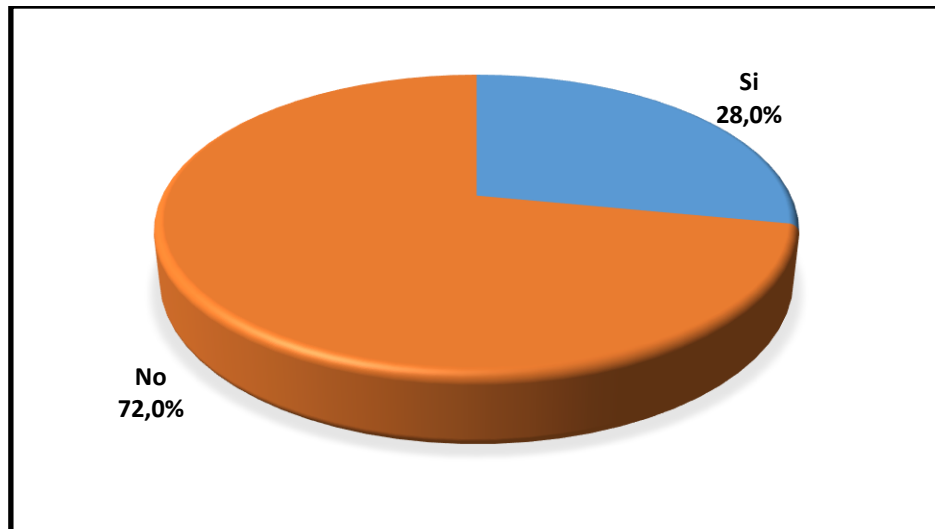
Tabla N° 3

Determinar que complicaciones obstétricas que se presentan con más frecuencia en las gestantes con Pre Término en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, periodo enero – junio, año 2016.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Anemia	Si	46	28.0	28.0
	No	118	72.0	100.0
	Total	164	100.0	
Pre eclampsia	Si	18	11.0	11.0
	No	146	89.0	100.0
	Total	164	100.0	
Eclampsia	Si	2	1.2	1.2
	No	162	98.8	100.0
	Total	164	100.0	
Ruptura Prematura Membranas	Si	78	47.6	47.6
	No	86	52.4	100.0
	Total	164	100.0	
Infecciones Urinarias	Si	53	32.3	32.3
	No	111	67.7	100.0
	Total	164	100.0	
Flujo Vaginal	Si	28	17.1	17.1
	No	136	82.9	100.0
	Total	164	100.0	

Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Figura N° 7: Distribución de las gestantes con Parto Pre Término que presentaron la complicación de la anemia, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

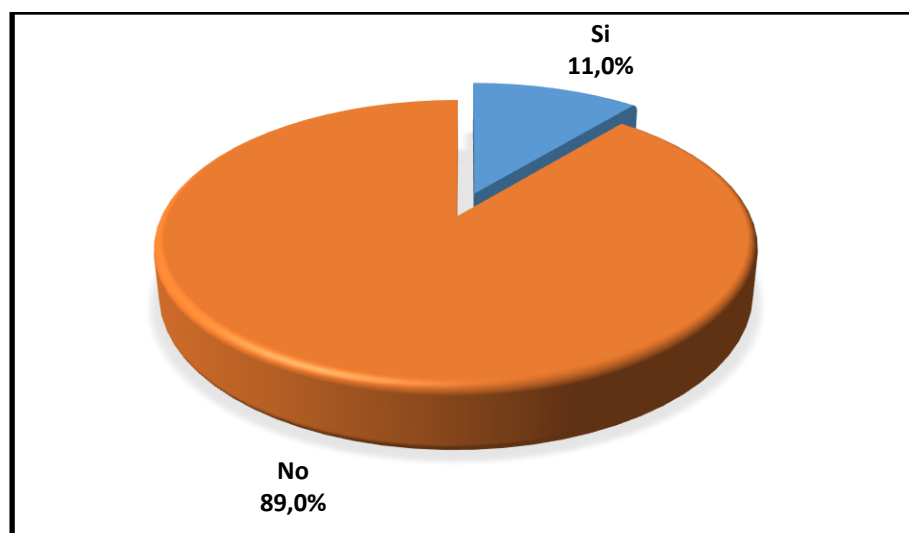


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, el 72% no presentó complicación de anemia. Mientras el 28% si tuvo anemia.

Figura N° 8: Distribución de las gestantes con Parto Pre Término que presentaron la complicación de la Pre eclampsia, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

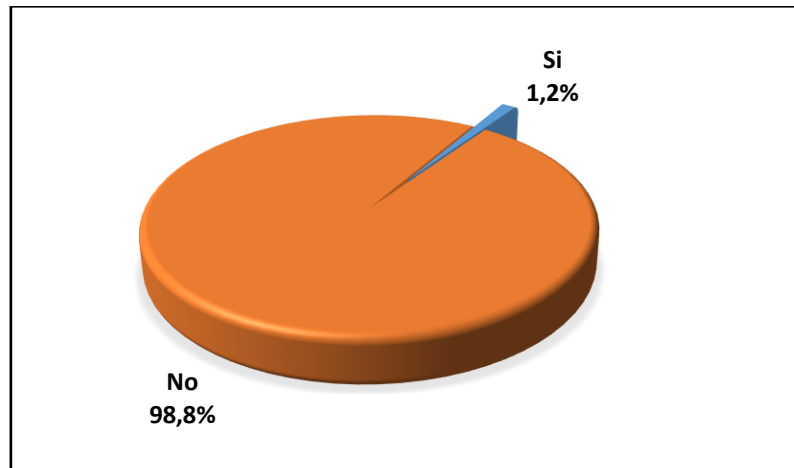


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, el 89% no presentó complicación de Pre eclampsia. Mientras el 11% si presentó Pre eclampsia.

Figura N° 9: Distribución de las gestantes con Parto Pre Término que presentaron la complicación de la eclampsia, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

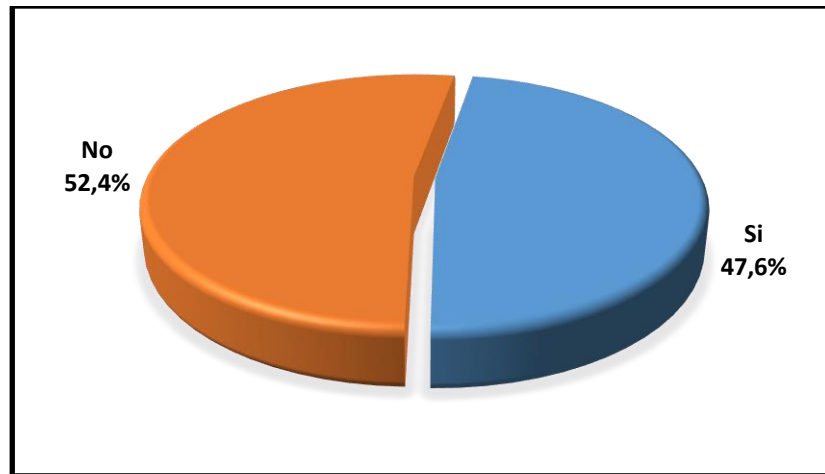


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, el 98,8% no presentó complicación de eclampsia. Mientras el 1,2% si presentó eclampsia.

Figura N° 10: Distribución de las gestantes con Parto Pre Término que presentaron la complicación R.P.M, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

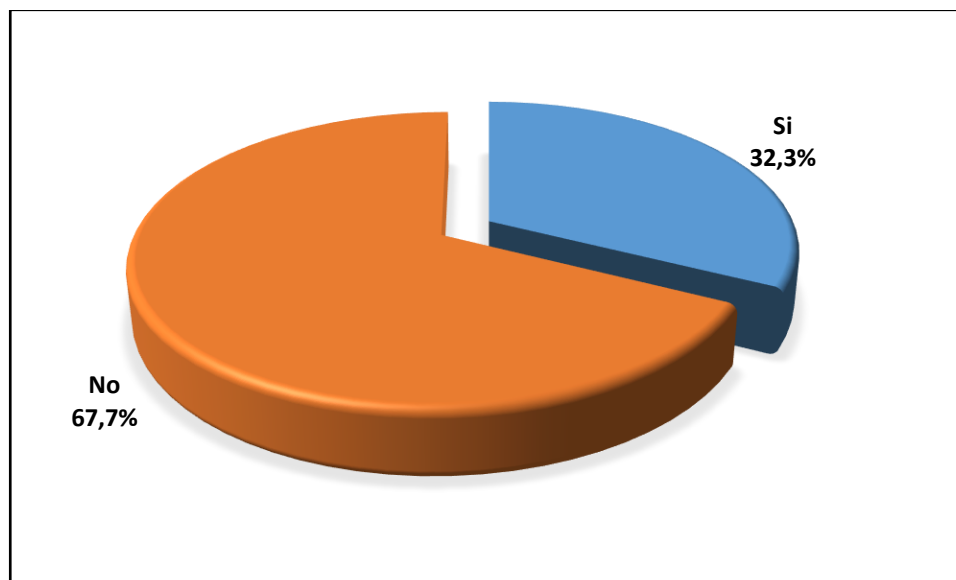


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, el 52,4% no presentó complicación de R.P.M. Mientras el 47,6% si presentó esta complicación.

Figura N° 11: Distribución de las gestantes con Parto Pre Término que presentaron Infecciones Urinarias, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

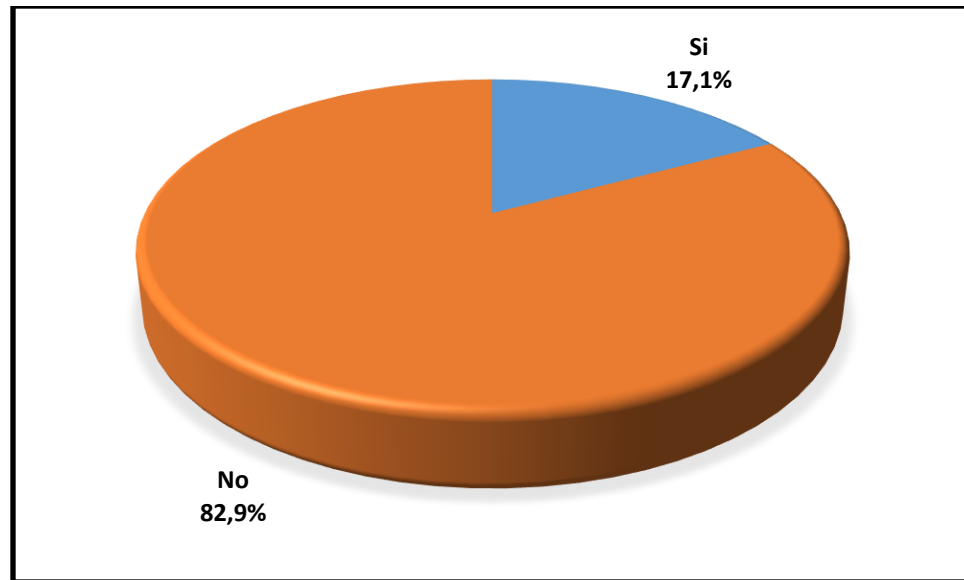


Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, el 67,7% no presentó complicación de infecciones urinarias. Mientras el 32,3% si presentó esta complicación.

Figura N° 12: Distribución de las gestantes con Parto Pre Término que presentaron flujo vaginal, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016



Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Interpretación

De las gestantes con parto pre término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, el 82,9% no presentó complicación de flujo vaginal. Mientras el 17,1% si presentó esta complicación.

Contrastación de hipótesis

Tabla N° 4

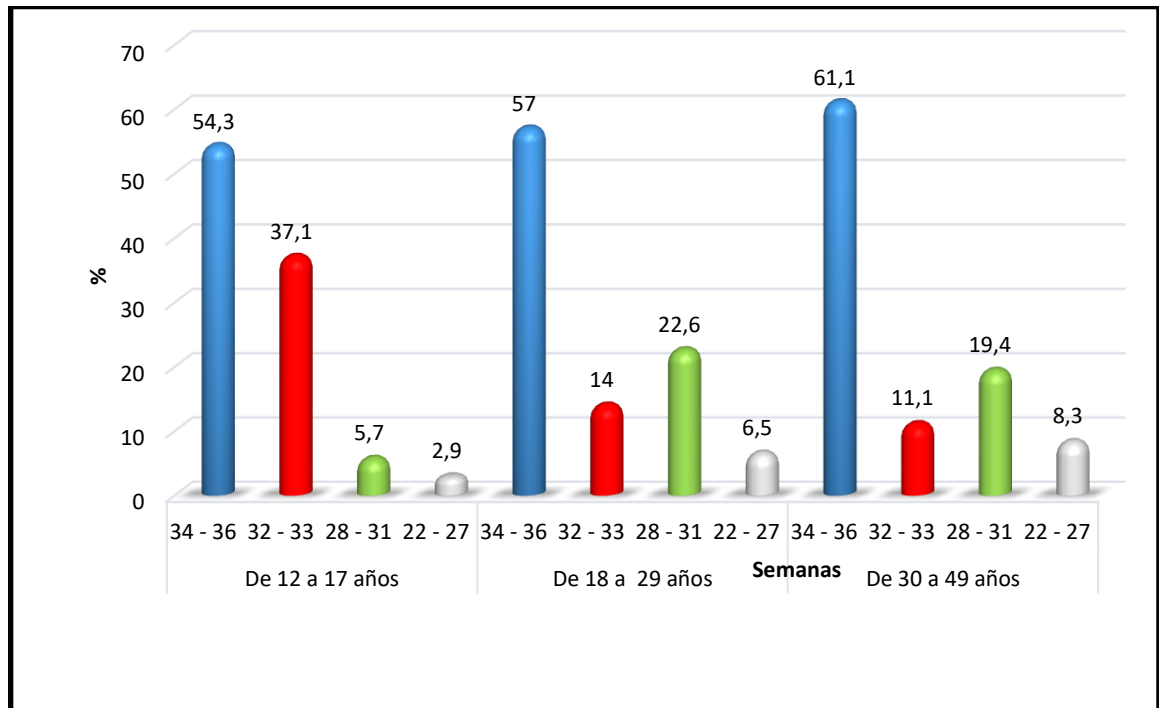
Factores maternos asociados con Pre Término en las gestantes del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, periodo enero – junio, año 2016.

Factores		Parto pre termino (Semanas)										X ² _o	X ² _t	gl	p. value
		34 - 36		32 - 33		28 - 31		22 - 27		Total					
		F	%	f	%	F	%	f	%	f	%				
Edad	Adolescente	19	54.3	13	37.1	2	5.7	1	2.9	35	100	13,813	12,592	6	.032
	Joven	53	57.0	13	14.0	21	22.6	6	6.5	93	100				
	Adulta	22	61.1	4	11.1	7	19.4	3	8.3	36	100				
Número de paridad	Nulípara	52	62.7	16	19.3	11	13.3	4	4.8	83	100	16,567	12,592	6	.011
	Primípara	14	41.2	12	35.3	6	17.6	2	5.9	34	100				
	Múltipara	28	59.6	2	4.3	13	27.7	4	8.5	47	100				
Control pre natal	No Controlada	73	65.2	16	14.3	17	15.2	6	5.4	112	100	9,099	7,815	3	.028
	Controlada	21	40.4	14	26.9	13	25.0	4	7.7	52	100				
Periodo Intergenésico	Corto	23	52.3	7	15.9	10	22.7	4	9.1	44	100	4,314	12,592	6	.634
	Largo	26	55.3	10	21.3	10	21.3	1	2.1	47	100				
	Óptimo	45	61.6	13	17.8	10	13.7	5	6.8	73	100				
Parto pre término previo	Si	6	28.6	6	28.6	6	28.6	3	14.3	21	100	8,902	7,815	3	.031
	No	88	61.5	24	16.8	24	16.8	7	4.9	143	100				
Anemia	Si	18	39.1	10	21.7	13	28.3	5	10.9	46	100	9,965	7,815	3	.019
	No	76	64.4	20	16.9	17	14.4	5	4.2	118	100				

Pre eclampsia	Si	10	55.6	6	33.3	1	5.6	1	5.6	18	100	4,314	7,815	3	.229
	No	84	57.5	24	16.4	29	19.9	9	6.2	146	100				
Eclampsia	Si	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100	1,508	7,815	3	.680
	No	92	56.8	30	18.5	30	18.5	10	6.2	162	100				
R.P.M	Si	41	52.6	21	26.9	14	17.9	2	2.6	78	100	9,698	7,815	3	.021
	No	53	61.6	9	10.5	16	18.6	8	9.3	86	100				
Infecciones	Si	25	47.2	16	30.2	10	18.9	2	3.8	53	100	8,172	7,815	3	.043
Urinarias	No	69	62.2	14	12.6	20	18.0	8	7.2	111	100				
Flujo Vaginal	Si	16	57.1	6	21.4	5	17.9	1	3.6	28	100	,539	7,815	3	.910
	No	78	57.4	24	17.6	25	18.4	9	6.6	136	100.				
Total		94	57.3	30	18.3	30	18.3	10	6.1	164	100				

Fuente: historias clínicas y carné perinatales de partos pre termino

Figura N° 13: Asociación entre la edad de las gestantes y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

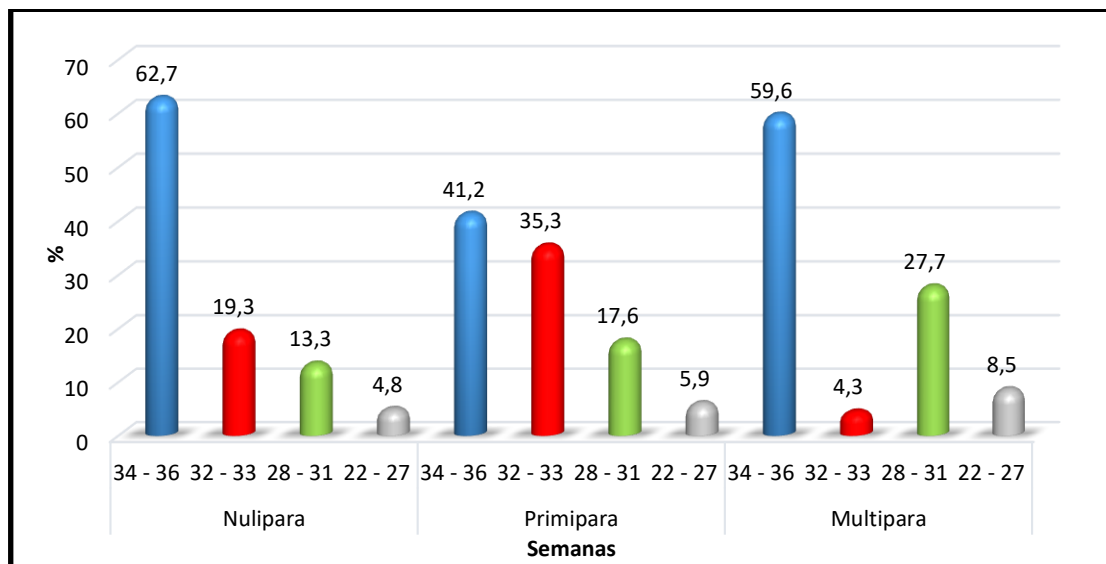


Fuente: tabla 4

Interpretación

Con un nivel de significancia $0,032 < 0,05$, y $\chi_0^2(13,813) > \chi_t^2(12,592)$, que indica la asociación entre la edad de la gestante y el parto pre término porque se observa que en la madre adolescente (12 a 17 años), el parto pre término se presenta en mayor porcentaje entre las 34 – 36 semanas (54,3%), y el 37,1% entre las 32 – 33 semanas, mientras que en las madres jóvenes (18 a 29 años), también el 57% tuvo su parto pre término de 34 a 36 semanas y el 22,6% de 28 – 31 semanas; en el rango de las madres adultas (30 a 49 años), también el 61,1% tuvo su parto pre término entre las 34 a 36 semanas, pero en estas madres el parto pre término se presentó un mayor porcentaje entre las 22 a 27 semanas (8.3%).

Figura N° 14: Asociación entre el número de paridad y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

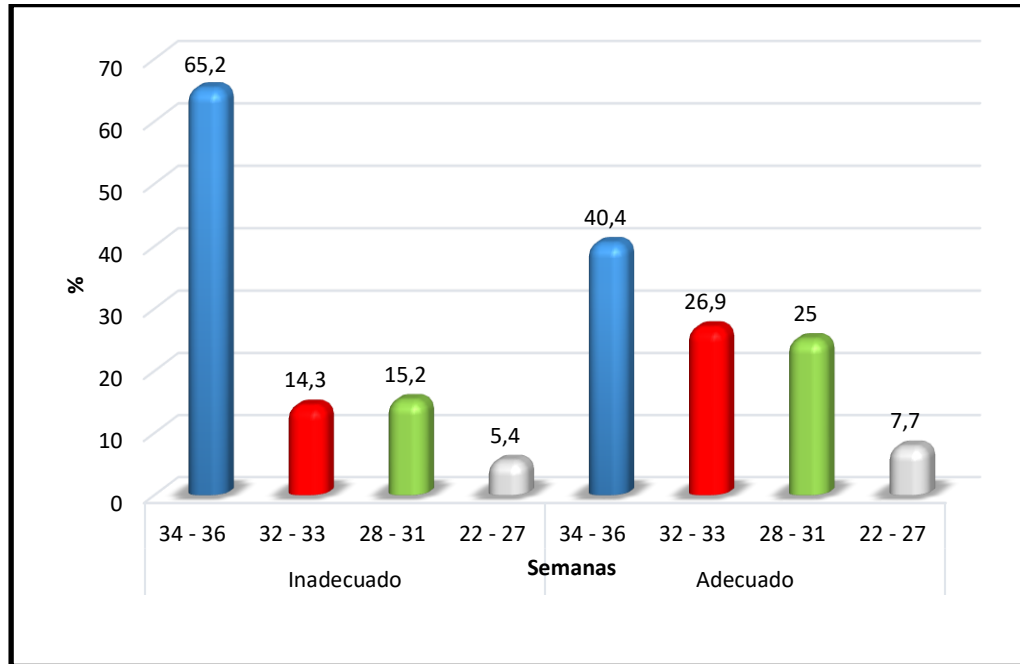


Fuente: tabla 4

Interpretación

Con un nivel de significancia $0,011 < 0,05$, y $\chi_0^2(16,567) > \chi_t^2(12,592)$, que indica la asociación entre la paridad y el parto pre término observamos que, las nulíparas tuvieron el parto pre término en mayor porcentaje entre las 34 a 36 semanas (62,7%), en las primíparas se presentó entre las 34 a 36 semanas (41,2%) y en las 32 a 33 semanas (35,3%), en las multíparas también tuvieron partos pre términos de 34 a 36 semanas (59,6%), pero también se presentaron entre las 28 a 31 semanas (27,7%), asimismo entre las 22 – 27 semanas (8,5%) observándose que hay una mayor probabilidad de tener partos pre términos con menor edad gestacional a mayor paridad de la madre.

Figura N° 15: Asociación entre el control pre natal y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

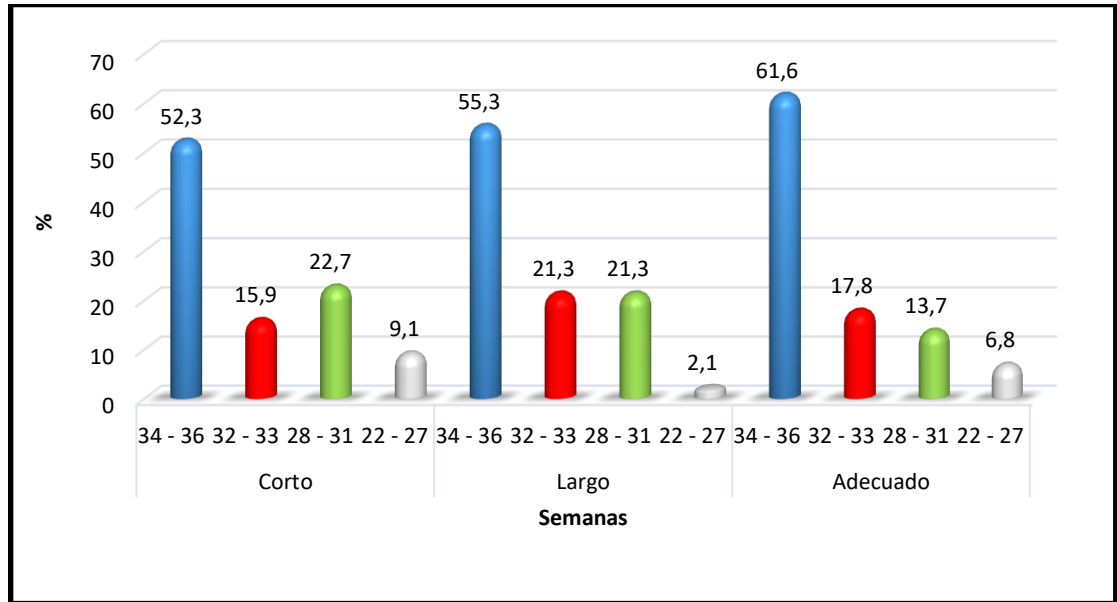


Fuente: Tabla 4

Interpretación:

Con un nivel de significancia $0,028 < 0,05$, y $\chi^2_0(9,099) > \chi^2_t(7,815)$, que indica la asociación entre el control pre natal y el parto pre termino, donde las gestantes no controladas tuvieron el parto pre termino entre las 34 a 36 semanas (65,2%), mientras que las gestantes controladas el parto prematuro se presentó en mayor porcentaje entre las 34 a 36 semanas (40,4%).

Figura N° 16: Asociación entre periodo intergenésico y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

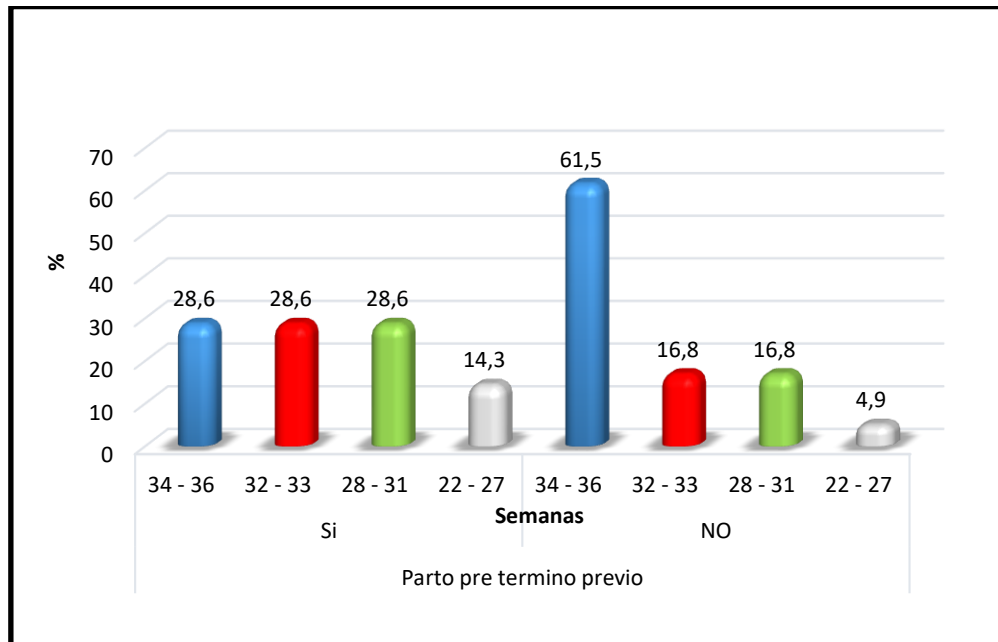


Fuente: tabla 4

Interpretación:

Con un nivel de significancia $0,634 > 0,05$, y $\chi^2_0(4,314) < \chi^2_t(12,592)$, que indica que no hay asociación entre el periodo intergenésico y el parto pre término, donde las gestantes que tuvieron un periodo intergenésico corto tuvieron parto pre termino entre las 34 a 36 semanas (52,3%), y el 22,7% entre las 28 a 31 semanas, mientras las que tuvieron un periodo intergenésico largo también tuvieron entre las 34 a 36 semanas (55,3%), y las de periodo intergenésico adecuado predominó el parto pre termino entre las 34 a 36 semanas (61,6%).

Figura N° 17: Asociación entre Parto Pre Término previo y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

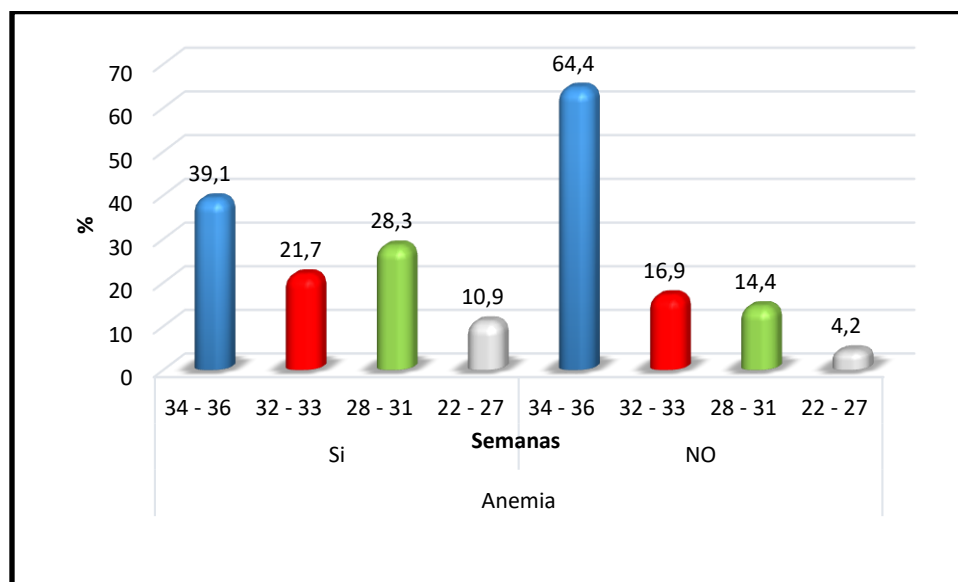


Fuente: tabla 4

Interpretación

Con un nivel de significancia $0,031 < 0,05$, y $\chi_0^2(8,902) > \chi_t^2(7,815)$, que indica la asociación entre el parto pre termino previo y el parto pre término, se observa que el haber tenido un pre término previo, el nuevo parto pre término se presentó a temprana edad gestacional desde las 22 a 27 semanas (14.3%), así como en las semanas siguientes desde la semana 28 a la 36. Mientras las que no tuvieron un parto pre término previo se presentó en mayor porcentaje entre las 34 a 36 semanas (61,5%).

Figura N° 18: Asociación entre anemia y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

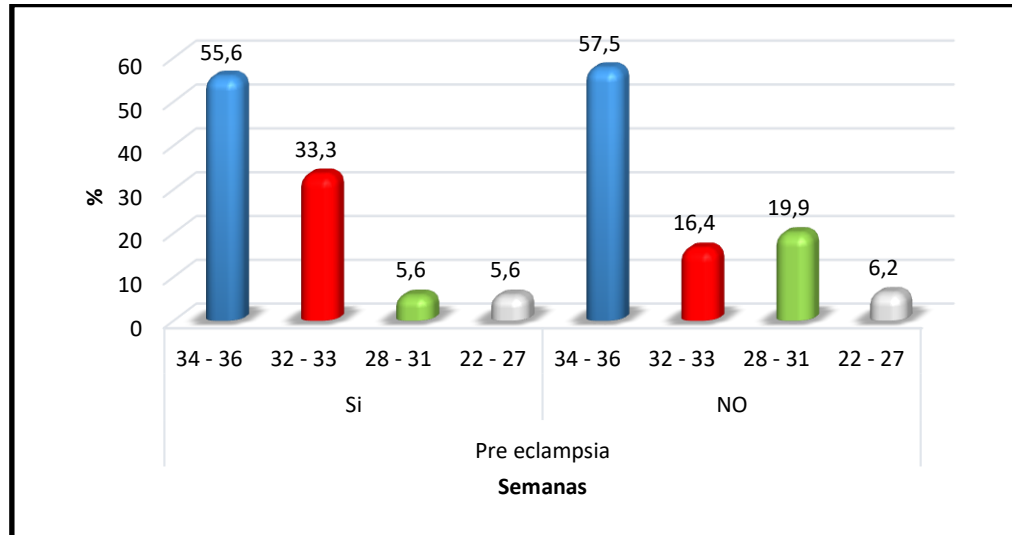


Fuente: tabla 4

Interpretación

Con un nivel de significancia $0,019 < 0,05$, y $\chi_0^2(9,965) > \chi_t^2(7,815)$, que indica la asociación entre la complicación de la anemia y el parto pre término, donde las que presentaron complicación de anemia tienen mayores posibilidades de un parto pre término, entre las 28 a 31 semanas (28,3%) y de 34 a 36 semanas (39,1%) es decir que se observa que en las pacientes con parto pre término que presentaron anemia, el parto pre término se presentó desde una edad gestacional muy temprana.

Figura N° 19: Asociación entre pre eclampsia y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

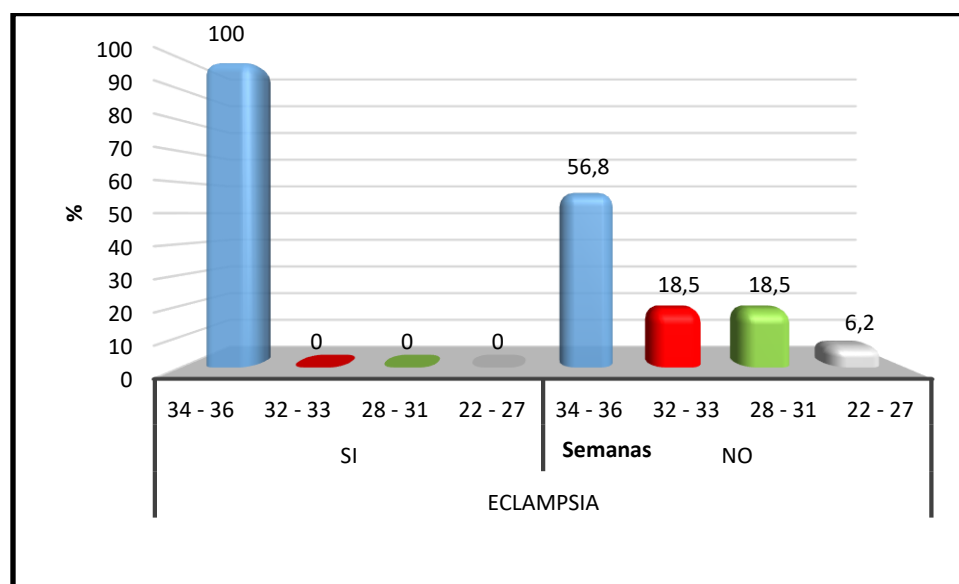


Fuente: tabla 4

Interpretación

Con un nivel de significancia $0,229 > 0,05$, y $\chi^2_0(4,314) < \chi^2_t(7,815)$, que indica que no hay asociación entre la complicación de la pre eclampsia y el parto pre termino.

Figura N° 20: Asociación entre eclampsia y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

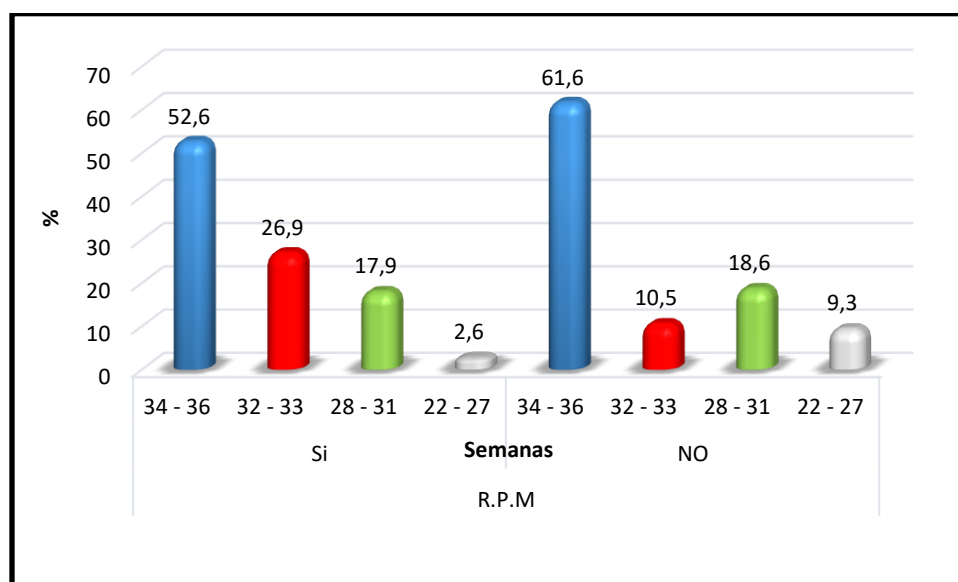


Fuente: tabla 4

Interpretación:

Con un nivel de significancia $0,680 > 0,05$, y $\chi^2_0(1,508) < \chi^2_t(7,815)$, que indica que no hay asociación entre la complicación de la eclampsia y el parto pre termino.

Figura N° 21: Asociación entre R.P.M y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

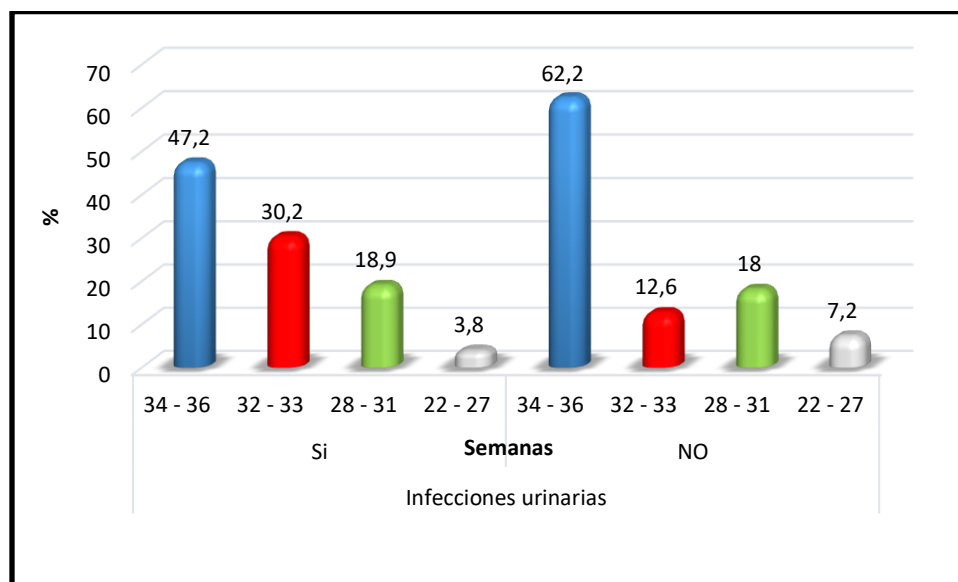


Fuente: tabla 4

Interpretación

Con un nivel de significancia $0,021 < 0,05$, y $\chi_0^2(9,698) > \chi_t^2(7,815)$, que indica la asociación entre la complicación R.P.M y el parto pre término.

Figura N° 22: Asociación entre infecciones urinarias y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016

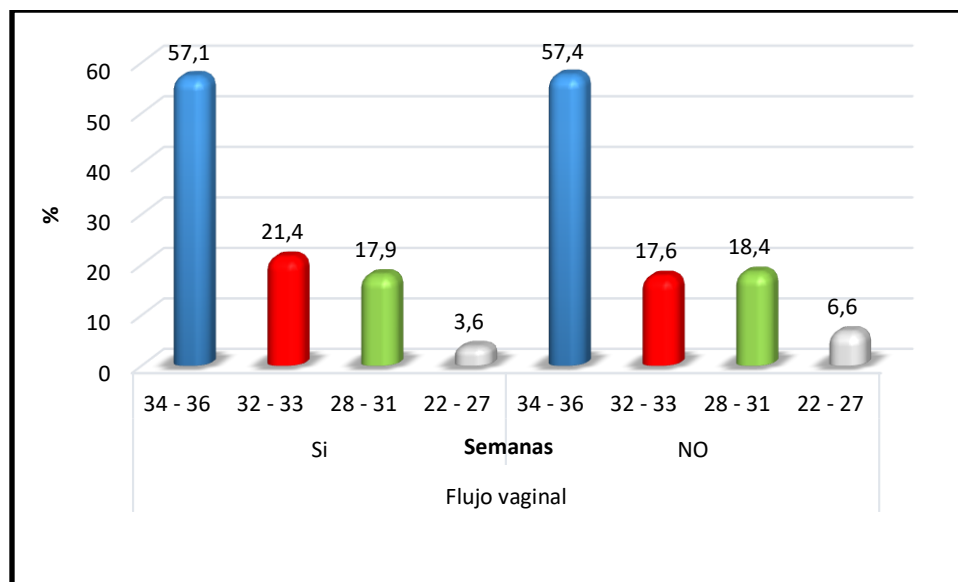


Fuente: tabla 4

Interpretación

Con un nivel de significancia $0,043 < 0,05$, y $\chi^2_0(8,172) > \chi^2_t(7,815)$, que indica la asociación entre la complicación de las infecciones urinarias y el parto pre termino.

Figura N° 23: Asociación entre flujo vaginal y el Parto Pre Término, en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” durante enero - junio del año 2016



Fuente: tabla 4

Interpretación

Con un nivel de significancia $0,910 > 0,05$, y $\chi^2_0(0,539) < \chi^2_t(7,815)$, que indica no hay asociación entre la complicación del flujo vaginal y el parto pre termino.

4.2. Discusión de Resultados

La OMS determina que al parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación, y con un peso del recién nacido de 500 gramos. Aunque todos los partos que se producen antes de las 37 semanas se consideran prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento en los daños y muerte, debido al bajo peso neonatal. El parto pre término se ha asociado con múltiples factores, como lo son el antecedente de tener un parto pre término, la anemia, los altos niveles de catecolaminas en la orina materna, el consumo de tabaco, la ruptura prematura de membranas, etc.

La discusión de esta investigación comienza con el análisis del objetivo general, en la tabla N° 4, referente a los factores asociados al parto prematuro, se encontró dentro de las características la asociación significativa con la edad de la gestante, el número de paridad, el control prenatal y el parto pre término previo, no se encontró asociación con el periodo intergenésico, también se relacionó las complicaciones que se presentaron en el periodo gestacional y el parto pre termino donde se estableció asociación con la anemia, R.P.M, y las infecciones urinarias, no se encontró asociación con la complicación de la pre eclampsia, eclampsia y flujo vaginal que coincide con la investigación de Retureta Milan et al², que estableció como factores asociados con antecedentes de parto pre término y las infecciones urinarias, también encontró asociación otras variables ganancia de peso, embarazo múltiple, abortos, pero estos factores de riesgo no se han considerado en este estudio ya que se centró en las características de las gestantes y complicaciones. Mientras difiere con el estudio de Ovalle A, Kakarieka E et al⁴ que indica que la preeclampsia es el factor más común asociado con los partos pre términos. Asimismo, coincide con el resultado de Guadalupe S¹⁰ que estable el control prenatal inadecuado, número de paridad, al igual que con la rotura prematura de membranas, difiere en el factor preeclampsia ya que, si encontró asociación, pero

en estudio no se establece como factor de riesgo, el cual se puede deber a los pocos casos de complicación con preeclampsia.

Con respecto a la discusión del primer objetivo específico; en la tabla N° 1; el 57.3% de las gestantes han tenido partos pre términos comprendidos entre las 34-36 semanas de gestación. Estos hallazgos coinciden con Sánchez¹³; quien afirma que la frecuencia de los casos que presentan las gestantes con parto pre término se presenta entre las 32 y 36 semanas de gestación. A diferencia de Olaya C. Pardo V¹⁸; quien indica que las gestantes que han tenido parto pre término se produjo entre las 22 y 36 semanas de gestación debido al control prenatal inadecuado por parte de las madres gestantes.

En relación a la discusión del segundo objetivo específico en cuanto a las características que tienen las gestantes con parto pre término; se determinó que en la tabla N°2, el 56.7% de las gestantes que presentan este problema se manifiesta entre las edades de 18 a 29 años; asimismo, el 50.6% de las gestantes que han tenido parto pre término no han tenido ningún parto anteriormente; no obstante el 44.5% de las gestantes manifiestan tener un periodo intergenésico adecuado que corresponden entre 25 a 47 meses. Finalmente; el 87.2% de las gestantes no presentaron parto pre término previo. Estos hallazgos concuerdan con Sanchez¹³, el cual afirma que las principales características presentes en el parto pre término son la edad materna, el periodo intergenésico a partir de 2 años, el control prenatal inadecuado. Por otro lado; Carpio F⁸, considera que una de las características que presentan las gestantes con parto pre término comprenden las edades entre los 18-34 años; además, otra característica fundamental en las gestantes con parto pre término son las que han tenido un antecedente de partos prematuros durante sus anteriores embarazos.

Concluyendo con la discusión, con respecto al tercer objetivo específico en cuanto a las complicaciones obstétricas que se presentan con más frecuencia en las gestantes con parto pre término; en la tabla N°3, el 72% de las gestantes no presentaron anemia; asimismo, el 89% manifestaron no tener pre eclampsia, el

98.8% no indicaron tener eclampsia. Por otro lado; el 47.6% determinaron tener casos de ruptura prematura de membranas siendo un porcentaje muy significativo; no obstante, el 67.7% de las gestantes no presentaron infecciones urinarias. Finalmente; el 82.9% de las madres gestantes manifestaron no presentar flujo vaginal. Estos hallazgos coinciden con Rojas¹², el cual afirma que los factores de pre eclampsia, eclampsia y anemia no muestran una asociación significativa con el parto prematuro. Así mismo; estos hallazgos coinciden con Taboada¹⁶; manifestando que la anemia, las infecciones urinarias son muy representativas en las mujeres gestantes con parto pre término.

CONCLUSIONES

Se estableció dentro de los principales factores de riesgo maternos asociados al Parto Pre Término en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, en cuanto a las características de las gestantes fueron: La edad, número de paridad, control prenatal, parto pre término previo, no se encontró asociación con el periodo intergenésico. En cuanto a las complicaciones durante la gestación los factores de riesgo asociados al parto Pre término fueron: la anemia, rotura prematura de membranas y las infecciones urinarias, no son factores de riesgo las complicaciones: preeclampsia, eclampsia y el flujo vaginal

1. En el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, Predominó el Parto Pre Término entre las 34 a 36 semanas (57.3%). Asimismo, desde las 32 a 36 semanas se encuentran el 75.6% de los casos de parto pre término.
2. En cuanto a las características de las gestantes con Parto Pre Término del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, la mayoría de los casos se presentó entre las gestantes jóvenes, con el rango de edad de 19 a 30 años (56,7%), fueron primerizas (50.6%), el 68.3% no tuvo ningún control prenatal (<6 controles), periodo intergenésico óptimo de 25 a 47 meses (44.5%), parto pre término previo (12,8%).
3. Las complicaciones obstétricas que se presentaron con más frecuencia en las gestantes con Pre Término en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” fueron: la rotura prematura de las membranas (47,6%), infecciones urinarias (32,3%) y la anemia (28%), en menor proporción el flujo vaginal (17,1%), preeclampsia (11%), eclampsia (1,2%).

RECOMENDACIONES

1. Una búsqueda constante e identificación precoz de los factores de riesgo en las madres gestantes que acuden al control pre natal para tomar las medidas correctivas, dando mayor énfasis a los encontrados en el estudio por la relevancia que presentan.
2. Se recomienda articular todos los niveles de atención (1,2 y 3) con el fin de realizar un trabajo conjunto en la prevención, detección precoz y oportuna, así como la referencia al establecimiento con mayor capacidad resolutive, en los casos de riesgo para la continuidad del manejo de esta patología en bien del binomio madre - niño.
3. Continuar con la investigación en este tema, a fin de identificar la asociación de otros factores de riesgo, vigilando el comportamiento de esta patología en nuestro medio y poder tomar las medidas correctivas a fin de disminuir la alta incidencia del parto pre término.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Rodriguez CS, Ramos GR, Hernández HR. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex.2013;81:499-503.
Disponble en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>
2. Retureta Milán S, Rojas Álvarez L, Marta Retureta Milán M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur vol.13 no.4 Cienfuegos jul.-ago. 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008
3. Guillén Guevara JJ. Factores maternos asociados al Parto Pretérmino. Hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren [tesis] Lima Perú: Universidad de San Martín de Porras. Facultad de medicina sección de post grado; 2014.Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1291/3/Guillén_jj.pdf
4. Ovalle A, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. méd. Chile vol.140 no. 1 Santiago ene.2012; 140: 19-29.
Disponble en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100003
5. Carnero Cabrera H. Factores de Riesgo asociado al parto pre termino. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2015 [tesis] Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia 2015.
Disponble en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4712/1/Carnero_cy.pdf
6. Rovati L. Parto prematuro: Factores de Riesgo. Bebe y más [Sitio Web. Acceso: 21 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/embarazo/parto-prematuro-factores-de-riesgo>.
7. WebConsultas. El parto prematuro: Parto prematuro. [Sitio web. Acceso: 7 de diciembre del 2017]. Disponible en:

<https://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos-de-parto/parto-prematuro-863>

8. Carpio Panta F. Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término. Hospital Regional de Lambayeque [tesis] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2013. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/415>
9. Ahumada M. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagen 2016. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf
10. Guadalupe Huamán S. "Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015" [tesis] Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2017 Disponible: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1027/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka_2017.pdf
11. Cuzcano Bustinz A. Características de las madres adolescentes con parto pre término en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre del 2015 [tesis] Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2016. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/502/Cuzcano_%20a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Rojas Gonzaga T. Pielonefritis gestacional, preeclampsia y ruptura prematura de membranas como factores de riesgo para parto pre término en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [tesis] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2015. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1535>
13. Sánchez Menacho C. Características maternas presentes en el parto prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal [tesis] Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana; 2014. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2232/3/sanchez_cw.pdf
14. Basualdo Rodríguez P, Ricse Camacho J, "Factores de riesgo asociados a parto pre término en las gestantes del Hospital Emergencias Graú - Lima durante el periodo enero del 2014 a diciembre del 2014" [tesis] Huancaayo:

Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Medicina Humana; 2015. Disponible:
http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/633/TMH_116.pdf?sequence=1

15. Patilla García R. Factores Maternos Asociados al Parto Pre término en el Hospital San Juan de Dios Pisco [tesis] Huancayo: Universidad Peruana Los Andes. Facultad de Medicina Humana; 2013. Disponible en: URI: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/101>
16. Taboada Ramírez R. “Factores de riesgo asociados a parto pre término en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias de enero a diciembre 2013 [tesis] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana; 2015. Disponible en: URI: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3786>.
17. Sánchez Pacheco K. Factores de riesgos asociados a parto pre término. Hospital Belén de Trujillo 2012 – 2014 [tesis] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina; 2016. Disponible en : <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1052/TESIS%20KAROL%20SANCHEZ%20PACHECO.pdf?sequence=1>
18. Olaya L, Pardo R. Factores Sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el Hospital II-1 Jose Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2010-2014 [tesis] Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes. Facultad de Enfermería, 2017. Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/128766/1/TESIS%20-%20OLAYA%20Y%20PARDO.pdf>
19. Guerrero M, Sánchez M. Factores de riesgo que inciden en la retinopatía del prematuro en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes- Chiclayo 2014. [Tesis] Pimentel: Universidad Señor de Sipan. Facultad de Ciencias de la Salud, 2015. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/1953/1/Guerrero%20Sausa%20.pdf>
20. Chamba M, Fuentes A. “Infecciones del Tracto Urinario como factor de riesgo de Parto Pre término en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo durante enero – diciembre del 2016” Chiclayo: Universidad Particular de Chiclayo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.

21. Sánchez de la Cruz E, Boletín estadístico de nacimientos Perú:2015 Registrados en línea. Sistema de Registro del Certificado de Nacido vivo en línea [Revista en línea] 2016 [consultado el 26 de agosto 2017]; Ministerio de Salud.2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/oegi/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
22. Donoso BB, Oyarzún EE. Parto Prematuro. *Medwave* 2012 Sep;12(8):e5477 *Disponible: Medwave* 2012 Sep;12(8): e5477 doi: 10.5867/medwave.2012.08.5477
23. PerkinElmer, Inc. Nacimiento Prematuro retos y oportunidades de la prevención y la predicción. 2009 (p3).Disponible en: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf
24. Nassif JC. Obstetricia. Fundamentos y Enfoque Práctico. [libro electrónico] Ed. Panamericana; 2012. [consultado en 02 de agosto 2017]. Disponible en: <http://booksmedicos.org/obstetricia-fundamentos-y-enfoque-practico-nassif/>
25. Aguarón BG, Aguarón CA, Arruza GL, Bartha RJ, Blanco BD, Cabezas LE, et al. Amenaza de Parto Pre término y complicaciones derivadas de la Prematuridad. [libro electrónico] Madrid:S.E.G.O.; 2013; 2(p.26-31).
26. Távara OL, Alegre PY, Bolarte CN, Cabrera RS, Carrasco GF, Del Carpio AL. et al. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.[guía electrónica] Lima: Ministerio de Salud, 2004.
27. Norma Técnica de salud para la Atención Integral de Salud integral en la etapa de vida joven Minsa 2009. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/reunion_p/joven/reunion_Joven_NORMA_TECNICA.pdf
28. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Minsa. 2016. Disponible: https://www.saludarequipa.gob.pe/redislay/descargas/NT_PLANIF_FAM2016.pdf.
29. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. [libro electrónico] Mexico. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. 2010.
30. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rosello JI, Martínez G, Serruya S, Durán P, Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido

- focalizadas en APS. [Guía electrónica] Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. 2011. 3° Edic. Disponible en: [//www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=416-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-ed-6&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=416-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-ed-6&Itemid=219&lang=es)
31. Centeno G, Crispin L, Período Intergenésico Prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de Preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero- marzo del 2013. [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana EAP obstetricia; 2013.
 32. Resolución Ministerial N° 250.2017/ minsa. Disponible: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSA.PDF](http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSA.PDF)
 33. Boletín Epidemiológico Lima –Perú Vol.24 . enero 2016.
Disponible: Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
 34. MINSA. Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva. Lima: Ministerio de Salud. Enero 2007.
 35. Echevarría ZJ, Sarmiento AE, Osorio PF. Infección del Tracto Urinario y manejo antibiótico. Acta méd. Peruana. Lima. 2006; v.23 n.1. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000100006&script=sci_arttext
 36. Vidal Borrás E, Ugarte Rodríguez C. Síndrome de Flujo Vaginal. Rev. Cubana Obstet Ginecol. La Habana 2010. v.36 n.4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400013
 37. Cabero Roaura, I. Parto Prematuro. Madrid. Editorial Médica Panamericana S.A. 2006. Disponible en: http://84.89.132.1/~puig/publicacions/Any2004/Garcia_Puig.pdf
 38. Villanueva EL, Contreras GA, Pichardo CM, Rosales LJ. Perfil epidemiológico del Parto Prematuro. Ginecol Obstet Mex. 2008;76(9):542-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf>

ANEXOS:
ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES DE RIESGOS MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO.
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO. PERIODO ENERO -
JUNIO 2016”.

CODIGO

INSTRUCCIONES:

Encierre en un círculo la respuesta correcta según lo observado

ÍTEMS	UNIDAD MEDIDA
Edad	1. Adolescente De 12 a 18a 2. Joven De 19 a 30 3. Adulta De 31 a 49
Número de Paridad	1. Nulípara. 2. Primípara. 3. Multípara. 4. Gran multípara.
Control pre natal	1. No Controlada: Ningún control prenatal o < 6 controles prenatales 2. Controlada: Control prenatal > = a 6
Periodo Inter-genésico	1- P.I. Corto: < 24 meses. 2- P.I. Largo: > 48 meses. 3.-P. Óptimo: 24 y 48 meses.
Parto pre término previo	1 SI 2 NO
Anemia	1 SI 2 NO
Preclampsia	1 SI 2 NO
Eclampsia	1 SI 2 NO
Rotura prematura de membranas	1 SI 2 NO
Infecciones urinarias	1 SI 2 NO
Flujo vaginal	1 SI 2 NO
Parto Pre término.	Parto prematuro tardío (34 y 36 sem. de gestación)
	Parto prematuro moderado (32 y 33 sem. de gestación)
	Parto pre término extremo (28 y 31 sem. De gestación)
	Parto pre término muy extremo (22 a 27 sem. De gestación)

