



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LA AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN,
DURANTE ENERO – DICIEMBRE DEL 2017**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA

AUTORAS

BRUNELLA GISVEL CHÁVEZ TORRES

JÉSSICA JASMÍN DÍAZ MEGO

ASESOR

DR. OSCAR FELIPE ROMERO GONZÁLES

CHICLAYO - 2018

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres “Juana y Edgar”

Por su apoyo y amor, por sus consejos, sus valores y motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi Hermana Guisela

Por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles; y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

BRUNELLA GISVEL

DEDICATORIA

A Dios:

Por guiar mis pasos, fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre María Lidia Mego

Paredes:

Por darme la vida y por estar conmigo en cada paso que doy, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, por creer en mí. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti. Te amo.

JÉSSICA JASMÍN

AGRADECIMIENTO

Al nuestro Asesor Dr. Oscar Felipe Romero Gonzáles, por toda la colaboración brindada durante la elaboración de nuestra tesis.

Al director y Personal Asistencial del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital General de Jaén Por el apoyo brindado.

Al Sr. Leonidas Bernal Altamirano, jefe del Área de archivo del Hospital General de Jaén por facilitarnos el acceso al Servicio de Archivos.

LAS AUTORAS

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
1.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	11
c. Base Teórica	16
1.2 Problema	23
1.3 Hipótesis	23
1.4 Objetivos	23
1.5 Justificación de la Investigación	24
1.6 Variables: Operacionalización	25 - 26
II. MATERIAL Y MÉTODOS	27
2.1 Tipo de Investigación	27
2.2 Diseño de Contrastación	27
2.3 Población y muestra	27
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	28
2.5 Procedimiento	28
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	29
III. RESULTADOS	31
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	46

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar la prevalencia y los factores de riesgo en la Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital General de Jaén, durante enero – diciembre del 2017. Se realizó el siguiente estudio de tipo Retrospectivo de corte transversal, cuyo diseño epidemiológico fue analítico no experimental de Casos y Controles. La población muestral estuvo constituida por 206 Gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino.

Los principales resultados fueron:

- La prevalencia de Amenazas de Parto Pretérmino fue 9.42%.
- Dentro de las Características Socio - Demográficas maternas se halló una prevalencia de las gestantes jóvenes, las convivientes, procedentes de zonas rurales y las que contaban con estudios primarios.
- Se encontró una mayor prevalencia de las gestantes entre las 33 y 36 semanas en el 72.33%. En cuanto a la paridad prevalecieron las multíparas en el 53.40%.
- Dentro de los factores de riesgo se halló a la Infección del Tracto Urinario (OR = 20.29), Desprendimiento Prematuro de Placenta (OR = 12.20), Embarazo Gemelar (OR = 11.56), Ruptura Prematura de Membranas (OR = 9.77), Pre Eclampsia (OR = 7.29), Anemia (OR = 6.34) y Placenta Previa (OR = 3.03).

Palabras Claves: Prevalencia, Factores de Riesgo, Amenaza de Parto Pretérmino.

ABSTRACT

With the general objective of determining the prevalence and risk factors in the Threat of Preterm Labor at the General Hospital of Jaén, during January - December 2017. The following retrospective type cross-sectional study was carried out, whose epidemiological design was analytical Non-experimental Cases and Controls. The sample population was constituted by 206 Mothers with Preterm Labor Threat.

The main results were:

- The prevalence of Preterm Labor Threats was 9.42%.
- Within the socio - demographic characteristics of the mother, a prevalence of young pregnant women, cohabiting women from rural areas and those with primary education was found.
- A higher prevalence of pregnant women was found between 33 and 36 weeks in 72.33%. Regarding parity, multiparas prevailed at 53.40%.
- Urinary Tract Infection (OR = 20.29), Placental Premature Detachment (OR = 12.20), Twin Pregnancy (OR = 11.56), Premature Membrane Rupture (OR = 9.77), Pre - Eclampsia (OR = 7.29), Anemia (OR = 6.34) and Placenta Previa (OR = 3.03).

Keywords: Prevalence, Risk Factors, Threat of Preterm Labor.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

La prematuridad en el ámbito mundial, representa la primera causa de muerte en niños menores de cinco años. Así pues, las estadísticas reportan que, cada año nacen unos 15 millones de bebés antes de llegar a término. Asia meridional y África subsahariana representan la mitad de los nacimientos del mundo, más del 60% de los bebés prematuros y más del 80% de los 1,1 millones de las muertes del mundo debido a complicaciones por nacimientos prematuros.¹

En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. De igual modo, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto pretérmino. ¹

Por otra parte, existe una dramática brecha de supervivencia para los niños prematuros dependiendo de dónde nacen. En este sentido, la mitad de ellos nacidos a las 24 semanas sobreviven en países de altos ingresos, sin embargo, en países de bajos ingresos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas siguen muriendo debido a la falta de atención efectiva, factible y económica, tales como el calor, apoyo a

la lactancia y cuidados básicos para las infecciones y dificultades respiratorias. ^{1,2}

La amenaza de parto pretérmino representa un problema de salud pública a nivel mundial, manteniéndose a su vez como problemática para los obstetras y neonatólogos, por los problemas relacionadas con: la fisiología, patología; atención a los pretérminos y al igual que el pronóstico de la muestra. ³

Se han estudiado numerosos factores de riesgos; considerando como principales: antecedentes de parto pretérmino, aborto, la cual repercute directamente a la gestante ya que puede actuar como recidiva, así mismo, la falta de asistencia a la atención pre natal, este es un procedimiento obstétrico, que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbi-mortalidad materno-fetal a su mínima expresión y al mismo tiempo, las hemorragias vaginales del segundo trimestre tales como placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta, al igual que el consumo del tabaco, alcohol y cocaína, edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35 años). ⁴

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Nacido demasiado pronto, se puntualiza que, a nivel mundial cerca de 15 millones de criaturas nacen cada año antes de tiempo. ⁵

La OMS ha expuesto en su revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad materna sobre la incidencia mundial del parto prematuro, que este es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo. Los países en desarrollo, especialmente de África y Asia meridional, son los que sufren la carga más alta en términos absolutos, pero en América del Norte también se observa una tasa elevada. Es necesario comprender mejor las causas de la prematuridad y obtener estimaciones más precisas de la incidencia de ese problema en cada país si se desea mejorar el acceso a una atención obstétrica y neonatal eficaz. ²

A menor es la edad gestacional al nacer, mayor es el riesgo de morbimortalidad perinatal y de morbilidad materna (aumento del número de cesáreas, metritis postparto). Es importante diagnosticar a tiempo una amenaza de parto prematuro (APP) para comenzar con el tratamiento tocolítico y conseguir una maduración pulmonar fetal eficaz. También es necesario distinguir lo que es una verdadera de una falsa APP. Hay una alta incidencia de sobre - diagnóstico y de sobre - tratamiento y es frecuente la hospitalización prolongada. ⁶

Con las pruebas que informan sobre la modificación cervical y la dinámica uterina se puede establecer un diagnóstico certero que conlleve una conducta adecuada. La identificación temprana y la prevención primaria no están tan desarrolladas como la actitud terapéutica, pero es importante tener en cuenta mecanismos para

identificar pacientes de alto riesgo. Entre ellos están los antecedentes de parto pretérmino, signos y síntomas, modificación cervical, etc. La rotura prematura de membranas y la corioamnionitis conllevan riesgo de parto pretérmino si se producen en edades gestacionales tempranas. ⁶

En el Hospital General de Jaén donde se realizó el siguiente estudio, la amenaza de parto pretérmino es una entidad muy frecuente llegando su incidencia a superar el 10%. ⁷

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales

Bailón R (Ecuador - 2013).⁸ Realizaron un trabajo de investigación titulado: **“FRECUENCIA DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN NULÍPARAS DE 15 A 21 AÑOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE PORTOVIEJO DR. VERDI CEVALLOS BALDA ATENDIDAS EN EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO DEL 2013”**. Para ello se revisaron expedientes clínicos de 130 pacientes en el periodo de estudio, que aplicando los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 53 pacientes, el método empleado fue descriptivo retrospectivo de corte transversal y el diseño de investigación fue no experimental, los datos obtenidos fueron tabulados, procesados en el programa de Microsoft Excel los resultados en tablas encontramos que la amenaza de parto

pretérmino en la mujeres nulíparas de 15 a 21 años de edad se presentó con una frecuencia de 0.40%, datos que corresponden a los hallazgos reportados por otros investigadores. De las 53 pacientes estudiadas el factor predisponente se observó en las infecciones de vías urinarias con el 49%, respecto a las atenciones prenatales el grupo de pacientes que tuvo menos de tres atenciones fue (47%) mayormente se observó la amenaza de parto pretérmino.

Lema C, Mantilla M (Ecuador - 2012).⁹ Realizó un estudio acerca de la incidencia de **“AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA GINECO-OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO”**, la cual fue del 8.5%; identificándose que el poco interés y la desinformación sobre la importancia de la atención prenatal precoz y eficaz junto con la inadecuada atención pre natal subsecuente constituyen principales factores de riesgos para presencia de amenaza de parto pretérmino; además se halló que el 45% de las que empezaron su embarazo con una atención pre natal precoz, no continuaron sus atenciones prenatales.

Quispe A, Ramírez R (Ecuador - 2012).¹⁰ Ejecutó una investigación cuyo título fue: **“FACTORES DE RIESGO MATERNO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL LUIS GABRIEL DÁVILA**

DE LA PROVINCIA DEL CARCHI EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2011 A FEBRERO 2012”. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de secuencia transversal, se revisaron 85 historias clínicas que correspondió a la muestra en estudio, la recolección de datos se efectuó en base de un formulario de las historias clínicas. De las mismas se obtuvieron los siguientes resultados de 85 eventos obstétricos atendidos durante dicho período, las madres con mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino fueron: primigesta 33%, instrucción primaria completa 32%, vive en unión libre 66%, nivel socio-económico medio- bajo, cuya edad gestacional oscila entre 34 - 36 semanas 61%. Las patologías asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 33%, infecciones del tracto genital 19%, trauma abdominal 4%, colelitiasis 3% y pancreatitis 1%.

Locales:

Bardales Y, Neira E (Chiclayo - 2016).¹¹ En su estudio Observacional / Descriptivo y Longitudinal, de Casos y Controles, ejecutado en el Centro de Salud “José Olaya” sobre los **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO, DURANTE ENERO – DICIEMBRE DEL 2015”**. Hallaron que, la incidencia de Amenazas de Parto Pretérmino fue 6.6%. Prevalenciando las madres jóvenes, convivientes, procedentes de zonas urbanas y amas de casa. El antecedente de Parto Pretérmino, Anemia, Infección del Tracto Urinario, Período Intergenésico corto,

Hipertensión inducida por el embarazo y RPM. ($p < 0.05$) fueron factores de riesgo asociados a la presencia de Amenaza de Parto Prematuro, con una exposición de riesgo de 9 (OR) para antecedente de parto pretérmino, 6 para RPM y 4.9 para Infección del tracto urinario.

Bonilla J, Santisteban Y (Chiclayo - 2015).¹² Ejecutaron un estudio de tipo Descriptivo / Retrospectivo y Longitudinal, cuyo diseño fue Analítico de Casos y Controles cuyo título fue: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE GÍNECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “LAS MERCEDES” – CHICLAYO, DURANTE EL PERÍODO 2011 – 2013”**. La población la constituyeron todas las Historias Clínicas de gestantes con parto prematuro atendidas en el Departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital en mención, que cumplieron con los criterios de selección propuestos y que fueron un total de 137 según tamaño de muestra. Los principales resultados fueron: La incidencia de Prematuridad en el período de estudio fue 12.81%. Las madres de los recién nacidos motivo de estudio fueron en su mayoría jóvenes, convivientes, procedentes de zonas urbanas y amas de casa. Dentro de los factores de riesgo asociados a la presencia de Prematuridad se halló a la edad materna extrema (OR = 6.38), antecedente de parto pretérmino (OR = 4.4), atención pre natal inadecuada (OR = 0.47), Hipertensión inducida por

el embarazo (OR = 2.68), RPM (OR = 4.4) y Anemia (OR = 3.4). ($p < 0.05$). (13)

Muro P (Lambayeque - 2013).¹³ Ejecutó un estudio de casos y controles. Un grupo casos 35 partos prematuros y grupo control 35 partos a términos. titulado: **“FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE 2010 – 2012”**. Hallando los siguientes resultados. El antecedente de parto prematuro (OR. 7.03), el inadecuado control prenatal (OR. 4,89), el desprendimiento prematuro de placenta (OR. 8.5), la Vaginosis bacteriana (OR. 4.07) y la Infección de vías urinarias (OR. 2.97) se asociaron al desarrollo de parto prematuro constituyendo factor de riesgo.

Chira J (Lambayeque - 2011).¹⁴ Realizó un trabajo de investigación titulado **“FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE DURANTE EL 2010”**, dicho estudio fue analítico de casos y controles pareados de tipo retrospectivo, descriptivo, comparativo en el que analizaron las historias clínicas de nacimiento pretérmino (casos: n= 80) atendidos durante el año en mención, los controles se seleccionaron al azar de las historias clínicas de pacientes con nacimientos a término con factores pre concepcionales y gestacionales. Se encontró como factores de riesgo del parto

pretérmino al control prenatal inadecuado (OR: 9.13), la anemia (OR: 2.12), la Infección del tracto urinario (OR: 2.68), la Rotura prematura de membranas (OR: 7.22), el embarazo múltiple (OR: 11.28) y el Oligohidramnios (OR: 17.66).

c) Base teórica

La presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de gestación, asociada al menos a una de los siguientes escenarios: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical $\geq$ a 2 cm y borramiento $\geq$ 80%; se le llama “Amenaza de parto pretérmino” (APP). Oscilando su prevalencia entre 7-10%. Se presume que el 65% de muertes perinatales es por esta causa.⁶

Causas y Factores de Riesgo

No es una entidad clínica única. Es multifactorial. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, pre eclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo, etc. ¹⁵

Evaluación Clínica ⁶

Cuando existe la sospecha de que un cuadro clínico orienta hacia una APP se deben tener en cuenta diferentes parámetros:

- Historia clínica: contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, aumento de flujo vaginal.
- Antecedentes personales y antecedentes obstétricos.
- Exploración general: pulso, tensión arterial y temperatura.
- Estimación de la edad gestacional, a partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre.
- Exploración genital con la finalidad de realizar:
 - Especuloscopia para ver las condiciones del cuello uterino, la presencia de sangrado genital.
 - Recogida de cultivo vagino-rectal para *Estreptococo* grupo B (EGB) y otros frotis y cultivos si fueran necesarios.
- Ecografía abdominal para visualizar número de fetos, estática fetal, estimar peso fetal, volumen de líquido amniótico y ver localización placentaria.
- Ecografía Transvaginal para evaluar la cervicometría.
- Analítica básica: hemograma, coagulación, bioquímica y sedimento de orina.

- Valorar realizar Urocultivo previo a tratamiento con antibióticos si se decide ingreso de la paciente.

Diagnóstico ¹⁶

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales:

- a) Identificar a las pacientes con riesgo de padecer amenaza de parto pretérmino.
- b) Detección precoz de la sintomatología.
- c) Diagnóstico clínico

La identificación de la paciente se relaciona directamente con los factores de riesgo descritos en la etiología, se lo realiza mediante una buena anamnesis:

- ☐ Dolor abdominal tipo contracción
- ☐ Presión pélvica o dolor en la espalda
- ☐ Embarazo igual o menor de 37 semanas

Diagnóstico ⁶

Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de

contracciones necesarias para definir una APP, pero generalmente se consideran:

- 4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
 - Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
 - Palpables y dolorosas. Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal. Las contracciones de Braxton-Hicks existen en un gran número de embarazos que finalizan a término la gestación. Es difícil diferenciarlas de las contracciones que van a producir modificaciones cervicales.
- Cambios cervicales comprobados mediante diferentes parámetros. ⁶

El diagnóstico clínico, se puede dividir en:¹⁶

- Diagnóstico presuntivo: se establece cuando la paciente presenta contracciones uterinas superiores a los patrones normales después de un período de reposo de 1 hora en decúbito lateral izquierdo, y después del cual las condiciones del cuello son iguales a las del comienzo.
- Diagnóstico de certeza: cuando junto con las contracciones se constata al ingreso o después de la hora de reposo, modificaciones cervicales.

En la clínica pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- Dolores uterinos difusos (continuos o esporádicos)
- Dolores en región supra púbicos (constantes o no)
- Dolores en región sacrolumbar
- Contracciones uterinas en 10 min. (Dolorosas o no)
- Sensación de presión fetal
- Pérdida de líquido por vagina (claro o sanguíneo)
- Aumento del flujo vaginal (mucoso, espeso o acuoso)

Definición de Términos y Conceptos:

- **Amenaza de Parto Pretérmino:** Se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22,0 hasta las 36 semanas 6 días semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino.¹⁶
- **Factor de Riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.¹⁷ En epidemiología un factor de riesgo asociado es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor. En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y

atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento.¹⁸

- **Prevalencia:** Frecuencia de aparición de casos nuevos y antiguos de un trastorno en un periodo de tiempo.¹⁹
- **Riesgo:** Probabilidad que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad, trastorno, accidente o cambio en el estado de salud en un período específico en una comunidad dada.²⁰
- **Odds Ratio:** Razón entre las probabilidades de exposición de los que son casos y las probabilidades de exposición de los que no son casos = enfermos expuestos x sanos no expuestos/sanos expuestos x enfermos no expuestos. Se aplica en los estudios de casos- controles siempre que los controles sean representativos de la población general y los casos representativos de los casos enfermos.²⁰
- **Infección del tracto urinario:** Las infecciones urinarias son definidas como la invasión microbiana del aparato urinario que sobrepasa la capacidad de los mecanismos de defensa del huésped, produciendo alteraciones morfológicas o funcionales y una respuesta inmunológica no siempre evidenciable.²¹
- **Desprendimiento prematuro de placenta:** El Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta es la separación parcial o total,

de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento.²²

- **Embarazo Gemelar:** Está considerado como un estado limítrofe entre lo normal y lo anormal, entre lo fisiológico y lo patológico. Consiste en la gestación de 2 o más fetos en el claustro materno.²³
- **Ruptura prematura de membranas:** Pérdida de solución de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto (después de la semana 22), muy aparte de la edad gestacional. Las membranas pueden romperse en cualquier momento del embarazo.^{24,25} De frecuencia Variable, representando una de las afecciones obstétricas con mayor morbilidad materno - perinatal.²⁶
- **Pre eclampsia:** Presencia de Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg. Proteinuria cualitativa $\geq$ (+) (Leve). Con la instauración de Cefalea, escotomas, reflejos aumentados. Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg y proteinuria cualitativa de 2 a 3 (+), se establece el diagnóstico de pre eclampsia severa.²⁷
- **Anemia:** Trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.²⁸

- **Placenta previa:** Cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. La prevalencia es del 0,25 - 0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas.²⁹

1.2 Problema

¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo en la Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital General de Jaén, durante enero – diciembre del 2017?

1.3 Hipótesis:

La Prevalencia de la amenaza de parto pretérmino es alta y significativa y dentro de los factores de riesgo podemos mencionar a la Infección del Tracto Urinario, Anemia, Pre Eclampsia y Ruptura Prematura de Membranas, etc. presente en el Hospital General de Jaén, durante enero – diciembre del 2017.

1.4 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo en la Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital General de Jaén, durante enero – diciembre del 2017.

Objetivos Específicos:

1. Estimar la prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino en el período de investigación.
2. Identificar las características socio demográficas maternas.
3. Determinar características Gineco – Obstétricas maternas más frecuente.
4. Conocer los factores de riesgo en la Amenaza de Parto Pretérmino.

1.5 Justificación de la Investigación:

Hasta la actualidad, el parto prematuro es la principal complicación obstétrica, por lo que su diagnóstico y tratamiento oportuno son de importancia básica en el manejo de la prematurez. Por ello, es de suma importancia que detectemos a tiempo la amenaza de parto pretérmino a tiempo los factores que pudieran desencadenar el curso normal de la gestación y por ende aumentar la probabilidad que se desencadene un parto prematuro. ³⁰

Por lo cual, la tasa de prematuridad ha ido en aumento en los países desarrollados, que refleja no solo el aumento de la incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros. ³¹

Debido a la importancia clínica de esta entidad, se ejecutó el siguiente estudio con el único cometido de determinar los Factores de Riesgo asociados a la Amenaza de Parto Pretérmino en el Servicio de Obstetricia del Hospital General de Jaén”, período enero – diciembre del 2017.

1.6 Variable:

- **V.I.** Prevalencia y Factores de Riesgo
- **V.D.** Amenaza de Parto Pretérmino

Operacionalización de Variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Sub Indicadores	Escala	Instrumento
<u>V.I</u> Prevalencia y Factores de Riesgo	Epidemiológica	Frecuencia de aparición de casos nuevos y antiguos de un trastorno en un periodo de tiempo	Nº de Casos	De Razón	Ficha de Recolección de Datos
		Factores que condicionan o predisponen a la presencia de Amenaza de parto Pretérmino	Infección del Tracto Urinario DPP Embarazo Gemelar Ruptura Prematura de Membranas Pre Eclampsia Anemia Placenta Previa	Nominal	

V.D Amenaza de Parto Pretérmino	Clínica	Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 4 cada 20 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o más y una dilatación $\geq$ a 2cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.	La sintomatología de la Amenaza de Parto Pretérmino suele ser imprecisa, pudiendo la gestante referir molestias uterinas de tipo menstrual, dolor lumbar continuo, contracciones uterinas o sangrado genital escaso.	Nominal	
--	---------	---	--	---------	--

Variables Intervinientes

Variables intervinientes	Dimensión	Indicador	Sub indicador	Escala
Edad	E P I D E M I O L Ó G I C A	Años	≤ 17 18 – 23 24 – 29 30 – 35 > 35	De Razón
Estado Civil		Condición conyugal de las madres	Soltera Casada Conviviente	Nominal
Procedencia		Lugar de donde proceden las madres	Urbana Urbana – Marginal Rural	Nominal
Nivel de Instrucción		Estudios concluídos por la gestante motivo de estudio.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nominal
Edad Gestacional	Clínica	Tiempo de embarazo (expresado en semanas)	≤ 27 28 – 32 33 – 36	Ordinal
Paridad	Clínica	Nº veces que una mujer ha parido	Primípara (1 hijo) Multípara (2 - 5 hijos) Gran Multípara (> 5 hijos)	Ordinal

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Retrospectivo de corte transversal. ³²

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

Diseño epidemiológico analítico no experimental de Casos y Controles. ³²

- Casos (Historias clínicas de Gestantes con Amenaza de Parto Prematuro).
- Controles (Historias Clínicas de Gestantes sin Amenaza de Parto Prematuro).

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por 2187 gestantes que acudieron al Hospital General de Jaén, durante el período enero - diciembre 2017.

Muestra:

Aquellas gestantes que cumplieron con los siguientes criterios de selección, que fueron un total de 206 los casos de gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino.

Criterios de Inclusión

Casos

- Gestantes con Amenaza de parto pretérmino.

Controles

- Gestantes sin Amenaza de parto pretérmino atendidas en el Servicio de Obstetricia.

Criterios de Exclusión

- Pacientes cuya historia clínica contengan datos incompletos para el seguimiento del estudio.
- Pacientes que hayan sido transferidas a otros centros hospitalarios.
- Pacientes provenientes de otros nosocomios.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la respectiva recolección de los datos se empleó como instrumento, una Ficha de Recolección de datos (Ver Anexo).

Como técnica se utilizó el fichaje.

2.5 PROCEDIMIENTO:

- Luego de obtener la aprobación del tema de investigación por parte del Centro de Investigación Científica de la Facultad de

Ciencias de la Salud de la Universidad de Chiclayo, se pidió el permiso respectivo a la dirección del Hospital para poder realizar la respectiva recolección de datos.

- Obtenido el permiso se coordinó con el Departamento de Gineco – Obstetricia para tener acceso a los libros de registros. Del mismo modo se presentó al Archivo de Historias clínicas, para poder obtener las Historias Clínicas y poder proceder con la recolección de datos.
- El tiempo empleado para dicha recolección estuvo dado de acuerdo a los tiempos estipulados por el personal encargado del área de Historias Clínicas.
- Luego que se cumplió con la obtención de los datos requeridos para la presente investigación, estos fueron analizados, procesados e interpretados, redactándose las conclusiones finales.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

El procesamiento de datos fue mediante el programa SPSS versión 23. Los datos fueron consolidados en Tablas Uni y bidimensionales. El análisis de los mismos se realizó a través de cifras porcentuales. Para, el análisis de los Factores de riesgo en la Amenaza de Parto Pretérmino se hizo uso de la razón de Momios (Odd Ratio).

Estadígrafo propio del estudio:

FACTOR DE RIESGO	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO			
	SI		NO	
Si				
No				

III.- RESULTADOS

TABLA 1:

Se aprecia que durante el período enero – diciembre del 2017, se atendieron un total de 2187 gestantes en el Servicio de Gineco – Obstetricia de los cuales 206 fueron Amenazas de Parto Pretérmino, lo que equivale a una prevalencia del 9.42%.

TABLA 2:

Respecto a las características socio - demográficas maternas se halló una mayor prevalencia de las gestantes jóvenes en el 24.27%, las convivientes en el 75.24%, procedentes de zonas rurales en el 50.97% y las que contaban con estudios primarios en el 46.12%, respectivamente.

TABLA 3:

Según las características Gineco – Obstétricas maternas se halló una mayor prevalencia de las gestantes entre las 33 y 36 semanas de gestación en el 72.33%. En cuanto a la paridad prevalecieron las multíparas en el 53.40%.

TABLA 4:

Observamos que los factores de riesgo presentes en la amenaza de parto pretérmino son: ITU, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Embarazo Gemelar, RPM, Pre Eclampsia, Anemia y Placenta Previa, con una exposición de riesgo (OR) de 20.29, 12.20, 11.56, 9.77, 7.29, 6.34 y 3.03.

TABLA 1

**PREVALENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
ENERO – DICIEMBRE DEL 2017**

TOTAL DE GESTANTES QUE ACUDIERON EN EL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTETRICIA			2187	100.00
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO			206	09.42%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

TABLA 2

**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS MATERNAS
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
ENERO – DICIEMBRE DEL 2017**

EDAD (Años)	Nº	%
TOTAL	206	100.00
≤ 17	28	13.59
18 – 23	50	24.27
24 – 29	48	23.30
30 – 35	38	18.45
> 35	42	20.39
ESTADO CIVIL	Nº	%
TOTAL	206	100.00
Soltera	22	10.68
Casada	29	14.08
Conviviente	155	75.24
PROCEDENCIA	Nº	%
TOTAL	206	100.00
Urbana	76	36.89
Urbano - Marg	25	12.14
Rural	105	50.97
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
TOTAL	206	100.00
Analfabeta	14	06.80
Primaria	95	46.12
Secundaria	80	38.83
Superior	17	08.25

Fuente: Ficha de Recolección de datos

TABLA 3

**CARACTERÍSTICAS GÍNECO – OBSTÉTRICAS
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
ENERO – DICIEMBRE DEL 2017**

EDAD GESTACIONAL	Nº	%
TOTAL	206	100.00
< 27	21	10.19
28 – 32	36	17.48
33 – 36	149	72.33
PARIDAD	Nº	%
TOTAL	206	100.00
Primípara	76	36.89
Múltipara	110	53.40
Gran Múltipara	20	09.71

Fuente: Ficha de Recolección de datos

TABLA 4

**FACTORES DE RIESGO EN LA AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
ENERO – DICIEMBRE DEL 2017**

FACTORES DE RIESGO	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
	206	100.00	206	100.00
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO <i>OR = 20.29</i>				
Si	136	66.02	18	08.74
No	70	33.98	188	91.26
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA <i>OR = 12.20</i>				
Si	22	10.68	02	00.97
No	184	89.32	204	99.03
EMBARAZO GEMELAR <i>OR = 11.56</i>				
Si	11	05.34	01	00.49
No	195	94.66	205	99.51
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS <i>OR = 09.77</i>				
Si	26	12.62	03	01.46
No	180	87.38	203	98.54
PRE ECLAMPSIA <i>OR = 07.29</i>				
Si	26	12.62	04	01.94
No	180	87.38	202	98.06
ANEMIA <i>OR = 06.34</i>				
SI	58	28.16	12	05.83
NO	148	71.84	194	94.17
PLACENTA PREVIA <i>OR = 03.03</i>				
Si	03	01.46	01	00.49
No	203	98.54	205	99.51

Fuente: Ficha de Recolección de datos

IV.- DISCUSIÓN

Durante el período enero – diciembre del 2017 se atendieron un total de 2187 gestantes en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital General de Jaén de las cuales 206 fueron Amenazas de Parto Pretérmino, lo cual representó una incidencia del 9.42%. (Tabla 1)

La bibliografía reporta que a nivel mundial anualmente nacen unos 15 millones de prematuros. Asia meridional y África siendo estos la mitad de los nacimientos. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Así pues, las familias con niveles más alto de pobreza y aquellas con nivel socio – económico y cultural bajo son las más proclives de tener niños pretérminos. ¹

Por su parte **Lema C y Mantilla M** ⁹ en su investigación realizada en Ecuador encontraron una incidencia del 8.5%.

Bailón R, ⁸ encontró que la amenaza de parto pretérmino se presentó con una frecuencia de 0.40%.

Bardales Y, Neira E ¹¹ Hallaron que, la incidencia de Amenaza de Parto Pretérmino fue 6.6%.

Por lo tanto, las frecuencias y/o incidencias son volubles, concordando con los reportes expresados primariamente, además de ello, es oportuno

indicar que las diferencias de ellas, tienen que ver, con el tipo poblacional, lugar de ejecución del estudio y el período de investigación.

Respecto a las características socio demográficas maternas podemos observar que predominaron las madres jóvenes (18 - 23 años), convivientes en el 75.24%, procedentes de rurales en el 50.97% y las que tenían estudios primarios en el 46.12%. También se halló una mayor prevalencia de las gestantes entre las 33 y 36 semanas en el 72.33%. En cuanto a la paridad prevalecieron las multíparas en el 53.40%. (Tabla 2 y 3)

Por su parte **Bonilla J** y **Santisteban Y**¹², halló que las madres de los recién nacidos pretérminos en su mayoría fueron jóvenes, convivientes, y procedentes de zonas urbanas.

Bardales Y, Neira E¹¹ Hallaron una mayor prevalencia de madres jóvenes, convivientes, procedentes de zonas urbanas y amas de casa.

En nuestro estudio se halló que, dentro de los factores de riesgos presentes en la amenaza de parto pretérmino están: La Infección del Tracto Urinario, el Desprendimiento Prematuro de Placenta, el Embarazo Gemelar, la Ruptura Prematura de Membranas, la Pre Eclampsia, Anemia y Placenta Previa, con una exposición de riesgo (OR) de 20.29, 12.20, 11.56, 9.77, 7.29, 6.34 y 3.03. (Tabla 4)

Bardales Y, Neira E ¹¹ Hallaron como factores de riesgos de la amenaza de parto Pretérmino al: Antecedente de parto pretérmino (OR = 9), RPM (OR = 6) e Infección del tracto urinario (OR = 4.9)

Quispe A, Ramírez R ¹⁰ encontraron como patologías asociadas a parto pretérmino a las infecciones del tracto urinario, infecciones del tracto genital, trauma abdominal, colelitiasis y pancreatitis.

Bonilla J y Santisteban Y ¹², hallaron dentro de los factores de riesgo asociados a la presencia de Prematuridad a la edad materna extrema (OR = 6.38), antecedente de parto pretérmino (OR = 4.4), atención pre natal inadecuada (OR = 0.47), Hipertensión inducida por el embarazo (OR = 2.68), RPM (OR = 4.4) y Anemia (OR = 3.4). ($p < 0.05$).

Por su parte **Muro P** ¹³ y **Chira J** ¹⁴ obtienen como factores de riesgos asociados a Prematuridad a la infección del tracto urinario, la rotura prematura de membranas, el embarazo múltiple, el Oligohidramnios, la inadecuada atención prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta y la Vaginosis bacteriana.

V.- CONCLUSIONES

- La prevalencia de Amenazas de Parto Pretérmino en el período de estudio fue 9.42%.
- Dentro de las Características Socio - Demográficas maternas se halló una prevalencia de las gestantes jóvenes, las convivientes, procedentes de zonas rurales y las que contaban con estudios primarios.
- Se encontró una mayor prevalencia de las gestantes entre las 33 y 36 semanas en el 72.33%. En cuanto a la paridad prevalecieron las multíparas en el 53.40%.
- Dentro de los factores de riesgo presentes en la amenaza de parto pretérmino se hallaron a la: Infección del Tracto Urinario (OR = 20.29), Desprendimiento Prematuro de Placenta (OR = 12.20), Embarazo Gemelar (OR = 11.56), Ruptura Prematura de Membranas (OR = 9.77), Pre Eclampsia (OR = 7.29), Anemia (OR = 6.34) y Placenta Previa (OR = 3.03).

VI.- RECOMENDACIONES

AL SERVICIO DE GÍNECO - OBSTÉTRICO

- Implementar programas en conjunto con los diferentes profesionales de salud que laboran en el servicio, para la ejecución integral de las campañas de capacitación e identificación de los factores de riesgos de la Amenaza de Parto Pretérmino.

A LAS OBSTETRAS

- Cumplir con el seguimiento respectivo a todas las gestantes expuestas a riesgo para soslayar posibles complicaciones que pudieran alterar el curso normal de la gestación.
- Educación Sanitaria a las gestantes del Hospital General de Jaén durante la atención pre natal, sobre los principales signos de alarma del embarazo.

A LA UNIVERSIDAD

- Continuar con la realización de trabajos de investigación sobre estos temas en otros establecimientos de la salud, para poder conocer la casuística e implementar acciones encaminadas a disminuir el número de casos de esta entidad clínica.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana S. Nacimiento Pretérmino. Prevención y Control. Bibliomed. Boletín Bibliográfico de la Biblioteca Médica Nacional. Vol 24 Nº 3 – marzo 2017. ISSN 2312-1505 RNPS 1979 - aprox. 13 p.
2. Domínguez A. La «milagrosa» vida de los prematuros cubanos. Juventud Rebelde [Internet]. 2015 [citado 1 Mar 2017]; Cuba: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2015-11-17/la-milagrosa-vida-de-los-prematuros-cubanos/>
3. Stacy B, Wojdyla D, Lale S, Betran A, Merialdi M, Requejo J, Craig R, Menon R, Van Look P. “Incidencia mundial de parto prematuro: Revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas”. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. Volumen 88, enero 2010, 1-80
4. Faneite P. Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. Rev. Obstet Ginecol Venez. 2012 [citado 15 mar 2016]; 72(4). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400001.
5. OMS. Nacidos demasiado pronto. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros, mayo, 2012. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Save the Children y March of Dimes Foundation
http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/born-too-soon_execsum_es.pdf.

6. Ochoa A. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 105-119.
7. HGJ. Servicio de Estadística del Hospital General de Jaén.2016.
8. Bailón R. Frecuencia en la Amenaza de Parto Pre termino en nulíparas de 15 a 21 años de edad. Hospital Provincial de Portoviejo “Dr. Verdi Cevallos Balda” de septiembre 2012 a febrero 2013.
9. Lema C, Mantilla M. Amenaza de parto pretérmino estudio a realizar en embarazadas primigestas adolescentes que acuden al área de emergencia Gineco - Obstetricia del Hospital Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo del mes de septiembre del 2011 a mayo del 2012. Tesis para optar el título de Obstetra presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Obstetricia de la Universidad Técnica de Babahoyo. Ecuador 2012.
10. Quispe A, Ramírez R Prevalencia de amenaza de parto prematuro en pacientes que acuden al servicio de emergencia entre las edades 15-25 años del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el período septiembre 2011 – febrero 2012. Trabajo de investigación previo a la obtención al título de Obstetriz. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia Juana Miranda. Universidad Central del Ecuador. Quito, setiembre del 2012.
11. Bardales Y, Neira E. Factores de Riesgo asociados a la Amenaza de Parto Prematuro en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud “José

Olaya”, período enero – diciembre del 2015. Tesis de Licenciatura presentada a la Universidad Particular de Chiclayo. Año 2016.

12. Bonilla J, Santisteban Y. Factores de Riesgo asociados a la Prematuridad en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, durante el período 2011 – 2013. Tesis de Licenciatura presentada a la Universidad Particular de Chiclayo. Año 2015.
13. Muro P. Factores de Riesgo Maternos Asociados al Desarrollo de Parto Prematuro. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2010 - 2012. Lambayeque – Perú. 2013.
14. Chira J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, enero – diciembre 2010.
15. Lams D. Preterm birth. En: Gabbe G, Niebyl R, Simpson L, eds. Obstetrics: Normal and problem pregnancies. 4th ed. Philadelphia: Churchill and Livingstone, 2002: 755-826.
16. Medicina Fetal Barcelona. Protocolos de Medicina Fetal I Perinatal Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat de Barcelona. Año 2013.
17. OMS. Factores de Riesgo. Temas de Salud. Año 2016.
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
18. Wikipedia. Factor de Riesgo Asociado.
https://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

19. Eupati. Conceptos epidemiológicos: incidencia y prevalencia. Academia Europea de pacientes; mayo 2018.
20. Rothman Kenneth. Modern Epidemiology 3d Edition 2008.
21. Cifuentes R. Infección del tracto urinario. Obstetricia de Alto Riesgo. Octava Edición. Colombia. Editorial Guadalupe; 2008.
22. Sanchez S. Risk factors of Abruption Placentae among Peruvian women. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006. 225-230.
23. Velazco A. Embarazo múltiple. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 173-6.
24. Doren A, Carvajal J. Alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77: 225-234.
25. Waters P, Mercer B. Preterm PROM: Prediction, prevention, principles. Clin Obstet Gynecol. 2011;54 (2):307-312.
26. FLASOG. Ruptura Prematura de Membranas. Guía Clínica de FLASOG Ruptura Prematura de Membranas. GC, 2011: N° 1.
27. Minsa. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Materno Perinatal. 2014.
28. Minsa. Norma Técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017- 1ª edición.
29. Perelló M, Mula R, López M. Anomalías placentarias (Placenta previa, Placenta accreta y Vasa previa) y Manejo de la Hemorragia de Tercer

Trimestre. Protocolos de Medicina Fetal I Perinatal – Icgón – Hospital Clínic Barcelona. 2012.

30. Duran M, Hernández A, Hernández L. Factores de Riesgo y Causas de prematuridad. Policlínico Universitario Hermanos Martínez Tamayo. Baracoa. Guantánamo. Cuba. 2006 - 2007. Revista Electrónica de Portales Médicos. com. 2008. En. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>
31. Sola A. Datos estadísticos vitales en Iberoamérica. Diferencias regionales y variabilidad intercentros. En: Cuidados Neonatales. Descubriendo la Vida de un Recién Nacido Enfermo. Argentina: Ediciones Médicas; 2011. pp. 1411-1418.
32. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México. 2010.

ANEXO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Ficha - Anexo

“Prevalencia y Factores de Riesgos en la Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital General de Jaén, durante enero – diciembre del 2017”

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE

- Edad: () ≤ 17 () 18 - 23 () 24 - 29 () 30 - 35 () > 35
- Procedencia: Urbana () Urbano – Marginal () Rural ()
- Estado Civil: Casada () Conviviente () Soltera ()
- Nivel de instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

II. DATOS GÍNECO - OBSTÉTRICOS

EG: ____ sem

Paridad: Primípara () Multípara () Gran multípara ()

Antecedentes de Parto Pretérmino: Si: No:

III. FACTORES DE RIESGO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

- () Infección del Tracto Urinario
- () DPP
- () Embarazo Gemelar
- () Ruptura Prematura de Membranas
- () Pre Eclampsia
- () Anemia
- () Placenta Previa