

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN –TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

TESIS

Presentada por:

Bach. Carolina Cecilia Quispe Chambilla

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO - CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA
IRIGOYEN DE LIMA JULIO - DICIEMBRE 2016**

TESIS

Presentada por:

BACH. CAROLINA CECILIA QUISPE CHAMBILLA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por; unanimidad ante el siguiente jurado



Med. Cristina Llosa Rodríguez
PRESIDENTA



Mgr. Jaime Vargas Zeballos
MIEMBRO



Mgr. Mauro Robles Mejía
MIEMBRO



Mgr. Alberto Flor Chávez
ASESOR

DEDICATORIA

A mis padres por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado la sabiduría, el entendimiento y la fortaleza para poder llegar al final de mi carrera, por no haber dejado que me rindiera en ningún momento e iluminarme para salir adelante.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	I
DEDICATORIA	II
RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
DESCRIPCION DEL PROBLEMA	2
FORMULACION DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	6
VIABILIDAD E LIMITACIONES	8
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
FUNDAMENTO TEÓRICO	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	29
TIPO Y DISEÑO METODOLÓGICO	29
POBLACIÓN Y MUESTRA	29
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS	37
ANÁLISIS DE DATOS	39

ASPECTOS ÉTICOS	39
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	41
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	72

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima julio-diciembre 2016. **METODOLOGÍA:** Estudio de tipo casos y control, retrospectivo, transversal, basado en la revisión de 135 historias clínicas de gestantes que presentaron parto pretérmino (casos) y 270 historias clínicas de gestantes que presentaron parto a término (control). La información fue procesada y analizada en base al cálculo del Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95%. **RESULTADOS:** La incidencia de parto pretérmino fue de 21,28%. El estado civil soltera (OR=2,28 con IC= 1,37-3,79) fue el único factor sociodemográfico asociado a parto pretérmino. Los factores de riesgo obstétrico – perinatales estadísticamente significativos fueron: madre nulípara (OR=2,53 con I.C.= 1,71-3,75), antecedente de parto pretérmino (OR=3,41 con I.C.= 1,97-5,91), controles prenatales <6 (OR=5,02 con I.C.= 3,33-7,57), fertilización in vitro (OR=4,19 con I.C.= 1,41-12,48), embarazo múltiple (OR=4,00 con I.C.= 2,35-6,81), preeclampsia (OR=3,87 con I.C.= 2,33-6,43), ruptura prematura de membranas (OR=3,85 con I.C.= 2,33-6,35), anemia durante el embarazo (OR=2,36 con I.C.= 1,57-3,55). Los factores de riesgo útero-placentarios asociados al parto pretérmino fueron: hemorragia del tercer

trimestre (OR=23,51 con I.C.= 3,01-183), oligohidramnios (OR=6,08 con I.C.= 3,22-11,46) y corioamnionitis (OR=3,51 con I.C.= 1,82-6,78).

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino más importantes fueron estado civil soltera, ser madre nulípara, antecedente de parto pretérmino, controles prenatales <6, fertilización in vitro, embarazo múltiple, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, anemia durante el embarazo, hemorragia del tercer trimestre, oligohidramnios y corioamnionitis.

PALABRAS CLAVE: parto pretérmino, factores de riesgo, prematuridad.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determining the risk factors of the preterm labor in pregnant women attended in Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital from July to December 2010. **METHODOLOGY:** Study of type cases and control, retrospective, transverse, based in the revision of 135 clinic history of pregnant women that presented a preterm labor (case), 270 clinic histories of pregnant women that presented term labor (control). The information was processed and analyzed on the basis of the calculation of the Odds Ratio and of the confidence intervals to the 95%. **RESULTS:** The incidence of preterm labors was 21,28%. Single marital status (OR=2,28 with IC= 1,37-3,79) was only sociodemographic factor associated with preterm labor. The obstetric – perinatal risk factors statistically significant were: condition of nulliparous (OR=2,53 with I.C.= 1,71-3,75), antecedent of preterm labor (OR=3,41 with I.C.= 1,97-5,91), patients have performed less than 6 prenatal visits (OR=5,02 with I.C.= 3,33-7,57), in vitro fertilization (OR=4,19 with I.C.= 1,41-12,48), multiple pregnancy (OR=4,00 with I.C.= 2,35-6,81), preeclampsia (OR=3,87 with I.C.= 2,33-6,43), premature rupture of membranes (OR=3,85 with I.C.= 2,33-6,35), anemia during pregnancy (OR=2,36 with I.C.= 1,57-3,55). The uterus – placental risk

factors statistically significant were: third trimester of pregnancy (OR=23,51 with I.C.= 3,01-183), oligohydramnios (OR=6,08 with I.C.= 3,22-11,46), chorioamnionitis (OR=3,51 with I.C.= 1,82-6,78).

CONCLUSIONS: The risk factors associated with preterm labor were: Single marital status, condition of nulliparous, antecedent of preterm labor, patients have performed less than 6 prenatal visits, in vitro fertilization, multiple pregnancy, preeclampsia, premature rupture of membranes, anemia during pregnancy, third trimester of pregnancy, oligohydramnios, chorioamnionitis.

KEYWORDS: Preterm labor, risk factor, prematurity.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es un problema de salud pública importante en todo el mundo por lo que 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.

De los 15 millones de bebés que nacen cada año antes de llegar a término más de un millón de niños mueren debido a complicaciones en el parto. Se ha registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Ello puede explicarse, entre otros factores, por una mejora de los métodos de evaluación; el aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes, como la diabetes y la hipertensión; un mayor uso de los tratamientos contra la infertilidad, que dan lugar a una mayor tasa de embarazos múltiples; y los cambios en las prácticas obstétricas, como el aumento de las cesáreas realizadas antes de que el embarazo llegue a término.

Estos altos valores de nacimientos prematuros justifican la importancia de este tema dado que las condiciones actuales indican que irá en aumento.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Se considera parto prematuro según la OMS 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. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (<28 semanas), muy prematuros (28 a <32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas) (1).

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos, lo que representa una tasa de nacimientos prematuros del 11,1%, afectando a familias en todo el mundo. De estos nacimientos el 84% se produjo a las 32 a 36 semanas, el 10% se produjo a las 28 a < 32 semanas y 6% ocurrieron en <28 semanas (1, 2).

El nacimiento prematuro es la causa principal de muertes de recién nacidos (bebés en las primeras cuatro semanas de vida) y actualmente es la segunda causa principal de muerte después de la neumonía en niños menores de 5 años. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (1, 3).

Existe un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Algunas de las razones posibles para esto incluyen una mejor medición y un mejoramiento en la salud como el aumento en edad materna y problemas subyacentes de salud materna como la diabetes y alta presión arterial; un mayor uso en los tratamientos de infertilidad ocasionando mayores tasas de embarazos múltiples; y cambios en las prácticas obstétricas como más cesáreas antes de término (2, 4).

Más del 60% de los nacimientos prematuros ocurrieron en África subsahariana y Asia meridional, donde se estima que 9,1 millones

de nacimientos (12,8%) anuales son prematuros. El alto número absoluto de nacimientos prematuros en África y Asia está relacionado, en parte, con la alta fecundidad y el gran número de nacimientos en esas dos regiones en comparación con otras partes del mundo (2).

Las tasas estimadas varían de un 5% en varios países del norte de Europa a un 18,1% en Malawi. India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, República Democrática del Congo y Brasil son los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros estimados. Estos 10 países representan el 60% de todos los nacimientos prematuros en todo el mundo (1).

Para el 2011 en EEUU la incidencia de parto pretérmino se encuentra en 11,7% y en Europa entre 5 a 7%, en América Latina hay estudios que reportan incidencias desde 4,6% Chile y otras de 14,8% como en Brasil (5).

En el Perú, la región natural que registra el mayor número de muertes neonatales es la Costa con el 39,5%, seguido de la Sierra con el 21,1% y la Selva con el 39,4%. Las principales causas de

muerte en las regiones naturales están vinculadas al parto pretérmino que condiciona a complicaciones por prematuridad (5).

Según el MINSA en el Perú durante el 2015, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació postérmino (>42 semanas). El mayor porcentaje de recién nacidos pretérmino 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. 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% (6).

La importancia de determinar las características maternas presentes en el parto prematuro en toda mujer embarazada contribuye no solo a disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal sino a disminuir los gastos que ello conlleva. Una vez

identificados dichas características, se podrá intervenir en ellos, con el fin de disminuir importantemente la incidencia de estos casos (7).

El presente trabajo pretende evaluar las principales características presentes en el parto prematuro de pacientes con diagnóstico de parto prematuro atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima Julio a Diciembre del 2016.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo, se piensa elaborar al plantearse la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara de Lima Julio – Diciembre 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El parto pretérmino implica varios problemas en diversos ámbitos de nuestra sociedad, como daños a la economía familiar, al tener que

pagar gastos médicos que acarrearán la atención del recién nacido que permanece hospitalizado por días o semanas. Además de ser la primera causa de mortalidad neonatal.

Los hallazgos contribuirán a tomar acciones dirigidas a disminuir complicaciones de las embarazadas en el período prenatal, y fortalecer el Programa de Salud Integral a la embarazada en este hospital con un plan de capacitación para gestantes sobre cuidados en el manejo de parto pretérmino.

Es de importancia, porque se dan soluciones a las complicaciones que presentan las embarazadas incorporando a las madres al equipo de salud, para ayudarlas a su recuperación, incluyéndolas en actividades diarias del control de su embarazo, para que llegue a feliz término, las embarazadas que acuden al servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Este estudio permitirá establecer conductas e intervenciones que probablemente lograrán reducir el nacimiento pretérmino, su recurrencia y la morbilidad asociada.

1.4. VIABILIDAD Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es viable puesto que se utilizarán las historias clínicas que se almacenan en la Unidad de Archivo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Para determinar el número de casos y controles éstos se obtendrán de la base de datos de la Unidad de Estadística de dicho nosocomio.

En cuanto a las limitaciones el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen presenta un proceso lento para la autorización de los temas de investigación y el llenado inadecuado de historias clínicas y la falta de datos en otras, hacen que éstas se excluyeran del estudio.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima Julio – Diciembre 2016.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia del parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima Julio – Diciembre 2016.
- Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima Julio – Diciembre 2016.
- Determinar los factores de riesgo obstétrico -perinatales asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima Julio – Diciembre 2016.
- Determinar los factores de riesgo útero-placentarios asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima Julio – Diciembre 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. INTERNACIONALES

- Ovalle A (2012), en un estudio retrospectivo, donde se evaluaron los partos prematuros entre las 22 y 34 semanas de gestación y determinaron los factores asociados a ellos, atendidos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán - Chile, en el período de Enero de 2007 a Junio del 2009. En este período se atendieron 14 459 nacimientos. Los partos prematuros fueron 642 (4,44%). Un factor de riesgo asociado con la prematuridad se identificó en 98 y 85% de los nacimientos médicamente indicado y espontáneo, respectivamente. En este estudio destacaron como factores de riesgo la infección vaginal o urinaria, la hipertensión arterial y anomalías congénitas. Y se llegó a la conclusión que la infección bacteriana fue el factor más común asociado con nacimientos prematuros espontáneos, mientras que la preeclampsia

es el factor más común para parto prematuro por indicación médica (8).

- Osorno C. y colaboradores (2008), investigaron en un estudio casos y controles sobre los factores maternos relacionados con prematuridad, donde se estudió un cohorte de RN con peso de 500 gr o mayor, en el Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, en México, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2004, donde se consideraron casos los neonatos prematuros y controles los de 37 semanas de embarazo o más. Este estudio dio como resultado que la tasa de prematuridad fue de 11,9%, y entre los factores de riesgo asociados con la prematuridad destacaron: madre analfabeta, soltera, trabajadora, de edad avanzada, parto prematuro previo, embarazo múltiple, morbilidad obstétrica: preeclampsia-eclampsia, diabetes gestacional, infecciones urinarias y vaginales, RPM, oligohidramnios, polihidramnios, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. Sin embargo un 43% de los partos prematuros ocurrió en embarazos con evolución normal. Con este estudio se llegó a la conclusión que la rotura prematura de membranas y la morbilidad materna durante el embarazo fueron los factores de riesgo más importantes de prematuridad (9).

- En el año 2011, Samartino. et al usando un diseño de estudio descriptivo de corte transversal investigaron los Factores y marcadores de parto prematuro en un Hospital de Argentina, Concluyendo una prevalencia del parto prematuro de 6%. Evidenciaron que la anemia materna y el control prenatal inadecuado representan el 50% del total de los factores de riesgo para parto prematuro. Dentro de los marcadores de riesgo: RPM, antecedentes de RN < 2500g y Periodo intergenésico < 1 año constituyen el 76,5% (10).

- J. Pérez y col. México 2011. En su estudio “Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea”. Realizaron un estudio transversal analítico que incluyó todos los nacimientos que sucedieron en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara de septiembre de 2004 a agosto de 2005. La muestra incluyó a todos los nacimientos de 20 a 36 semanas de gestación que fueron añadidos al estudio de forma consecutiva. Los resultados fueron: de 14 882 nacimientos, 859 fueron pretérmino (5,8%); 489 nacimientos fueron pretérmino espontáneos (57%) y 368 por cesárea (43%). En el análisis bivariado se asociaron con pretérmino espontáneo: control prenatal

deficiente (RM: 2,03, IC 95%: 1,54-2,69) y madre menor de 20 años (RM: 1,85, IC 95%: 1,34-2,56); para nacimiento pretérmino por cesárea: infección de vías urinarias (RM: 1,49, IC 95%: 1,08-2,06) y rotura prematura de membranas amnióticas mayor de 24 horas (RM: 1,75, IC 95%: 1,23-2,50). En el análisis multivariado se asociaron con nacimiento pretérmino espontáneo el antecedente de pretérmino espontáneo y control prenatal deficiente; los factores relacionados con pretérmino nacido por cesárea perdieron valor estadístico (11).

2.1.2. NACIONALES

- K. Huaroto y col. Ica, Perú 2013. En su estudio “Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en el hospital regional de Ica, 2012”. Realizaron un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. La población fue de 2500 pacientes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica. La muestra fue de 107 pacientes, de los cuales 31 fueron casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76, los controles con diagnóstico de parto a término. Se aplicó la estadística descriptiva para las variables categóricas y de medidas

de tendencia central para las variables numéricas. Los resultados fueron: el 35,5% de los casos fueron madres adolescentes que presentaron parto pretérmino, frente a un 15,8% de los controles. El 23% de los partos pretérmino fueron madres adolescente (OR 2,993 IC [1,123-7,660] X^2 0,024 $p < 0,05$). La edad materna extrema en el estudio < 19 años fue el 76,7%, lo cual es más frecuente en los casos con el 84,6% y el 70,6% para los controles, (OR 2,292; IC 0,367-14,323; X^2 0,368); el estado civil casada tuvo el 20,5%: 30,8% para los casos y 18,5% en los controles (OR 1,963; IC 0,517-7,452; X^2 0,316); 84,1% tuvieron un nivel de instrucción baja: 67,7% para los casos y 90,8% para los controles (OR 4,694; IC 1,598-13,855; X^2 0,003) (12).

- C. Paira. Cusco, Perú 2012. En su estudio “Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional del Cusco, Julio - Diciembre 2011”. Realizó un estudio retrospectivo, analítico de casos-contróles. Donde se estudiaron 190 casos de gestantes con el diagnóstico de parto pretérmino y sus respectivos controles. Los resultados: la incidencia de parto pretérmino en el Hospital Regional del Cusco fue de 12,1% con una edad gestacional menor de 32 semanas. Los factores de riesgo materno

asociados al parto pretérmino fueron número de controles prenatales menores a 6 controles, periodo intergenésico corto menor a 2 años, infección urinaria durante el embarazo, infección genital y anemia materna, no se encontró asociación con otros factores como estado civil, ocupación, grado de instrucción, antecedente de parto pretérmino y antecedente de aborto (13).

- F. Parra. Tacna, Perú 2013. En su estudio “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012”. Realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, durante el periodo enero 2010-diciembre 2012. Los resultados fueron: los factores asociados al parto pretérmino son la edad materna < 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico < 2 años, la ganancia durante el embarazo < 8kg, preeclampsia y ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltera y la ocupación de agricultora (14).

- S. Aguilar. Cusco, Perú 2010. En su estudio “Factores de riesgo maternos para recién nacidos de bajo peso”. Realizó un estudio retrospectivo, transversal, analítico, y de casos controles en recién nacidos de bajo peso en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco. Los resultados: la incidencia de bajo peso al nacer observada fue de 8,24%, este resultado es menor al esperado puesto que a nivel Nacional es de 10,2% y a nivel de Latinoamérica es de 10,2%, en cuanto a los factores de riesgo fueron hipertensión inducida por la gestación, menores de 6 controles prenatales, talla materna menor de 1,47 metros, ganancia de peso menor de 8kg durante la gestación (15).

2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2.1. EPIDEMIOLOGÍA:

El embarazo normal culmina con un trabajo de parto, y parto después de la semana 37 de gestación; sin embargo, el parto pretérmino, y la prematurez resultante de este, es la patología perinatal y complicación más común, costosa y catastrófica del embarazo. Esta entidad tiene una frecuencia de presentación

aproximada del 10-15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas (2).

La prematurez es de etiología multifactorial y continúa siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. Las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar (3).

El parto prematuro espontáneo y la ruptura prematura de membranas son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos pretérmino; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales (2).

En cuanto a las causas directas que desencadenan el parto prematuro espontáneo, según las evidencias biomédicas, clínicas y

epidemiológicas, se calcula que un 40-50% son debidas a corioamnionitis clínica y subclínica, un 20% a complicaciones médicas y quirúrgicas maternas; y en un 30% la etiología es desconocida. Últimamente, las tasas de prematuridad se han incrementado de manera importante en algunos países con el manejo más agresivo de los desórdenes médicos y quirúrgicos de las pacientes y el aumento del número de embarazos múltiples, en gran parte atribuido al tratamiento de la infertilidad (3, 5).

El futuro del manejo de esta patología perinatal está en el uso de técnicas predictivas y el diagnóstico temprano, que puedan individualizar el tratamiento de cada paciente, comprendiendo su etiología multifactorial; y los esfuerzos para la prevención y el trabajo en las mujeres que están en riesgo de desarrollarlo. Existen numerosas controversias con respecto a su prevención, diagnóstico y tratamiento. Varias estrategias para prevenirlo, y el diagnóstico precoz, han fracasado aún en los países más evolucionados (3).

Se encuentra también en la práctica clínica diaria un alto número de diagnósticos equivocados que llevan a tratamientos

innecesarios y costosos, con consecuencias fetales y maternas importantes. Este sobrediagnóstico en algunos casos es debido a la falta de precisión en el diagnóstico en cuanto a diferenciar claramente entre la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino verdadero establecido, por lo que primero explicaremos estos conceptos (8).

Amenaza de Parto Pretérmino: es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un periodo mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 80% o menos, y una dilatación igual o menor a 2 cm (4).

Trabajo de Parto Pretérmino: dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del

cérvix mayor al 80% y una dilatación mayor de 2 cm. También llamado parto pretérmino establecido cuando la dinámica uterina es mayor.

Parto pretérmino: Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina parto prematuro o de pretérmino al que tiene lugar entre la 20 y 37 semanas de gestación. Las 20 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500 gramos de peso (3).

En primer lugar, podemos clasificar la prematuridad según su origen:

- Pretérmino espontáneo o idiopático (50%).
- Pretérmino asociado a rotura prematura de membranas (RPM) (25%).
- Pretérmino por intervención médica o iatrogénico (25%), debido a enfermedades maternas y fetales (preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, enfermedades maternas) que aconsejan la terminación del embarazo antes de su término.

En segundo lugar, siguiendo la clasificación sugerida por Lumley (referida a la maduración fetal respecto a la edad gestacional), distinguimos varias categorías en función de importantes diferencias en la supervivencia, en las expectativas de salud a medio y largo plazo y en el consumo de recursos sanitarios:

- Prematuridad extrema (de 20 a 27 semanas de gestación) 10%.
- Prematuridad moderada (de 28 a 31 semanas de gestación) 10%.
- Prematuridad leve (de 32 a 36 semanas de gestación) 80%.

2.2.2. FACTORES DE RIESGO

El mejor predictor de parto pretérmino es el antecedente de parto pretérmino previo. Pacientes con historia de parto pretérmino en gestaciones anteriores tienen un riesgo de recurrencia estimado 2,5 veces mayor para parto pretérmino espontáneo antes de la semana 37 de edad gestacional, que la población general; RR 2,5 IC 95% (1,9-3,2). El riesgo aumenta a 10,6 veces para parto pretérmino espontáneo antes de la semana 28 en la gestación actual; RR 10,6 IC 95% (2,9-38,3) (3).

El momento en el cual ocurrió el parto pretérmino anterior también se ha asociado a un mayor riesgo de parto pretérmino en la actual gestación. Si el previo parto pretérmino ocurrió entre la semana 23 y 27 de edad gestacional el riesgo es 22,1 veces mayor para parto pretérmino antes de las 28 semanas de edad gestacional; RR 22,1 IC95% (4,6-106,9) (4).

El embarazo multifetal representa alrededor de una quinta parte de todos los nacimientos prematuros, el 50% de los nacimientos de gemelos y más del 90% de los nacimientos de trillizos son prematuros. Los principales factores de riesgo para el parto prematuro espontáneo en casos de embarazos únicos incluyen la raza negra materna, el embarazo anterior con un resultado adverso, la infección genitourinaria, el tabaquismo, los extremos de peso corporal, y la desventaja social (7).

La depresión materna, el estrés antes del embarazo, la mala alimentación, la fertilidad asistida, y la enfermedad periodontal también se asocian con el parto prematuro. Las mujeres negras

tienen un mayor riesgo de parto prematuro que las mujeres de cualquier otra raza o procedencia étnica (5).

En la siguiente lista podemos resaltar los factores de riesgo asociados con parto pretérmino:

A) FACTORES MATERNOS Y OBSTÉTRICOS

- Antecedentes de parto pretérmino en otras gestaciones.
- Edad materna menor que 19 años o mayor que 35 años.
- Historia materna de uno o más abortos.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Raza negra.
- Complicaciones maternas (médicas u obstétricas): Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Hipertensión Inducida por la gestación (Preeclampsia), Síndrome de HELLP.
- Conductas y hábitos maternos: Sin control prenatal o deficiente control prenatal, Cigarrillo, Alcohol, Farmacodependencia.
- Origen Infeccioso: Pielonefritis aguda, Colonización cervical y vaginal, Corioamnionitis, Vaginosis bacteriana, Bacteriuria asintomática, Enfermedad Periodontal.

- Ruptura Prematura de Membranas.
- Anormalidades y causas uterinas: Útero septado, Útero bicorne, Incompetencia cervical, Miomatosis (particularmente submucosos o subplacentarios).
- Anormalidades Placentarias y Funiculares: Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI), inserción marginal de cordón umbilical.
- Líquido amniótico: polihidramnios, oligohidramnios, infecciones intercurrentes.
- Fertilización Asistida.

B) FACTORES FETALES

- Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU).
- Gestación múltiple: Gemelar, Trillizos.
- Anomalías congénitas: Defectos del tubo neural (7).

2.2.3. FISIOPATOLOGÍA

A) INFECCIÓN INTRAUTERINA Y SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA FETAL.

En la corioamnionitis los gérmenes pueden colonizar el útero a través de la vía ascendente, por la vía hematógica o linfática y por las trompas uterinas. Dentro de la serie de eventos que suceden para que la infección corioamniótica inicie el trabajo de parto pretérmino está la respuesta del huésped a la infección, con producción de sustancias como la interleucina 1, el factor de necrosis tumoral, el factor activador de plaquetas y la interleucina 6, que activan la producción de prostaglandinas por la decidua y las membranas corioamnióticas. La migración de macrófagos activados por la interleucina 6 libera sustancias como enzimas proteasas, colagenasas, proteoglucanasas, que fragmentan la matriz colágena extracelular, liberando componentes específicos en las secreciones cervicovaginales como la fibronectina fetal. Este efecto sumatorio de degradación de la matriz colágena tiene el efecto potencial de reblandecer y dilatar el cuello uterino, que ya ha sido previamente estimulado por los prostanoïdes. Las bacterias secretan fosfolipasa A2 y C que fragmentan la fosfatidiletanolamina y el fosfatidilinositol en las membranas ovulares, que son ricas en ácido araquidónico; con estos fosfolípidos fragmentados se forman prostanoïdes que favorecen el inicio de las contracciones (7).

La infección genera un estado de estrés fetal que libera noradrenalina, angiotensina II y vasopresina, incrementando la liberación de corticotropina fetal. Esta corticotropina fetal estimula la producción de prostanoïdes en las células del corion, amnios y decidua; a su vez, los prostanoïdes y la oxitocina estimulan su liberación, con aumento de la acción local paracrina, que estimula el inicio del trabajo de parto.

La literatura muestra que la corioamnionitis clínica y subclínica es causa de más del 30% del total de los casos de trabajo de parto pretérmino (7).

Armer y Duff revisaron todas las amniocentesis al momento del ingreso de la paciente con amenaza de parto prematuro y observaron que el 13% presentaban corioamnionitis demostrada por cultivos positivos del líquido amniótico (5).

B) PROCESOS INFECCIOSOS LOCALES Y SISTÉMICOS

Las infecciones maternas de las vías urinarias o de la vagina se asocian a un incremento de los partos pretérmino; se ha

demostrado que como cualquier infección materna, se producen lisis de lisosomas en la placenta y decidua con liberación de fosfolipasa A2, la cual libera ácidos grasos de los fosfolípidos intracelulares, especialmente el ácido araquidónico (2).

Este ácido graso incrementa la síntesis de prostaglandina sintetasa y la producción local de prostaglandinas, con el consecuente aumento de la contractilidad uterina en el embarazo pretérmino.

Este tipo de infecciones también pueden estimular la producción de interleukinas y el factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos, los cuales desencadenan la producción de prostaglandinas por el amnios (4).

C) CAUSAS MÉDICAS QUE LLEVAN A ESTRÉS FETAL

La insuficiencia placentaria, con hipooxigenación fetal, así como las alteraciones de la placenta y las anormalidades uterinas, están asociadas al parto pretérmino, pero por un mecanismo que aún desconocemos.

Causas médicas maternas de hipooxigenación con origen en enfermedad pulmonar o cardíaca también se correlacionan con parto pretérmino por causas desconocidas (5).

D) SOBREDISTENSIÓN UTERINA

Las causas directas que sobredistienden el útero, como los embarazos múltiples o el polihidramnios, también están asociadas a parto pretérmino, probablemente porque estos sucesos facilitan la formación de los puentes de unión entre las células miométriales, indispensables para que se produzcan contracciones coordinadas del útero, el desarrollo de receptores para oxitocina en el miometrio y la maduración del cuello, desencadenando el parto pretérmino (5).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO METODOLÓGICO

- Estudio retrospectivo, transversal.
- Diseño del estudio: Casos y Controles.
- Es retrospectivo porque la información se recolectó de fuentes consignadas en historias clínicas realizadas previas al estudio.
- Transversal porque se realiza con datos obtenidos en un momento puntual.
- De casos y controles porque partiendo del efecto se estudian las posibles causas, en el cual se seleccionan dos grupos; unos los casos y los otros los controles según tengan o no la enfermedad respectivamente, posteriormente se comparan ambos grupos.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Todas las pacientes gestantes cuyos partos pretérmino fueron atendidos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período comprendido de julio a diciembre del 2016.

3.2.2. MUESTRA

Comprenderá un subgrupo de gestantes diagnosticadas de parto pretérmino que sea representativa de toda la población comprendida en el universo de estudio.

3.2.2.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El número total de partos pretérmino en el segundo semestre (Julio – Diciembre) del año 2016 en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen es 288 (21,28%).

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula transversal:

$$n = Z^2PQN/E^2(N - 1) + Z^2PQ$$

Donde “n” es el tamaño de la muestra, “Z” es una desviación normal cuyo valor (1,96) corresponde al grado de confianza establecido (95%), “P” la proporción de unidades que posee el atributo de interés (21,28% del total de la población), “Q” corresponde a $1 - P$, “E” es el error o precisión de la estimación (0,05) y “N” es el tamaño de la población. Reemplazando los datos en la fórmula obtenemos: $n = 135$.

Este procedimiento nos da como número de muestra para el grupo casos: 135. Se asignará dos controles para cada caso de parto pretérmino de manera que el número de muestra para el grupo control es 270.

3.2.2.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Estas 135 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de parto prematuro, fueron seleccionadas utilizando el muestreo aleatorio simple.

3.2.2.3. DEFINICIÓN DE CASO:

Se define caso a toda gestante cuyo parto fue diagnosticado como pretérmino que cumpla con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Gestante con diagnóstico de parto pretérmino atendida en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período julio – diciembre del año 2016.
- Gestante con edad gestacional menor a 37 semanas y mayor a 22 semanas por fecha de última regla o ecografía de primer trimestre.
- Historias clínicas que consignen datos completos y legibles.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles.
- Partos con óbito fetal.
- Cirugía abdominal realizada durante los últimos 6 meses antes del parto.

3.2.2.4. DEFINICIÓN DE CONTROL

Se define control a todo parto a término que cumpla los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Gestante con diagnóstico de parto a término atendida en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período julio – diciembre del año 2016.
- Gestante con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas y menor de 42 semanas por fecha de última regla o por ecografía de primer trimestre.
- Historias clínicas que consignen datos completos y legibles.

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos o ilegibles.
- Las muertes fetales intrauterinas.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
Parto pretérmino	Aquel que ocurre después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, independiente del peso de nacimiento.	Numérico / Dependiente	Número

VARIABLES INDEPENDIENTES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE
FACTORES MATERNOS	Edad materna	La variable edad es el tiempo transcurrido desde el nacimiento en años hasta la fecha del estudio	De Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 20 años • Entre 20 y 35 años • Mayor de 35 años
	Grado de instrucción	Grado de conocimiento, preparación o estudios realizados por la paciente en un centro de formación	Ordinal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Superior técnico y/o universitario
	Estado civil	Condición que define el estado conyugal de la paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • Casada

FACTORES OBSTÉTRICO-PERINATALES	Control prenatal	Evaluaciones que se realiza de manera sistemática para estudiar el estado de salud de la embarazada y del feto	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • No controles= 0 • Inadecuado= 1-5 • Adecuado = Mayor a 6
	Antecedente de Aborto	Aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal; edad gestacional menor de 22 semanas o peso fetal menor de 500 gramos (OMS)	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Antecedente de Partos pre término	Parto que acontece entre las 22 y 36 semanas 6 días contadas desde el primer día de la última regla en embarazo anterior	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	ITU en la gestación	Infección del tracto urinario por gérmenes patógenos durante la gestación	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Abortos previos	Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación en embarazo anterior	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Anemia Materna	Hemoglobina menor a 11gr/dl durante la gestación	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

FACTORES OBSTÉTRICO-PERINATALES	Paridad	Número de embarazos de una mujer con expulsión de un producto mayor de 22 semanas	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • 0 partos • 1-2 partos • 3 partos
	Antecedente de cesárea	Culminación de gestación por cesárea en embarazo anterior	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Fecundación asistida	Fecundación de la mujer por medios no convencionales o no naturales como inseminación artificial, fecundación in vitro	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Ruptura prematura de membranas	Pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 22 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Embarazo múltiple	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos	intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Preeclampsia	Aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 22 del embarazo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

FACTORES UTERINO-PLACENTARIOS	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	Patología que presenta la madre debido a la gestación	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • DPP • Placenta previa • Rotura uterina
	Corioamnionitis	Infección de las membranas corioamnióticas y/o líquido amniótico	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
	Alteración del líquido amniótico	Alteración en cantidad del líquido amniótico	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Oligoamnios • Polihidramnios

3.4. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICA

La técnica utilizada en este proyecto fue la revisión de historias clínicas de las pacientes cuyo parto fue pretérmino y a término y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, y completando la información en el instrumento de recolección de datos.

3.4.2. INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se elaboró un formulario según la bibliografía estudiada, a partir del cual se confeccionó una ficha de recolección de datos (Anexo N°1) que incluyó las variables objeto de estudio, dando respuestas a los objetivos planteados.

3.4.3. PROCEDIMIENTO

- a) Se solicitó permiso en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, presentando una solicitud dirigida a la Jefa de la oficina de Capacitación, Investigación y Docencia adjuntando una copia del proyecto aprobado por facultad de medicina, para facilitar la obtención de historias clínicas.

- b) Se revisó las historias clínicas y los carnets de control prenatal de pacientes cuya gestación haya sido a término y pretérmino, de las cuales se tomarán datos para el llenado de la ficha de recolección de datos.

c) Los datos fueron registrados en una base de datos informatizada para su análisis estadístico.

3.5. ANÁLISIS DE DATOS

Luego de haber revisado las respectivas historias clínicas, y obtenido los datos necesarios para las fichas de recolección mencionadas. Paso siguiente se crea una base de datos electrónica usando el Software Estadístico SPSS 23.0 (Software Statistical Package for Social Science) para Windows en Español, a partir de la cual se analizaron las diversas variables inmersas en el estudio.

Para la evaluación de los factores de riesgo se utilizó un estimador indirecto del RR que es la razón de productos cruzados o de chance (ODDS RATIO). Las pruebas se hicieron para un nivel de significancia del 95%. ($p=0.05$).

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no involucra la participación (o inclusión de muestras) de seres humanos.

El estudio no requiere consentimiento informado por ser un estudio retrospectivo. La información recopilada se manejará confidencialmente a la que tendrán acceso solamente la investigadora principal.

El análisis de la información, trabajo estadístico y publicaciones que genere esta investigación, no incluirá los nombres de las pacientes lo que permitirá se mantenga la privacidad de las mismas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 1
INCIDENCIA DEL PARTO PRETERMINO**

	Nro.	%
PARTO PRETÉRMINO	288	21,28
PARTO A TÉRMINO	1059	78,27
PARTO POSTÉRMINO	6	0,45
TOTAL	1353	100

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

En la tabla se muestra que durante el período julio-diciembre 2016 se atendieron 1353 partos en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, de los cuales 288 fueron parto pretérmino, siendo la incidencia de 21,28%.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 2
EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO**

EDAD MATERNA	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
<19	9	6,7%	8	3,0%	2,29	0,95	5,50
20 A 34	89	65,9%	180	66,7%	0,97	0,66	1,45
≥35	37	27,4%	82	30,3%	0,86	0,57	1,31
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

En la tabla observamos que la mayoría de gestantes tenían entre 20-34 años (65,9% de casos y 66,7% de controles), seguido de aquellas ≥ 35 años (27,4% de casos y 30,3% de controles) y las <19 años (6,7% de casos y 3,0% de controles). El análisis estadístico evidencia que la edad materna no incrementa significativamente el riesgo para parto pretérmino (OR con IC no significativo).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN MATERNO COMO FACTOR DE RIESGO**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
ANALFABETO	2	1,5%	0	0,0%			
PRIMARIA	2	1,5%	17	6,3%	0,27	0,08	0,93
SECUNDARIA	64	47,4%	133	49,3%	0,94	0,65	1,37
SUPERIOR	67	49,6%	120	44,4%	1,22	0,84	1,77
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

Notamos que la mayoría de gestantes tenían grado de instrucción secundaria (47,4% de casos y 49,3% de controles), instrucción superior (49,6% de casos y 44,4% de controles), seguido de instrucción primaria (1,5% de casos y 6,3% de controles) y analfabetos (1,5% de casos y 0% de controles). El análisis estadístico evidencia que el grado de instrucción no incrementa significativamente el riesgo para parto pretérmino.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 4
ESTADO CIVIL MATERNO COMO FACTOR DE RIESGO**

ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
SOLTERA	30	22,2%	30	11,1%	2,28	1,37	3,79
CONVIVIENTE	66	48,9%	141	52,2%	0,87	0,60	1,27
CASADA	39	28,9%	99	36,7%	0,71	0,47	1,06
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

En la tabla observamos que la mayoría de gestantes eran convivientes (48,9% de casos y 52,2% de controles), seguidas de las casadas (28,9% de casos y 36,7% de controles), y las solteras (22,2% de casos y 11,1% de controles). El análisis estadístico evidencia que las solteras incrementan el riesgo de parto pretérmino en más del doble (OR=2,28 con IC= 1,37-3,79).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 5
PARIDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO**

PARIDAD	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
NINGUNO	63	46,7%	70	25,9%	2,53	1,71	3,75
1-2 PARTOS	53	39,2%	166	61,5%	0,40	0,27	0,59
>2 PARTOS	19	14,1%	34	12,6%	1,14	0,66	1,98
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

En la tabla observamos que la mayoría de gestantes tenían 1-2 partos previos (39,2% de casos y 61,5% de controles), seguidas de nulíparas (46,7% de casos y 25,9% de controles), y las multíparas (14,1% de casos y 12,6% de controles). El análisis estadístico evidencia que las nulíparas incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino en más del doble (OR=2,53 con I.C.= 1,71-3,75).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 6
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS COMO FACTORES DE RIESGO**

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
ABORTO	55	40,7%	88	32,6%	1,43	0,97	2,10
CESAREA	30	22,2%	108	40,0%	0,42	0,27	0,65
PRETERMINO	30	22,2%	20	7,4%	3,41	1,97	5,91
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

El antecedente obstétrico más frecuente fue el aborto previo (40,7% de casos y 32,6% de controles), seguida de la cesárea previa (22,2% de casos y 40,0% de controles), y el parto pretérmino (22,2% de casos y 7,4% de controles). El antecedente de parto pretérmino incrementa significativamente el riesgo de un nuevo episodio de parto pretérmino en más de tres veces (OR=3,41 con I.C.= 1,97-5,91).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 7
CONTROL PRENATAL COMO FACTOR DE RIESGO**

CONTROLES PRENATALES	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
NINGUNO	5	3,7%	1	0,4%	12,42	1,48	104,03
1-5 CPN	74	54,8%	53	19,6%	5,02	3,33	7,57
≥6 CPN	56	41,5%	216	80,0%	0,18	0,12	0,26
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

La mayoría de casos tenía entre 1-5 controles prenatales (54,8%), seguido de ≥6 controles (41,5%). Mientras que en el grupo control fue más frecuente ≥6 controles (80,0%), seguido de 1-5 controles (19,6%). El análisis estadístico evidencia que las gestantes sin controles prenatales incrementaron el riesgo de parto pretérmino en más de doce veces (OR=12,4 con I.C.= 1,48-104), y que las gestantes con 1-5 controles incrementan el riesgo de parto pretérmino en más de cinco veces (OR=5,02 con I.C.= 3,33-7,57).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 8
FERTILIZACIÓN IN VITRO COMO FACTOR DE RIESGO**

FERTILIZACIÓN	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
SI	8	5,9%	4	1,5%	4,19	1,41	12,48
NO	127	94,1%	266	98,5%	0,24	0,08	0,71
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

En la tabla observamos que la mayoría fueron fertilizaciones naturales representando 94,1% de casos y 98,5% de controles. Mientras que la fertilización in vitro representa el 5,9% de los casos y 1,5% de controles. El análisis estadístico evidencia que la fertilización in vitro incrementa el riesgo de parto pretérmino en más de cuatro veces (OR=4,19 con I.C.= 1,41-12,48).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 9
EMBARAZO MÚLTIPLE COMO FACTOR DE RIESGO**

EMBARAZO MÚLTIPLE	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
SI	35	25,9%	21	7,8%	4,00	2,35	6,81
NO	100	74,1%	249	92,2%	0,25	0,15	0,43
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016

En la tabla observamos que la mayoría de embarazos fueron embarazos con producto único, representando 74,1% de casos y 92,2% de controles. Mientras que los embarazos múltiples representaron el 25,9% de los casos y 7,8% de controles. El análisis estadístico evidencia que los embarazos múltiples incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino en cuatro veces (OR=4,00 con I.C.= 2,35-6,81).

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 10
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS COMO FACTORES DE RIESGO**

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
PREECLAMPSIA	38	28,1%	24	8,9%	3,87	2,33	6,43
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	39	28,9%	26	9,6%	3,85	2,33	6,35
ANEMIA	53	39,2%	57	21,1%	2,36	1,57	3,55
ITU	21	15,6%	41	15,1%	1,05	0,63	1,75
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

En la tabla observamos que las complicaciones obstétricas fueron más frecuentes en el grupo de casos que los controles. Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron: anemia materna (39,2% de casos y

21,1% de controles), seguido de la ruptura prematura de las membranas (28,9% de casos y 9,6% de controles), preeclampsia (28,1% de casos y 8,9% de controles) y las infecciones urinarias (15,6% de casos y 15,1% de controles). El análisis evidencia que la preeclampsia (OR=3,87 con I.C.= 2,33-6,43), la ruptura prematura de membranas (OR=3,85 con I.C.= 2,33-6,35) y la anemia materna (OR=2,36 con I.C.= 1,57-3,55) incrementan el riesgo de parto pretérmino.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE
LIMA JULIO – DICIEMBRE 2016**

**TABLA 11
COMPLICACIONES ÚTERO-PLACENTARIAS COMO
FACTORES DE RIESGO**

COMPLICACIONES ÚTERO- PLACENTARIOS	CASOS		CONTROLES		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
HTT	9	6,7%	1	0,4%	23,51	3,01	183,7
OLIGOAMNIOS	30	22,2%	12	4,4%	6,08	3,22	11,46
CORIOAMNIOITIS	20	14,8%	13	4,8%	3,51	1,82	6,78
POLIHIDRAMNIOS	3	2,2%	4	1,5%	1,62	0,43	6,10
TOTAL	135	100%	270	100%			

Fuente: Historias Clínicas del Servicio de Obstetricia – HNGAI 2016.

En la tabla observamos que las complicaciones útero-placentarias fueron más frecuentes en el grupo de casos que en el grupo control. Las complicaciones útero-placentarias más frecuentes fueron: oligohidramnios

(22,2% de casos y 4,4% de controles), seguido de corioamnionitis (14,8% de casos y 4,8% de controles), hemorragia del tercer trimestre (6,7% de casos y 0,4% de controles) y polihidramnios (2,2% de casos y 1,5% de controles). El análisis evidencia que las hemorragias del tercer trimestre (OR=23,51 con I.C.= 3,01-183), oligohidramnios (OR=6,08 con I.C.= 3,22-11,46) y la corioamnioitis (OR=3,51 con I.C.= 1,82-6,78) incrementan significativamente el riesgo de parto pretérmino.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo comprendido de julio-diciembre del 2016, donde se atendieron un total de 1353 partos, de todos estos 1059 fueron a término y 288 pretérmino, representando este último grupo un 21,28% de la frecuencia total (tabla 1); esto contrasta drásticamente a lo reportado por Ahumada y Alvarado (16) en su estudio en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima donde la incidencia fue de 7,4% y Sánchez M.(17) en el Instituto Materno Perinatal con un 9%, probablemente por ser el nuestro un Hospital Nacional de referencia. En el estudio sobre “Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas” publicado el 2010 en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se resalta que las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%), en Sudamérica se reportó una incidencia de 7,9%, tomando en consideración estos datos la frecuencia de partos pretérmino en nuestra

población de estudio es mucho mayor a la encontrada para nuestra región (Sudamérica). (1)

En comparación con diversos estudios nacionales e internacionales en el que encuentran relación significativa entre la edad de la gestante y la ocurrencia del parto pretérmino; para el presente estudio entra en desacuerdo con los estudios realizados por: Sam F.(18), Cortés C.(19), Bracho M.(20), Illescas J. (21) en el que observan que la mayor relación del parto pretérmino con la edad de la gestante, son aquellas edades “extremas”, como las menores de 19 años y mayores de 35 años, encontrando una relación significativa. Es por esto que concordamos con lo observado en los estudios de Sánchez M. (17), Carpio P. (22) y Taboada R. (23), quienes encuentran que la mayor proporción de gestantes con parto pretérmino oscila entre la edad materna de 19 a 35 años. Para el presente estudio se dio que, tanto para el grupo de Casos, como para el grupo de estudio Control, que la mayor proporción de gestantes con parto pretérmino son aquellas con edad entre los 19 a 35 años (tabla 2), quienes no representan una edad de riesgo sino más bien la edad adecuada de embarazo. Sin embargo este resultado difiere en gran parte con estudios previos, probablemente por el tamaño de nuestra muestra, que estadísticamente fue adecuado, pero hubo en cierta forma

la necesidad de incrementar más la población en estudio y poder hallar aleatoriamente un mayor número de gestantes adolescentes y/o mayores de 35 años y comparar con el grupo control el riesgo de ocurrencia.

No se encontró asociación significativa entre ser una gestante con grado de instrucción de primaria/ analfabeta con parto pretérmino, con respecto a aquellas gestante que tienen grado de instrucción secundaria y/o superior. En el presente estudio concordamos por lo descrito por los autores Taboada R. (23) y Sánchez M. (17) en relación al parto pretérmino. En la tabla N° 03 se aprecia que el grupo que predomina es el de las madres con grado de instrucción secundaria y superior con el 47,6% y 49,4% respectivamente, esto puede deberse a que existe un nivel adecuado de escolaridad en las gestantes atendidas en nuestro hospital.

Con respecto al estado civil (tabla 4) de la pacientes en presentar riesgo de prematuridad en nuestro estudio se encontró asociación significativa entre tener la soltería con las gestantes de parto pretérmino, incrementando el riesgo en más del doble ($OR=2,28$). Se reporta que la soltería está relacionada con una situación social desfavorable por lo que presentaría asociación con el parto pretérmino como lo menciona

Sánchez M. (17), lo opuesto encontrado por Taboada J. (23) y quien no encuentra relación de significancia estadística.

Cuando se analiza la paridad como factor de riesgo se encontró en nuestro estudio una asociación significativa entre la condición de nuliparidad y parto pretérmino (tabla 5) con presencia en 47% de casos y 25,9% de controles. El estudio de Bracho (20) muestra que del total de sus pacientes el 32% tenían la condición de múltipara, tomando en cuenta que fue un estudio descriptivo, y que respecto a la frecuencia está desacorde con nuestro resultado que muestra una cifra menor con un 14% de partos prematuros en multigestas, para Huaroto y col.(Perú 2013) (12), predominó la nuliparidad y primiparidad. Morgan y col. (México 2010) (24), hallaron que no había asociación entre la condición de múltipara y el parto pretérmino por lo que no había diferencia significativa ($p>0.05$).

En la tabla 6 podemos apreciar la distribución numérica, porcentual y el ODSS ratio hallados para los siguientes factores de riesgo obstétricos: El antecedente de aborto (OR=1,43; IC (95%)= [0,97-2,10]), antecedente de parto pretérmino (OR=3,41; IC (95%)= [1,97-5,91]), antecedente de cesárea (OR=0,42; IC (95%)= [0,27-0,65]). Como estadísticamente, se considera factor de riesgo al que tiene OR mayor de 1 y cuyo intervalo de

confianza se ubica íntegramente por encima de la unidad, queda para nuestra población como factor de riesgo confirmado el antecedente de parto pretérmino.

El parto pretérmino previo en los antecedentes de la madre sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes como lo concluye nuestro estudio que revela que este factor incrementa significativamente el riesgo de un nuevo episodio de parto pretérmino en más de tres veces. Del mismo modo los estudios de Retureta M. (OR=5,105) (25), Carpio P. (OR: 7,03), Genes V. (OR=3,4) (26) hallan una relación estadísticamente significativa. El peligro de recurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad oscila entre 17 y 40% y parece depender de la cantidad de partos pretérmino previos (27).

En nuestro estudio no se identificó asociación significativa entre el antecedente de aborto y cesárea con el parto pretérmino. Al respecto Sam M., encontró que el antecedente de aborto no es factor de riesgo para el parto pretérmino, debido a que no existió diferencia significativa, lo que concuerda con nuestro resultado. Los cuales no comparten con la base teórica donde se afirma que el antecedente de aborto constituye un factor de riesgo de parto pretérmino.

El embarazo sin control constituye motivo de preocupación de salud pública por los efectos adversos que puede tener tanto en la gestante como en el producto de la gestación. Se observa que en el grupo de los casos el grupo de gestantes con parto pretérmino sin control sumado con las gestantes que tuvieron un control prenatal inadecuado fue de 58,6%, con OR= 12,42 y 5,02 respectivamente (tabla 7), mostrando de esta manera la relación estadística significativa y la concordancia con todos los estudios dados por; Pérez M. (11), Carpio P., Taboada R., Ahumada B., Sánchez M. y después están las madres con control completo con 41,5%. En el grupo de control se observa distribución diferente donde el mayor porcentaje 80,2% corresponde a las gestantes que tuvieron un control prenatal adecuado luego siguen, las gestantes de control inadecuado y sin control prenatal con 19,5% y 0,3% respectivamente. En este trabajo de investigación el patrón para considerar adecuado al CPN fue solo cuantitativo pues bastó que la gestante tuviera 6 consultas. Se encontró que aquellas madres que presentan controles prenatales menor de 6 tienen 5 a 12 veces más el riesgo de tener un parto pretérmino que aquellas que presentan 6 a más controles prenatales; la falta de vigilancia del embarazo es un problema de salud que afecta a toda la población.

En nuestro estudio la fertilización asistida se presenta en el 6,1% de los casos y 1,5% de los controles y el análisis estadístico evidencia que la fertilización in vitro incrementa el riesgo de parto pretérmino en más de cuatro veces (tabla 8); estos resultados concuerdan con el estudio de Pérez M. (28) en el que se seleccionaron 240 pacientes, de las cuales 140 pertenecen a la cohorte de riesgo (gestante con feto único concebido tras FIV-ICSI) y las otras 140 corresponden a la cohorte control (gestante con feto único concebido de forma espontánea), concluyeron que las gestaciones únicas obtenidas tras técnicas de reproducción asistida tienen mayor riesgo de parto prematuro e inducción de parto. Cabe mencionar que contrariamente Andrés O. (29) en su estudio de gestaciones gemelares obtenidas mediante técnicas de reproducción asistida comparada con las gestaciones gemelares espontáneas no halla diferencia en la incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales entre estas dos poblaciones.

Si bien tenemos que muchas literaturas definen a este factor como uno de los predictores estadísticamente significativos para la presencia de parto pretérmino, para nuestro estudio no fue la excepción, de igual manera lo describen los estudios hechos por Taboada R., Cornejo G. y Ahumada B. quienes encuentran similares resultados. En cuanto al resultado que

observamos descrito en la tabla 9, con OR=4,00 con I.C.= 2,35-6,81, es indicativo de factor protector a favor de todas aquellas gestantes que no presentaron embarazo múltiple.

En la tabla 10 de complicaciones obstétricas el análisis evidencia que la preeclampsia (OR=3,87 con I.C.= 2,33-6,43), la ruptura prematura de membranas (OR=3,85 con I.C.= 2,33-6,35) y la anemia materna (OR=2,36 con I.C.= 1,57-3,55) incrementan el riesgo de parto pretérmino. La literatura también los describen como factores de riesgo más predictivo sobre el parto pretérmino, y no fue la excepción en nuestro estudio. De tal forma que concordamos con todos los estudios descritos como referencia (12). Por lo tanto observamos la constante presencia de este factor, que continúa siendo un desafío para quienes a diario se enfrentan con esta entidad.

El oligohidramnios (OR=6,08 con I.C.= 3,22-11,46), corioamnionitis (OR=3,51 con I.C.= 1,82-6,78) y hemorragias del tercer trimestre (OR=23,51 con I.C.= 3,01-183) se asociaron estadísticamente a parto prematuro. Estos resultados coinciden con lo reportado por Samartino A. (10) y Guillén G. (30) quienes lo reportan como importantes factores asociados a parto prematuro.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La incidencia de parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante julio-diciembre del 2016 fue de 21,28%.

SEGUNDA

El factor de riesgo sociodemográfico que se asocia significativamente al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período julio – diciembre del año 2016 es el estado civil soltera (OR=2,28).

TERCERA

Los factores de riesgo obstétrico-perinatales que se asociaron al desarrollo de parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período julio – diciembre del año 2016 son: madre nulípara (OR=2,5), antecedente de parto pretérmino (OR=3,4), ningún control prenatal (OR=12,4), tener 1-5 controles prenatales (OR=5,0),

fertilización in vitro (OR=4,2), embarazo múltiple (OR=4,0), preeclampsia (OR=3,87), ruptura prematura de membranas (OR=3,85), anemia durante el embarazo (OR=2,36)

CUARTA

Los factores de riesgo útero-placentarios más frecuentemente asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el período julio – diciembre del año 2016 son: hemorragia del tercer trimestre (OR=23,5), oligohidramnios (OR=6,08) y corioamnionitis (OR=3,51)

RECOMENDACIONES

- Completar el número de controles prenatales adecuados ya que estos van a permitir la identificación oportuna de factores de riesgo de parto prematuro y así poder tomar decisiones y actuar precozmente sobre las entidades que se puedan presentar durante el embarazo y parto.
- Mejorar el diagnóstico precoz de la preeclampsia utilizando exámenes pronósticos como doppler de arterias uterinas o marcadores séricos, y apoyando con medicamentos para prevención de la misma (ácido acetilsalicílico, suplemento de calcio).
- Plantear estrategias de seguimiento para un adecuado tratamiento de la anemia a todas las gestantes que presentan esta entidad, ya que es un factor de riesgo modificable.
- Mejorar la vigilancia de la presencia de infección ya que se encontraron evidencias de causalidad entre infección y parto pretérmino.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization; March of Dimes; The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; Save the Children. Born too soon: The global action report on preterm birth. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf?ua=1 [Citado: 10 Mar 2017].
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Vera Garcia C, Rohde S, Say L, Lawn JE.. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012; 379 (9832):2162-2172.
3. Jay D. Iams, Prevention of Preterm Parturition. *The New England Journal of Medicine*. 370; 3 January 16, 2014.
4. Laterra C, Sucasaca S, Di Marco I, Valenti E. Guía de práctica clínica: Amenaza de parto pretérmino. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2015; 13(4): 518-21.
5. Avila VJ, Talavera SM, Carrasco GM. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Disponible en:

http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf

[Citado: 15 Mar 2017].

6. MINSA. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 [Citado el 1 de abril del 2017]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
7. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a edición. México: McGraw Hill: 2011.
8. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Rio MJ, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. Méd. Chile (Santiago).2012; ene 140(1): 19 – 29.
9. Osorno L, Rupay GE, Rodríguez J, Lavadores AI, Dávila J, Echevarría M. Factores maternos relacionados con prematuridad. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(9):526-536.
10. Samartino, A. Parto prematuro: Factores y Marcadores de riesgo. Hospital sub Zonal a Isola. Puerto Madryn Chubut. Argentina. 2011.
11. Pérez-Molina J y col. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet Mex 2011;79(10):607-612.
12. Huaroto K., Paucca M. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital

público de Ica, Perú. [Rev méd panacea. 2013; 3(2): 27-31]. - Internet [Citado en el 2014]. Disponible en <http://www.unica.edu.pe/rev.med.panacea/index.php/med/article/view/61>.

13. C.Paira. Factores de Riesgo Maternos Asociados al Parto Pretérmino en el Hospital Regional del Cusco, Julio-Diciembre 2011. [Tesis de Bachiller de Medicina] Cusco, Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2012.
14. F.Parra. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012. [Tesis de Bachiller de Medicina] Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2013.
15. S. Aguilar. Factores de Riesgo Maternos para Recién Nacidos de Bajo peso en Essalud, en el Servicio de Neonatología, Cusco, Perú 2010. [Tesis de Bachiller de Medicina].Cusco, Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2011.
16. Ahumada B, Alvarado G. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016; 24:e2750.
17. Sánchez M. Características maternas presentes en el parto prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis de Bachiller de Medicina] Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2014.

18. Sam F, Zatta C. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. [Tesis de Bachiller de Medicina] Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015.
19. Cortes C, Rizo B, Aguilar C, Gil G. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area. Nutr Hosp. 2013; 28(5): 1536-40.
20. Bracho M. César. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes embarazadas. [Maracaibo. 2012 Febrero] - [Internet]. (Citado 214). Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/29/TDE-2012-07-12T10:00:35Z-3273/Publico/bracho_machado_cesar_enrique.pdf.
21. Illescas JA. Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54: 11 – 14.
22. Carpio P. Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto prematuro en el Hospital Regional de Lambayeque. [Tesis de Bachiller de Medicina] Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
23. Taboada R. Factores de riesgos asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias de Loreto. [Tesis de Bachiller

- de Medicina] Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
24. Morgan F, Cinco A. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. [Ginecol Obstet Mex 2010; 78(2):103-109 Febrero 2010] - Internet [citado en 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2010/gom102e.pdf>
 25. Retureta M, Rojas A. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes de Municipio Ciego de Ávila. Medisur. 2015; 13(4): 518-22.
 26. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev Nac Itaugua. 2012; 4(2):8-14.
 27. Cornejo G, García C, Huerta A, Cortes R, Castro H, Hernández P. Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel. Rev Esp Méd Quir. 2014; 19(3): 308-15.
 28. Pérez M. Resultados obstétricos y perinatales asociados a fecundación in vitro – inyección intracitoplasmática de espermatozoides. [Tesis Doctoral] España: Universidad de Oviedo; 2015.
 29. Andrés Ó. Evolución obstétrica y perinatal de las gestaciones gemelares obtenidas mediante técnicas de reproducción asistida

comparadas con gestaciones gemelares espontáneas. [Tesis Doctoral] España: Universidad de Zaragoza; 2010.

30. Guillén G. Factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. [Tesis de Bachiller de Medicina] Perú: Universidad San Martín de Porres 2015.

ANEXOS

NEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICO-PERINATALES Y UTERO-PLACENTARIOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DURANTE EL PERÍODO JULIO – DICIEMBRE DEL AÑO 2016”

N° FICHA:

1. HISTORIA CLÍNICA:

2. EDAD GESTACIONAL:

_____ Semanas

3. EDAD MATERNA:

- ≤ 19 ()
- Entre 19 y 35 ()
- ≥ 35 ()

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Analfabeto ()
- Primaria()
- Secundaria()
- Superior técnico y/o universitaria()

5. ESTADO CIVIL:

- Casada()
- Soltera()
- Conviviente()

6. ANTECEDENTES DE ABORTO:

- SI()
- NO()

7. PARIDAD:

- Ninguno ()
- 1-2 partos ()
- 3 partos ()

8. CESÁREA ANTERIOR

- SI ()
- NO()

9. ANTECEDENTES DE PARTO PRETÉRMINO

- SI ()
- NO()

10. CONTROL PRENATAL:

- Ninguno ()
- 1-5 controles ()
- ≥ 6 controles ()

11. ITU EN LA GESTACIÓN:

- SI()
- NO()

12. ANEMIA MATERNA:

- Sí()
- NO()

13. FERTILIZACIÓN ASISTIDA:

- SI ()
- NO()

14. EMBARAZO MÚLTIPLE :

- SI()
- NO()

15. TIPO DE PARTO:

- Eutócico()
- Distócico()

16. HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO :

- SI()
- NO()

17. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS :

- SI()
- NO()

18. PREECLAMPSIA:

- SÍ()
- NO()

19. CORIOAMNIONITIS:

- SÍ()
- NO()

20. ALTERACIÓN DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO:

- NO()
- OLIGOHIDRAMNIOS()
- POLIHIDRAMNIOS ()