

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON PARTO PRETERMINO EN GESTANTES - SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL III ESSALUD JOSÉ CAYETANO HEREDIA – PIURA – DURANTE EL II SEMESTRE DEL 2017.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

NOMBRES Y APELLIDOS: RAFAEL CORRALES TORRES

ASESOR: FREDY MUNARES CHACALTANA

PIURA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A mis padres, Juan y Rosa, en especial a mi querida madre que son fuente de apoyo moral e incondicional, ejemplo, dedicación, perseverancia, esfuerzo, amor, paciencia y que han sabido guiarme por los caminos de la honradez, respeto por los demás. Gracias por los valores, principios y coraje que me han ayudado a cumplir mis metas trazadas y ser el orgullo de ellos, los quiero mucho.

A mis hermanos y a mi familia en sí, que son fuente de mi inspiración y quienes han estado conmigo en los momentos más difíciles de mi carrera. Gracias por comprender mi ausencia en aquellos momentos gratos y compartir en familia. A mi querido hermano Juan quien es el motor de la familia y por tener siempre en claro que la unión hace la fuerza. A Gina por estar siempre a mi lado y cuidar de mi, gracias a todos por ser el impulso para cumplir mis objetivos trazados.

AGRADECIMIENTO

A Dios, pues es el quien me ha dado fortaleza, sabiduría y salud en el amanecer, despertar de cada día para afrontar, solucionar cualquier dificultad presentada a lo largo de mi vida y de mi carrera.

A mis padres, hermanos y a mi familia en sí, mi ejemplo y razón de mi existencia, gracias por formar parte de mi crecimiento personal y profesional.

A mis asesores, por su orientación, asesoría, dedicación y preocupación, gracias por contribuir a culminar satisfactoriamente la elaboración de mi tesis.

A la Dra. Kelly Velásquez Torres Jefe del Servicio de Patología del Hospital José Cayetano Heredia por su apoyo incondicional y comprensión a los cambios de turno inesperados. Gracias por ser una gran persona y profesional, a todos mis compañeros de labores por la confianza depositada en mí y en especial a la Sra. Aurora Asmad.

A aquellas personas que tuvieron un rol importante en el desarrollo de la tesis, así mismo agradezco a los trabajadores del archivo del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional José Cayetano Heredia en especial a la Srta. Yvi Fan, la Sra. Elena Falla y al Sr, Elmer Córdova por haberme facilitado el acceso a las historias clínicas para la recolección de datos.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores socio demográficos y obstétricos asociados a parto pre término en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia - Piura, durante el II Semestre del 2017.

Finalidad: Conocer los factores socio demográficos y obstétricos asociados a parto pre término en gestantes hospitalizadas, contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores ayudando en la atención de la gestante en riesgo de parto pre término y de colaborar con el diseño de estrategias para reducción de la morbimortalidad neonatal.

Material y métodos: Se llevó a cabo Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de fuente de información secundaria, de corte transversal.

La población de estudio estuvo constituida por 194 pacientes con parto pre término hospitalizadas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el II semestre del 2017.

Resultados: Se estudió una muestra de 194 gestantes. El 42.3% de ellas tiene entre 30 y 39 años de edad. La más joven tiene 13 años y la mayor 45 años.

La procedencia mayoritaria es urbano marginales, en el 84.5%; se encontró que el 44.3% tienen educación superior universitaria, Los resultados también indican que el 59.9% de las gestantes tienen un estado conyugal conviviente. Los factores de riesgo obstétricos que más se presenta en las gestantes hospitalizadas, es la amenaza de parto pre término, según se observa en el 74.7%; luego se presenta la preeclampsia en el 33%, la anemia en el 21.6%, infección del tracto urinario 14.4% y la ruptura prematura de membrada en el 11.9%.

Conclusión: Las características sociodemográficas que predominan en las gestantes pre término son la edad, de procedencia urbano marginal, con nivel de estudios superior universitaria, estado civil convivientes. Con respecto a los factores de riesgo obstétricos que presentaron las gestantes de parto pre término son amenaza de parto pre término la presencia de pre eclampsia, anemia, infección del tracto urinario y RPM.

INDICE

I. GENERALIDADES

1. Título del proyecto
2. Equipo investigador
 - 2.1. Autor (es)
 - 2.2. Asesor (a)
3. Tipo de investigación
 - 3.1. De acuerdo a la orientación
 - 3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación
4. Área de investigación
5. Unidad académica
6. Institución o localidad donde se desarrolla el proyecto
7. Duración total del proyecto

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

Resumen ejecutivo del proyecto de tesis

1. Introducción
2. Enunciado del problema
3. Objetivos
4. Hipótesis
5. Material y métodos
 - 5.1. Diseño de estudio
 - 5.2. Población, muestra y muestreo
 - 5.3. Definición operacional de variables
 - 5.4. Procedimiento y técnicas
 - 5.5. Plan de análisis de datos
 - 5.6. Aspectos éticos
6. Presupuesto
7. Cronograma

8. Limitaciones

9. Resultados

10. Discusión y análisis

11. Conclusiones

12. Recomendaciones

13. Referencias bibliográficas

14. Anexos

I. Generalidades:

1. Título del estudio: Factores Sociodemográficos y Obstétricos Relacionados con Parto Pre término en Gestantes - Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura – Durante el II Semestre del 2017

2. Equipo Investigador:

2.1 Autor: Rafael Corrales Torres

2.2 Asesor: Freddy Munares Chacaltana. Gineco - Obstetra. Docente UPAO Piura.

3. Tipo de investigación:

3.1. De acuerdo a la orientación o finalidad: Básica

3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación: Observacional

4. Área o línea de investigación: Mortalidad Materna e Infantil

5. Unidad académica: Escuela de Medicina Humana

6. Institución o localidad donde se desarrollará el proyecto: Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia

7. Duración total del proyecto: 06 meses

8. Fecha probable de inicio y terminación:

a) Fecha de Inicio: Julio 2017

b) Fecha de término: Diciembre 2017

II.- PLAN DE INVESTIGACIÓN

1. Introducción

Según la OMS en el 2016 se registraron 15 millones de partos prematuros; lo que representa 11.12% de todos los nacimientos a nivel mundial más de uno en 10 nacimientos. De los 65 países que contienen datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado una elevación en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años lo cual está relacionado a múltiples factores⁽¹⁾. En los EE. UU., Más de 500,000 bebés nacen prematuros cada año, representando el 12.5% de todos los nacimientos, y esta incidencia va en aumento⁽²⁾. En el Reino Unido en 2014, el porcentaje de nacimientos antes de las 37 semanas de gestación varió del 6,4% al 9,9% de los nacidos vivos, según la etnia⁽³⁾. En la última década, ha habido un aumento de más del 50% en los nacimientos prematuros de mujeres europeas de bajo riesgo con edades comprendidas entre los 20 y los 40 años⁽⁴⁾. Una mayor proporción de partos prematuros ocurre en mujeres de etnia negra, y esto puede estar relacionado, en parte, con la desventaja social. Sin embargo, las diferencias en los polimorfismos genéticos pueden explicar algunas de las diferencias étnicas observadas⁽⁵⁾.

En América Latina 35,000 niños y niñas mueren por año debido a complicaciones del nacimiento prematuro refiriendo que Brasil encabeza la lista de países con la mayor cantidad de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro, seguido por México, Colombia, Argentina, Venezuela, Perú, Guatemala, Bolivia y Ecuador. En algunos países de América Latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de

cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Chile con 27.1 %; Argentina, 26.0 %; Venezuela, 24.6 %; Colombia, 23.1 %; Brasil, 21.9 %; Nicaragua, 20.6 %; Ecuador 19.7%, Perú 19.6 % México 18.5 %; Bolivia, 15.3 % y Guatemala 12.6 %.⁽⁶⁾

En el Perú el Parto pretérmino se presenta en el 5 - 10% de embarazos. Y que sólo el 20% de las gestantes con diagnóstico de trabajo de parto pre término concluyen en un parto pre término además manifiestan que es causa del 75 - 80% de mortalidad del recién nacido y del 50% de los daños neurológicos⁽⁷⁾.

Los Partos Pre término, en todas las regiones nacen en su mayoría con 32 a más semanas de gestación. Las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos⁽⁷⁾. Esto está relacionado a diversos factores como la edad ya que en zonas del Perú es frecuente el embarazo en adolescentes lo cual es predisponente de parto pre término por las condiciones de la gestante, control prenatal inadecuado o patologías asociadas al embarazo que no pueden ser controladas por diversos motivos entre ellos el acceso a un centro de salud poniendo en riesgo el bienestar materno y fetal lo cual puede provocar la culminación del embarazo antes de las 37 semanas.

Se denomina parto pretérmino al que tiene lugar de ocurrencia entre las 22 a 37 semanas de gestación, causadas por un conjunto de condiciones clínicas

ocurridas en la actualidad o en embarazos anteriores⁽⁸⁾. Otra definición del parto de pretérmino según el criterio establecido por la O.M.S. y por la F.I.G.O. "Es considerado como pretérmino todo nacimiento ocurrido entre las 22 y 37 semanas de amenorrea cumplidas"⁽⁹⁾. Se subdivide en extremadamente prematuros <28 semanas (5,2% de todos los <37 semanas; IC 95%: 5,1%-5,3%), muy prematuros 28-31 semanas (10,4% de todos los <37 semanas; IC 95%: 10,3%-10,5%) y moderadamente prematuros 32-36 semanas (84,3% de todos los <37 semanas; IC 95%: 84,1%-84,5%), entre estos moderadamente prematuros, se ha clasificado a un subgrupo denominado, "prematuros tardíos" (34-36 semanas). Nosotros en este estudio tomaremos la definición de, parto pretermino que ocurre entre las 22 a 37 semanas contactadas a partir de la última regla⁽¹⁰⁾. La prematuridad ha sido una patología a la cual el obstetra y pediatra se han enfrentado durante años, ha sido poco el terreno ganado, inclusive en los países desarrollados es la primera causa de muerte perinatal. Son grandes los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia⁽¹¹⁾.

La etiopatogenia permanece desconocida, se ha avanzado en algunos aspectos, han referido problemas de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales, y condiciones idiopáticas. Clínicamente se asocian a edad materna extrema, carencias socioeconómicas, antecedentes de hipertensión, antecedente de prematuros, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, hábitos tabáquicos y drogas, desnutrición, enfermedades maternas hipertensivas y pre-eclampsia, infecciones maternas, multigestación,

fertilización asistida, intervencionismo, etc⁽¹²⁾. Recientemente, el papel del feto en la iniciación del parto se ha reconocido, de una manera simplista se plantea que el feto al reconocer que su medio ambiente se ha hecho hostil precipita el parto⁽¹³⁾.

El parto pre término tiene una etiología multifactorial y ahora se lo considera un síndrome. Sus factores causales se pueden clasificar generalmente en maternos o fetales.

El parto pre término espontáneo a menudo se asocia con infección e inflamación, particularmente en gestaciones tempranas. Una vez que ocurre la infección intrauterina (IU), puede que no sea conveniente prolongar el embarazo, ya que la infección puede causar daño neurológico al feto. Las IU, incluida la bacteriuria asintomática, tienen una fuerte asociación con el nacimiento prematuro, y el tratamiento produce una reducción significativa en la incidencia de pielonefritis y bajo peso al nacer⁽¹⁴⁾. La flora vaginal anormal, particularmente la vaginosis bacteriana que se encuentra al principio del embarazo, se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo⁽¹⁵⁾. Sin embargo, el tratamiento antimicrobiano no tiene un impacto significativo en la probabilidad de parto prematuro⁽¹⁶⁾. Además, la detección de la vaginosis bacteriana no se recomienda actualmente ya que no se ha demostrado que las intervenciones mejoren el resultado⁽¹⁷⁾. Las infecciones sistémicas, como la malaria o la listeria, también pueden causar trabajo de parto prematuro.

Los riesgos de parto pre termino son mayores en mujeres que tuvieron un parto prematuro previo⁽¹⁸⁾. Una entrega pre término anterior aumenta el

riesgo 4 veces, aumentando a 6.5 veces con dos partos prematuros previos. La edad gestacional en el momento del parto también afecta el riesgo; cuanto antes la entrega, mayor es el riesgo de recurrencia⁽¹⁸⁾.

Varios factores asociados con la desventaja social y con el estilo de vida se han relacionado con el parto prematuro espontáneo, que incluye nutrición deficiente, tabaquismo, estado civil soltero, consumo de café y abuso de alcohol y drogas recreativas^(19, 20, 21). El mecanismo y la causalidad son difíciles de dilucidar, ya que muchos de estos factores están comúnmente asociados. Existe cierta evidencia de que los programas para dejar de fumar pueden reducir las tasas de nacimientos prematuros, pero abordar otros factores sociales no ha demostrado ser efectivo⁽²²⁾.

La violencia doméstica está asociada con el trabajo de parto prematuro, y esta asociación prevalece en todos los grupos sociales.⁽²³⁾

El trauma cervical, como la dilatación iatrogena del cuello uterino o el tratamiento previo para la neoplasia intraepitelial cervical (NIC), aumenta el riesgo⁽²³⁾. La conización con láser, la diatermia radical y las escisiones de asa grandes pueden estar asociadas con un mayor riesgo de eventos adversos, incluida la mortalidad perinatal⁽²⁴⁾. La preparación cervical o técnicas menos invasivas (p. Ej., Evitar biopsias de conos) podrían reducir los riesgos futuros⁽²⁵⁾.

Las mujeres con antecedentes de aborto inducido también tienen un mayor riesgo de parto y parto prematuros, en particular para partos antes de las 28 semanas de gestación⁽²⁶⁾. La longitud del cuello uterino es normal cuando es superior a 25 mm antes de las 28 semanas de gestación, superior a 20 mm

antes de las 32 semanas y superior a 15 mm más allá de las 32 semanas de embarazo. Una longitud cervical corta (<2 cm) y una prueba de fibronectina fetal positiva colocan a una mujer en mayor riesgo de parto prematuro.

Estas pruebas tienen un mayor valor predictivo si se realizan en combinación⁽²⁷⁾

PARTO < 7 DÍAS	Sensibilidad %	Especificidad %	VPP %	VPN %	LH+	AUC
CERVIX < 25mm	75	75,3	30	95,5	3,0	0,751
FIBRONECTINA +	58,3	69,4	21,2	92,2	1,9	0,639
CERVIX <25mm y FIBRONECTINA +	50	92,9	50	92,9	7,04	0,715

El bajo peso materno se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro. Las tasas más altas de parto prematuro espontáneo se asocian con un IMC bajo. Sin embargo, las causas iatrogénicas de partos prematuros aumentan con la obesidad, posiblemente debido al estrés oxidativo asociado, particularmente como resultado de la pre eclampsia⁽²⁵⁾.

La ruptura prematura de membranas ovulares pre término (PPROM, por sus siglas en inglés): en más de un tercio de las mujeres prematuras, la ruptura ocurrirá antes del inicio de las contracciones sintomáticas⁽²⁸⁾. Esto se asocia con un mayor riesgo de infección materna y fetal (como causa y como consecuencia de la PPRM). La combinación del licor se puede ver en el examen con espéculo.

La caries dental, la dentición deficiente y la enfermedad periodontal pueden estar asociadas con un mayor riesgo de parto prematuro⁽²⁹⁾. Sin embargo, el

tratamiento no influye en el resultado⁽³⁰⁾. Los embarazos múltiples (múltiples fetales) están también asociados con el trabajo de parto prematuro debido al estiramiento uterino. Limitar el número de transferencias de embriones para evitar embarazos múltiples de orden superior podría contribuir sustancialmente a reducir la tasa de nacimientos prematuros precoces⁽³¹⁾.

Las anomalías fetales y el polihidramnios también pueden dar lugar a un nacimiento prematuro espontáneo. Las indicaciones fetales comunes para el trabajo de parto prematuro incluyen restricción del crecimiento fetal, estrés fetal y anomalías congénitas. Las anomalías fetales se asocian con el 30% de los partos prematuros (incluido el parto prematuro iatrogénico)⁽³¹⁾.

Para **Liceaga (México, 2014)** en el trabajo de investigación: Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pre término. Concluyeron que la prevalencia de infección de vías urinarias en el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, es mayor que la nacional y que su coexistencia incrementa el riesgo de complicaciones materno-fetales ⁽³²⁾. Según **Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez MG, Ruiz-Rodríguez MA, Villarreal-Ríos E. (Chile, 2012)** en su trabajo Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pre término en adolescentes. Concluyeron: Las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pre término en adolescentes⁽³³⁾. **Genes V B (Paraguay, 2012)** Factores de riesgo asociados al parto pre término, Concluye: los factores de riesgo que se asociaron significativamente al parto pre término fueron la longitud cervical acortada

durante el segundo trimestre, el antecedente de parto pre término previo, el embarazo múltiple y la preeclampsia⁽⁵⁰⁾. **Para Torrejano M, Calderón L, Quimbayo A. (Colombia, 2012)** Factores asociados a la infección de las vías urinarias. Concluyen que: La oportunidad de presentar IVU en el embarazo, es mayor en las mujeres de bajo nivel educativo, multíparas, con inicio tardío de controles prenatales (después de las 12 semanas de gestación) y quienes no planificaban antes de su gestación aunque esta evidencia no es estadísticamente significativa ⁽³⁴⁾. **Para, Morales R, Vega AJ.** En su artículo Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino (España, 2005). Concluyeron que con excepción del síndrome de preeclampsia-eclampsia, la incidencia de parto pre término, así como sus factores asociados fueron similares a los encontrados en la literatura⁽³⁵⁾. **Para, Carnero Cabrera YX. (Lima)** En su trabajo Factores de riesgo del parto pre término en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero–junio del 2015. **(Perú, 2016)** Concluyeron que el antecedente de parto pre término, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pre término⁽³⁶⁾. **Según Villamonte W, Lam N, Ojeda E.** En su trabajo Factores de riesgo del parto pre término. Instituto Materno Perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. **(Perú, 2015)** Concluyeron que la presencia de hemorragia del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo y embarazo gemelar se relacionaron con el nacimiento de un pre término⁽⁸⁾. **Para, Guadalupe** en su artículo Factores de riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de

Gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015, **(Perú, 2015)**, concluye que los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que representan para presentar parto pre término son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario ⁽³⁷⁾. Para, Huaroto, et al. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, **(Perú, 2015)**. Concluyeron que ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y gemelaridad, representaron ser factores de riesgo maternos ⁽³⁸⁾. Para **Sam Fernandez MD, Zatta Condor J E** en su artículo Factores de riesgo del parto pre término en gestantes adolescentes en el hospital regional docente Las Mercedes de Chiclayo, **(Perú, 2015)** concluyen que los factores de riesgo asociados a parto pre término de las gestantes, fueron tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de multípara y anemia moderada, ITU⁽³⁹⁾. Según, **Saldaña García JL**. Infección del tracto urinario asociado a parto pre término en el Hospital Belén de **Trujillo. (Perú, 2014)** Concluye que la infección del tracto urinario es un factor de riesgo asociado a parto pre término⁽⁴⁰⁾. Para **Sánchez Gonzales C**. Valor Predictivo del Urocultivo en el diagnóstico de las complicaciones obstétricas y neonatales, en gestantes adolescentes y añosas atendidas en el INMP, durante el 2011, **(Perú , 2011)**, concluyeron que las pacientes con urocultivo patológico, especialmente en el segundo trimestre; presentaron con mayor probabilidad

ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pre término, recién nacido pequeño para edad gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, depresión neonatal y parto pre término. Asimismo, la presencia de un urocultivo normal, se considera factor protector para las complicaciones antes mencionadas⁽⁴¹⁾. Para **Benites J** en su tesis de grado Factores de riesgo de parto pretérmino extremo en el Hospital Cayetano Heredia de Piura período Enero 2012 – Diciembre 2014. (**Piura, 2015**), concluyendo que los principales factores de riesgo de parto pre término extremo son: La ITU, Vaginosis bacteriana, la incompetencia cervical, la ruptura prematura de membrana, la preeclampsia/eclampsia, y el antecedente de parto pre término. ⁽⁴²⁾.

La importancia de esta investigación radica en la gran problemática que representa el parto pre término para la Salud Pública. Se debe tener en cuenta que el parto pre término es responsable del 75 % de la mortalidad neonatal y los que sobreviven en su mayoría presentan múltiples secuelas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y en la edad adulta, pues con frecuencia ocurren discapacidades neurológicas dando como resultado limitaciones físicas, lo cual influye negativamente en su adaptación social y en la salud del recién nacido prematuro^(8, 43, 44, 45, 46).

Por lo tanto, al conocer diversos factores de riesgos asociados a parto pre término, y determinar cuáles son los más frecuentes se puede trabajar en ellos para prevenir o disminuir las frecuencias de estos y como y así evitar o disminuir la prematuridad en el recién nacido. Es pertinente porque siendo una prioridad regional y nacional la disminución de mortalidad materna

infantil, contribuirá a ello. Es viable porque cuento con los medios económicos, la tecnología , asesoramiento y conocimientos para realizarlo.

2. Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores socio demográficos y obstétricos asociados a parto pre término en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia - Piura, durante el II semestre del 2017?

3. Objetivos

Objetivos General

- Determinar los factores socio demográficos y obstétricos asociados a parto pre término en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia - Piura, durante el II semestre del 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar y caracterizar los factores sociodemográficos asociados a parto pre término en gestantes hospitalizadas .
- Identificar y caracterizar los factores de riesgo obstétricos asociados a parto pre término en gestantes hospitalizadas

4. Hipótesis El presente estudio por tener un diseño descriptivo no corresponde contrastar hipótesis

5. Material y Métodos

5.1. Diseño de estudio: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de fuente de información secundaria, de corte transversal

5.2. Población, muestra y muestreo

Población:

La población de este proyecto de investigación está conformada por todas las gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante el segundo semestre del 2017. Que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Gestantes con edad gestacional $>$ a 22 semanas y $<$ de 37 semanas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia – Piura durante el año 2017.
- Parto pre término culminado por canal vaginal o cesárea que fueron atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III José Cayetano Heredia – Piura durante el año 2017.
- Historias clínicas de gestantes con parto pre termino con información completa.

Criterios de Exclusión

- Partos producto de un accidente.
- Partos con edad gestacional $<$ 20 semanas y $>$ o = 37 semanas.
- Historias Clínicas ilegibles, no completas o no ubicables durante el estudio.

Unidad de Análisis:

Historia clínica de pacientes con diagnóstico de parto pre termino.

Unidad de Muestreo:

Pacientes gestantes con diagnóstico de parto pre término.

Marco Muestral:

Conjunto de Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto pre termino.

Tamaño Muestral:

El tamaño de la muestra se determinará con un nivel de confianza de 95%; un margen de error de 5% y una proporción “p” de 14% ⁴³

Tamaño muestral para % de frecuencia en una población (muestras aleatorias)		
Tamaño de la población	225	Si es grande, déjela en un millón
Frecuencia (p) anticipada %	14	Escriba entre 0 y 99.99. Si no lo conoce, utilice 50%
Límites de confianza como +/- porcentaje de 100	5	Precisión absoluta %
Efecto de diseño (para estudios con muestras complejas—EDFF)	1.0	1.0 para muestras aleatorias

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):225
 frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 14%+/-5
 Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d): 5%
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	102
80%	59
90%	83
97%	114
99%	133
99.9%	158
99.99%	173

Ecuación

$$\text{Tamaño de la muestra } n = \frac{EDFF \cdot Np(1-p)}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p))]}$$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor
 Imprimir desde el navegador con ctrl-P
 o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

Con el software estadístico open epi, para un nivel de confianza de 95% se necesita como mínimo un total de 102 unidades de estudio. Se logró recolectar 194 unidades de estudio, que son las que se incorporaron al análisis.

MUESTREO.- Se realizó un muestreo aleatorio simple, obtenido de la hoja de cálculo de excel, a partir del marco muestral constituido por el número de historias clínicas que habían cumplido los criterios de selección establecidos, ordenadas en forma ascendente.

5.3. Definición Operacional de las variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
VARIABLE DEPENDIENTE Parto pre termino	Parto pre termino aquel que ocurre entre las 22 a 37 semanas contactadas a partir de la última regla ⁽¹⁰⁾ .	Partos pre termino descritos en la Historia clínica perinatal de las gestantes del HJCH durante el periodo de estudio	Parto pre termino	Si () No ()	Ficha de recolección de datos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores de riesgo obstétricos	Factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Para el presente estudio se consideran factores de riesgo: a situaciones obstétricos comorbilidades que podrían estar asociadas al parto pre termino	Control pre Natal Paridad Embarazo múltiple Pre eclampsia Diabetes gestacional	Sin control 1 CPN 2CPN 3CPN 4CPN 5CPN 6CPN + de 6CPN 1 () 2 () 3 () +de 3 () Si () No () Si () No () Si () No ()	Ficha de recolección de datos

			Infección Urinaria	Si () No ()	
			Amenaza de parto pre termino	Si () No ()	
			Desprendimiento prematuro de placenta	Si () No ()	
			Rotura prematura de membranas	Si () No ()	
			Anemia	Si () No ()	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
VARIABLE INTERVINIENTE Factores Sociodemograficos	Es el conjunto de características, biológicas y socioculturales de un grupo poblacional	Factores sociales y demográficos en los pacientes con parto pre termino	Edad	<de 14 años 15 a 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 45 años	Ficha de recolección de daos
			Procedencia	Urbano Marginal Rural	
			Nivel de educación	Ninguno Primaria Secundaria Superior	
			Estado civil	Casada Soltera Conviviente Otros	

5.4. Procedimientos y Técnicas

- 1.** La investigación se llevó a cabo entre los meses de julio del 2017 a febrero del 2018 en el Hospital Regional III Essalud Cayetano Heredia de Piura.
- 2.** Se solicitó la autorización respectiva al director del Hospital José Cayetano Heredia para la ejecución del proyecto de investigación (Anexo N° 01)
- 3.** Se solicitaron al archivo las historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto pre termino
- 4.** Se recogieron los datos necesarios y se consignaron en la ficha de recolección de datos elaborada para tal fin (Anexo N° 02)
- 5.** Se elaboró en Excel una base de datos para consignar la data recogida de las historias clínicas.
- 6.** Luego de culminada la alimentación de datos a la hoja de cálculo de Excel, se realizó un control de calidad a los mismos. Una vez revisada la calidad de la data, se exportó al software estadístico SSPS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 19 donde se realizó el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas.
- 7.** Se realizaron análisis descriptivo de variables cualitativas y cuantitativas. Se calculó la moda y frecuencias para variables cualitativas. Se calculó la media, varianza, desviación estándar, para variables cuantitativas.
- 8.** Se realizaron tablas cruzadas para explorar asociación estadísticamente significativa entre factores de riesgo. el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas.
- 9.** Se elaboraron las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.
- 10.** Se redactó el Informe final.

5.5. Plan de análisis de datos

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel de la siguiente manera: Se vaciaron los datos, en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos fueron revisados y corregidos y posteriormente procesados en una base de datos a partir de donde se obtuvieron tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procedió al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen y gráficos comparativos.

- Para variables cualitativas se calculó frecuencias absolutas y relativas, moda.
- Para variables cuantitativas se calculó media, mediana, moda, desviación estándar.
- Para buscar asociación de variables cuantitativas se empleó la prueba de correlación de Pearson.
- Para buscar asociación entre variables cualitativas dicotómicas se empleó chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher.
- con las variables que mostraron correlación de Pearson o estuvieron cercanas a una asociación estadísticamente significativa, se buscó una combinación de ellas que predijera la ocurrencia de parto pre término.
- Para ello se usó ANOVA y regresión lineal. Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 23.0.

5.6 Aspectos Éticos

En el estudio se ha tomado en cuenta los aspectos Éticos tanto de los pacientes seleccionados como de la información obtenida. El principio de beneficencia de nuestra investigación está expresado en la importancia de aportar al conocimiento acerca de esta patología que es un problema de salud pública. Como se colectaron los datos de documentos de la atención de salud recibida y no directamente del paciente no hay que buscar su consentimiento informado, aunque si se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos protegiendo la identidad de las fuentes tanto de personas como de las instituciones.

6. Presupuesto

El costo total del proyecto de investigación fue de 3024.00 nuevos soles, el mismo que es autofinanciado.

7. Cronograma

N°	ETAPAS	TIEMPO								
		2017					2018			
		J	A	S	O	N	D	E	F	M
1	Elaboración del proyecto	X								
2	Presentación del Proyecto		X							
3	Revisión Bibliográfica		X							
4	Reajuste y validación de instrumentos			X						
5	Trabajo de campo y captación de información				X					
6	Procesamiento de datos				X					
7	Análisis e interpretación de datos					X				
8	Elaboración del informe						X			
9	Presentación del informe							X	X	
10	Sustentación									X

8. Limitaciones

Las limitaciones que se presentaron se centraron principalmente en el mal registro de las historias clínicas.

El tiempo es otro factor limitante pues impidió desarrollar un diseño metodológico que permitiera buscar asociaciones más sólidas en este estudio.

9. RESULTADOS

Objetivo Nro. 1: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociado a parto pre término.

Tabla 1. Edad de las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Edad	N°	%
<de 14 años	1	.5%
15 a 19 años	15	7.7%
20 a 29 años	79	40.7%
30 a 39 años	82	42.3%
40 a 45 años	17	8.8%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

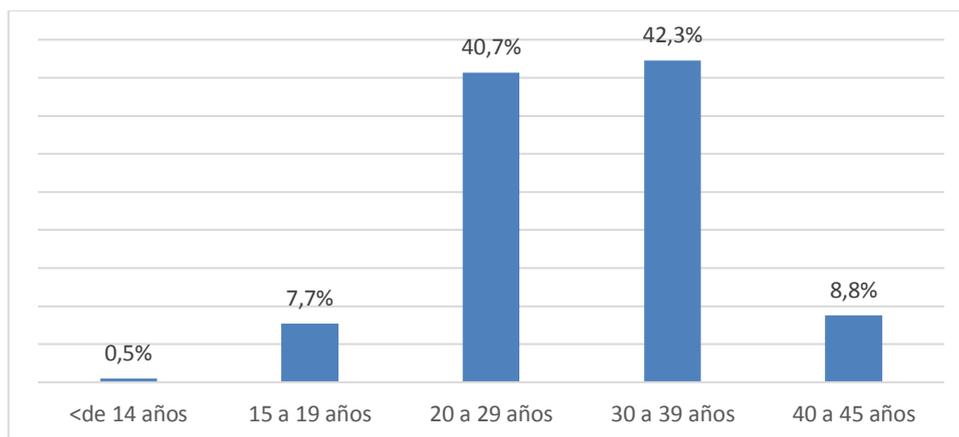


Figura 1. Edad de las gestantes pre término

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

El estudio revela que las gestantes pre término hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III EsSalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017, mayormente tienen entre 20 y 39 años de edad que representa el 83%; con el 40.7% tienen de 20 a 29 años y el 42.3% tienen de 30 a 39 años. Sólo el 8.8% tienen de 40 a 45 años, mientras que el 7.7% tiene de 15 a 19 años y el 0.5% tiene menos de 14 años.

Tabla 2. Procedencia de las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Procedencia	Nº	%
Urbana	15	7.7%
Urbano-Marginal	164	84.5%
Rural	15	7.7%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

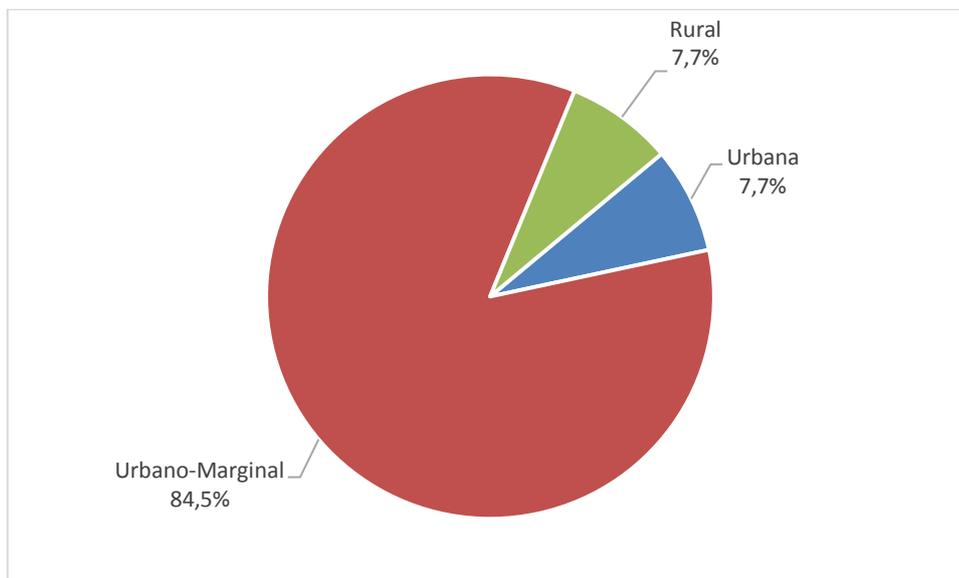


Figura 2. Procedencia de las gestantes pre término.

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

Las gestantes investigadas mayormente proceden de zonas urbano marginales, según se evidencia en el 84.5%; en tanto que el 7.7% provienen de zonas urbanas o de zonas rurales.

Tabla 3. Nivel de estudios de las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Nivel de estudios	Nº	%
Primaria	36	18.6%
Secundaria	71	36.6%
Superior técnica	1	0.5%
Superior universitaria	86	44.3%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

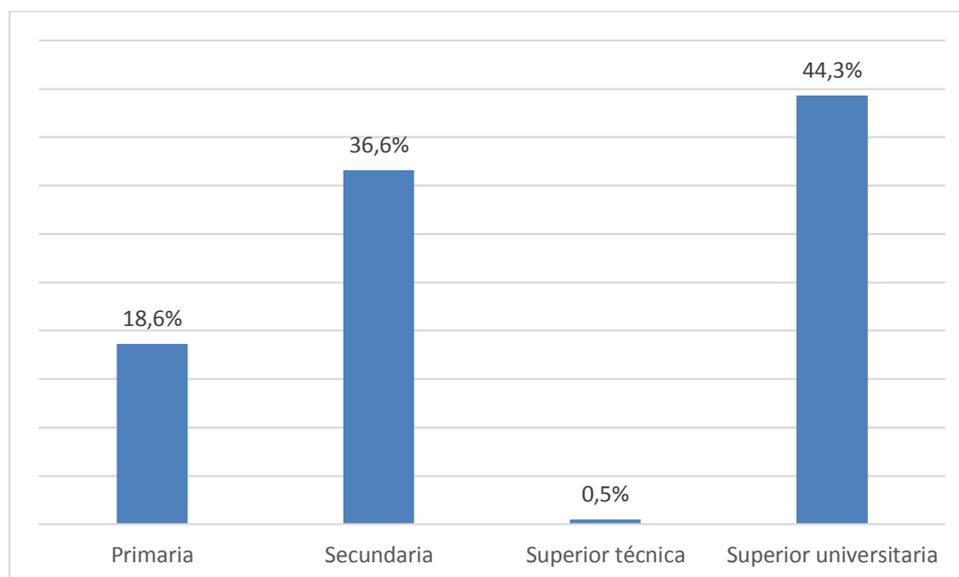


Figura 3. Nivel de estudios de las gestantes pre término

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

En relación al nivel de estudios, se encontró que el 44.3% tienen educación superior universitaria y sólo el 0.5% tiene educación superior técnica; otro 36.6% tienen solo educación secundaria, mientras que el resto, 18.6%, tienen primaria.

Tabla Nro. 4 Estado conyugal de las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017.

Estado conyugal	Nº	%
Soltera	5	2.6%
Casada	73	37.6%
Conviviente	116	59.9%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

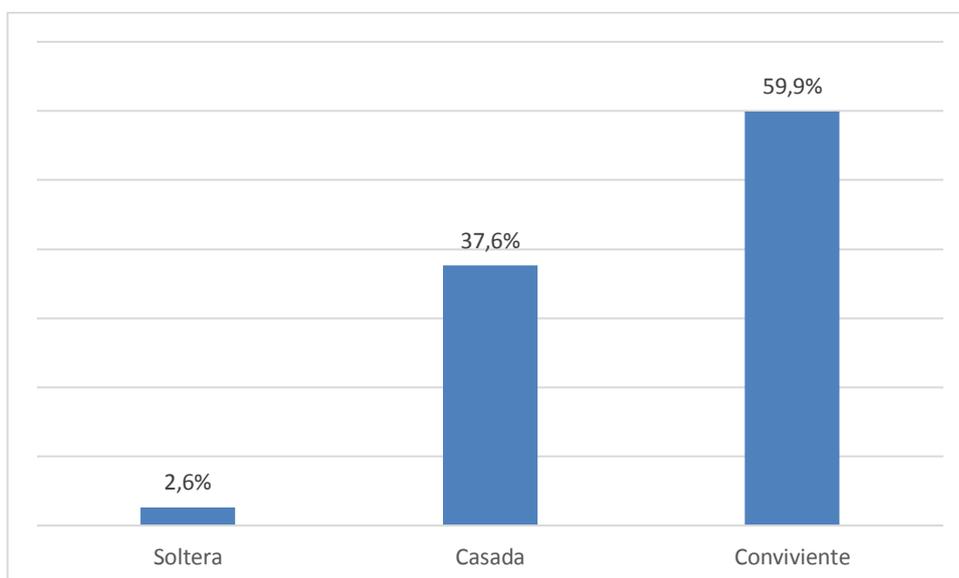


Figura 4. Estado conyugal de las gestantes pre término

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

Los resultados también indican que el 59.9% de las gestantes tienen un estado conyugal conviviente, mientras que el 37.6% son casadas; el resto, 2.6% son solteras.

Objetivo Nro. 2: Determinar los factores obstétricos asociado a parto pre término.

Tabla Nro5 Número de controles prenatales de las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017.

Controles	Nº	%
Uno	9	4.6%
Dos	13	6.7%
Tres	21	10.8%
Cuatro	20	10.3%
Cinco	20	10.3%
Seis controles a más	111	57.2%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

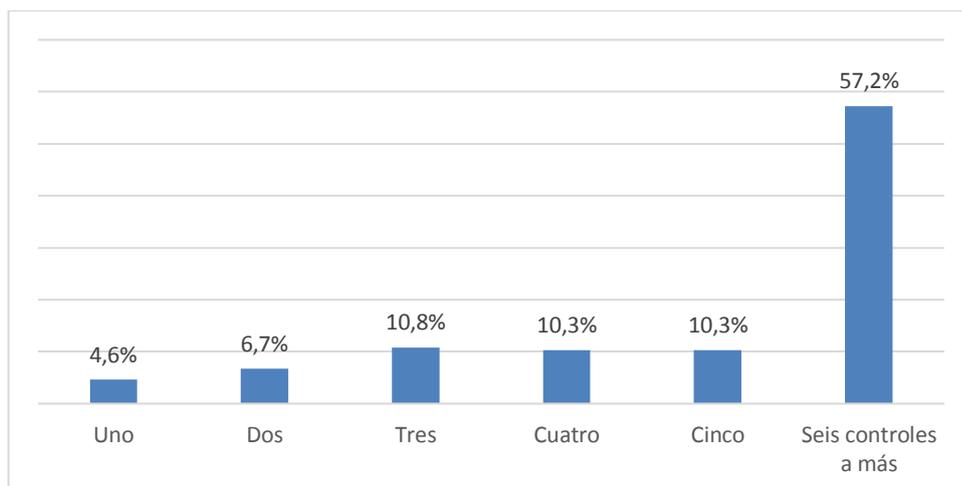


Figura 5. Controles prenatales de las gestantes pre término

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

En cuanto al número de controles prenatales, la mayoría, 57.2% tienen de seis controles a más, a diferencia del resto que presenta un número menor de controles; así, el 4.6% tiene un control, el 6.7% dos controles, el 10.8% tres controles, el 10.3% cuatro controles y el 10.3% cinco controles.

Tabla N° 6.- Número de gestaciones en las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Número de gestaciones	N°	%
Una	48	24.7%
Dos	54	27.8%
Tres	36	18.6%
Más de tres	56	28.9%
Total	194i	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

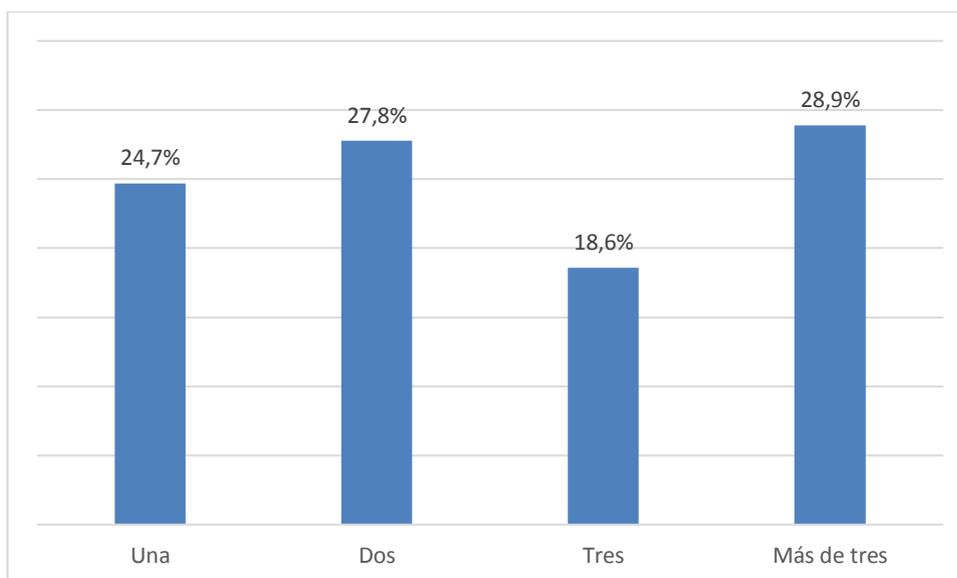


Figura 6. Número de gestaciones de las gestantes pre término.

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al número de gestaciones, el estudio deja en evidencia que el 28.9% tienen más de tres gestaciones, el 18.6% tienen tres, el 27.8% tienen dos y el 24.7% tiene una gestación.

Tabla N° 7.- Embarazo múltiple en las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Embarazo múltiple	N°	%
Si	15	7.7%
No	179	92.3%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

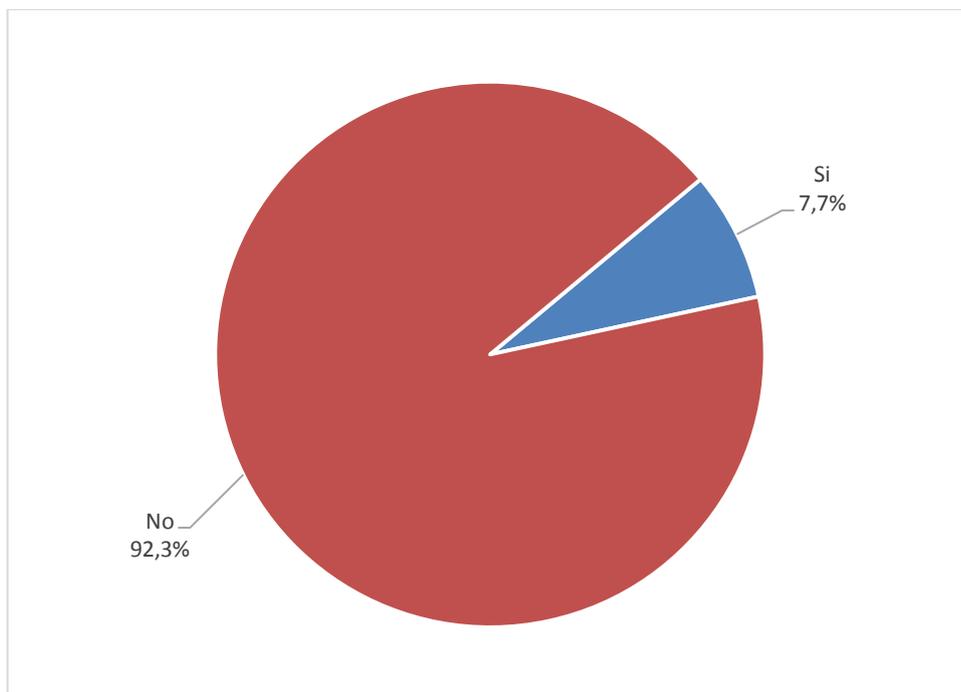


Figura 7. Embarazo múltiple en las gestantes pre término

Fuente: Elaboración propia

Los resultados también dejan en claro que sólo el 7.7% de las gestantes pre término, presentó embarazo múltiple.

Tabla N° 8.- Preeclampsia de las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Preeclampsia	N°	%
Si	64	33.0%
No	130	67.0%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

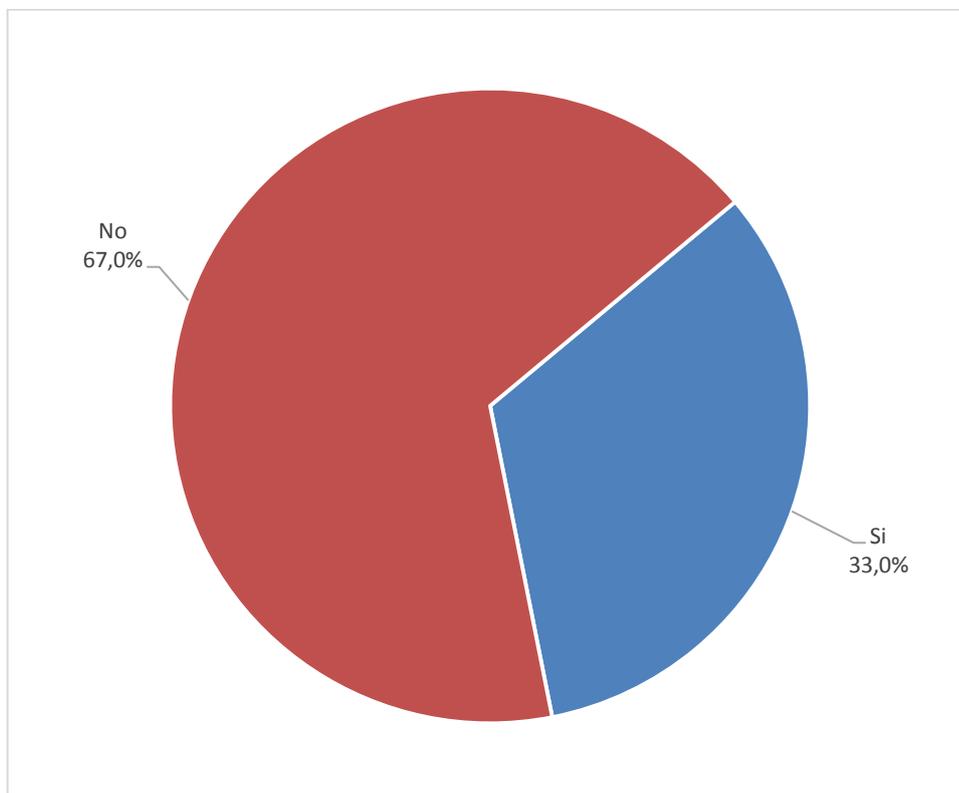


Figura 8. Preeclampsia en las gestantes pre término.

Fuente: Elaboración propia

El estudio también deja en claro que la preeclampsia se presentó en el 33% de las gestantes pre término.

Tabla N° 9.- Diabetes gestacional en las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Diabetes gestacional	N°	%
si	9	4.6%
No	185	95.4%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

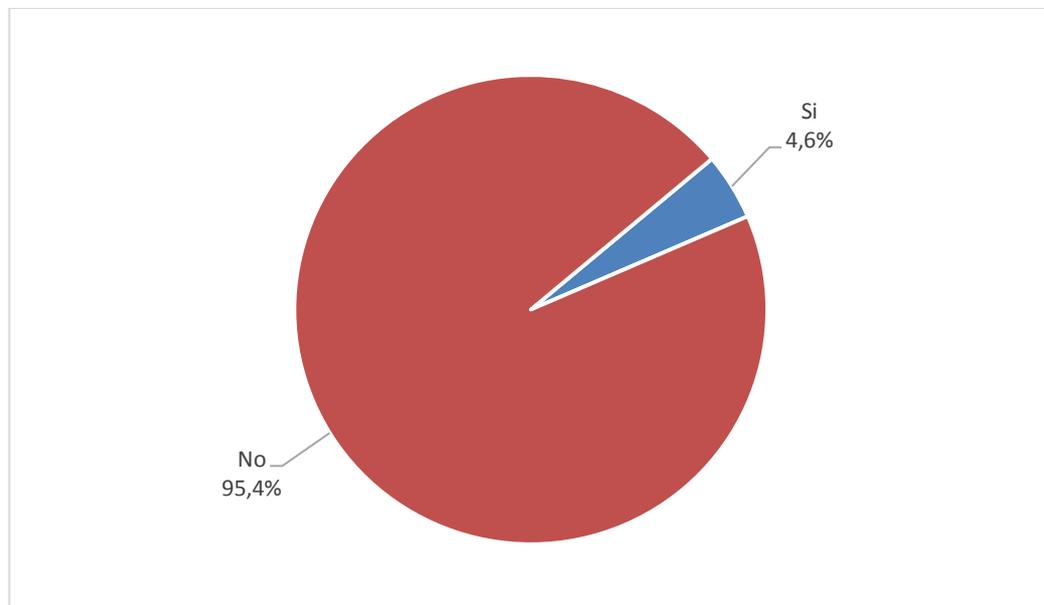


Figura 9. Diabetes gestacional en las gestantes pre término

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la tabla anterior dan cuenta que la diabetes gestacional se manifestó en el 4.6% de las gestantes investigadas.

Tabla N° 10.- Infección de tracto urinario en las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Infección de tracto urinario	N°	%
Si	28	14.4%
No	166	85.6%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

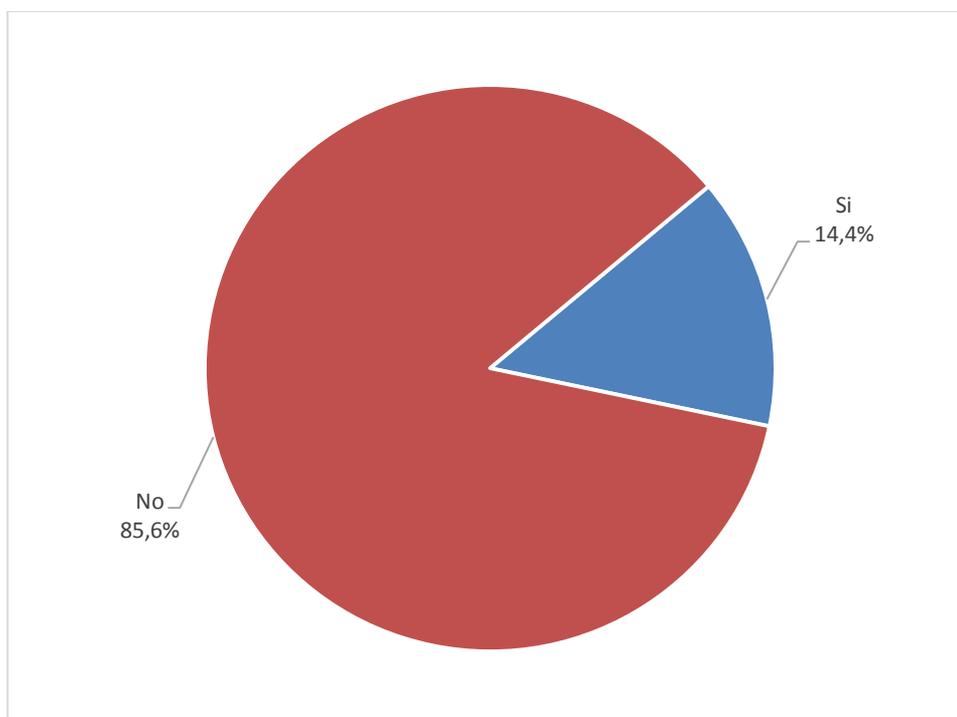


Figura 10. Infección de tracto urinario en las gestantes pre término

Fuente: Elaboración propia

Los hallazgos indican asimismo que el 14.4% de las gestantes pre termino presentaron infección de tracto urinario.

Tabla N° 11.- Amenaza de parto pre termino de las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Amenaza de parto pre termino	N°	%
Si	145	74.7%
No	49	25.3%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

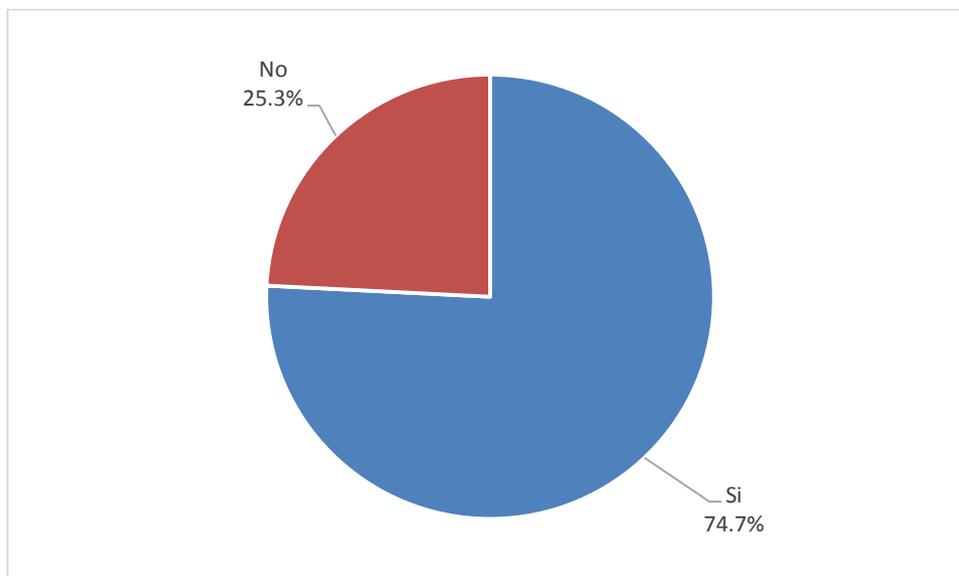


Figura 11. Amenaza de parto pre termino en las gestantes pre término

Fuente: Elaboración propia

Los hallazgos indican que la amenaza de parto pre termino, se hizo evidente en el 74.7% de las gestantes pre termino.

TABLA12 Desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Desprendimiento prematuro de placenta	Nº	%
Si	2	1.0%
No	192	99.0%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

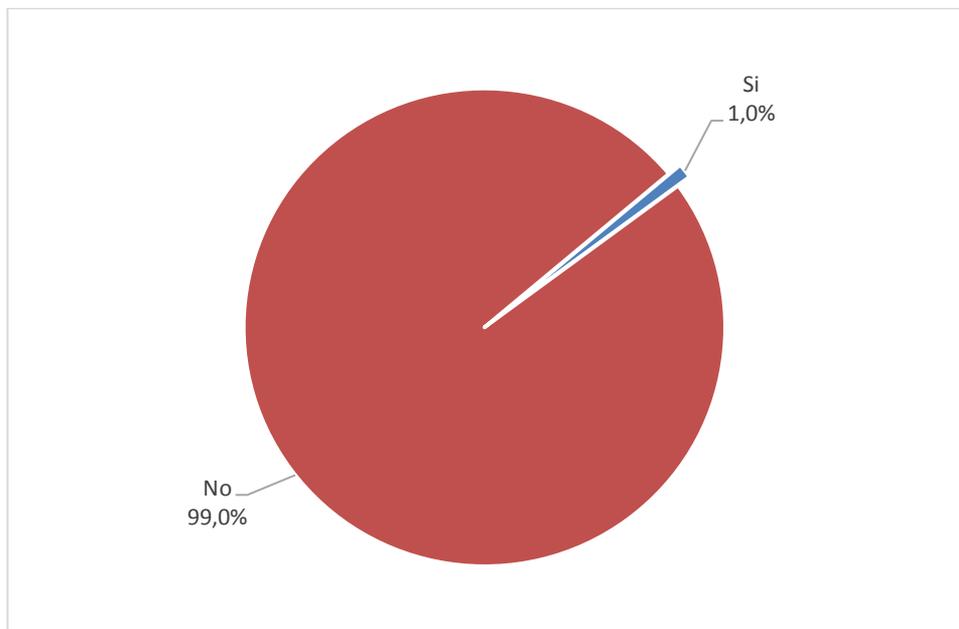


Figura 12. Desprendimiento prematuro de membrana en las gestantes pre término

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados ponen en evidencia que el desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes pre término sólo se manifestó en dos gestantes pre término (1%).

Tabla 13 Ruptura prematura de membranas en las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Ruptura prematura de membranas	N°	%
Si	23	11.9%
No	171	88.1%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

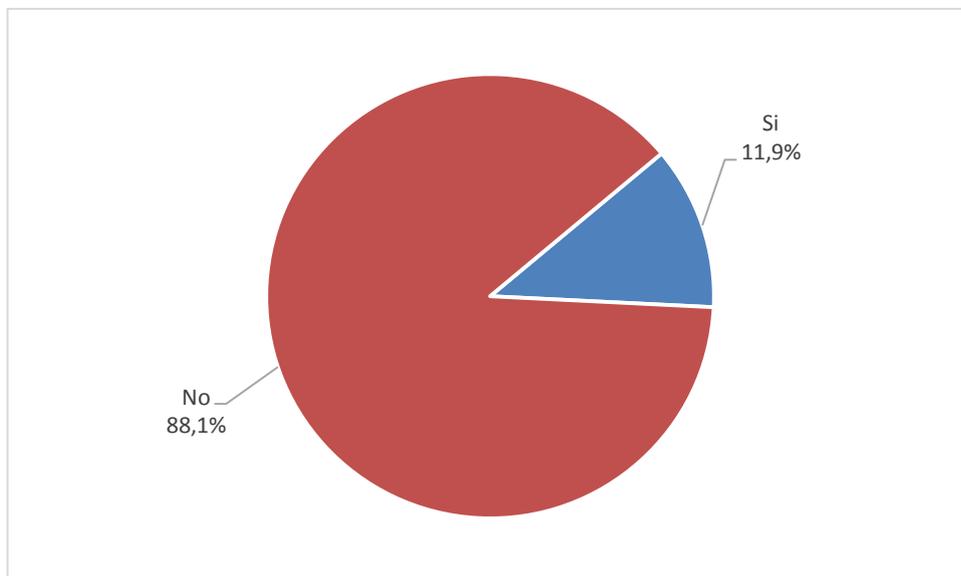


Figura 13. Ruptura prematura de membrana en las gestantes pre término

Fuente: Elaboración propia.

El estudio indican asimismo que la ruptura prematura de membrana se manifestó en el 11.9% de las gestantes pre termino.

Tabla 14. Presencia de anemia en las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Anemia	N°	%
Si	42	21.6%
No	152	78.4%
Total	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

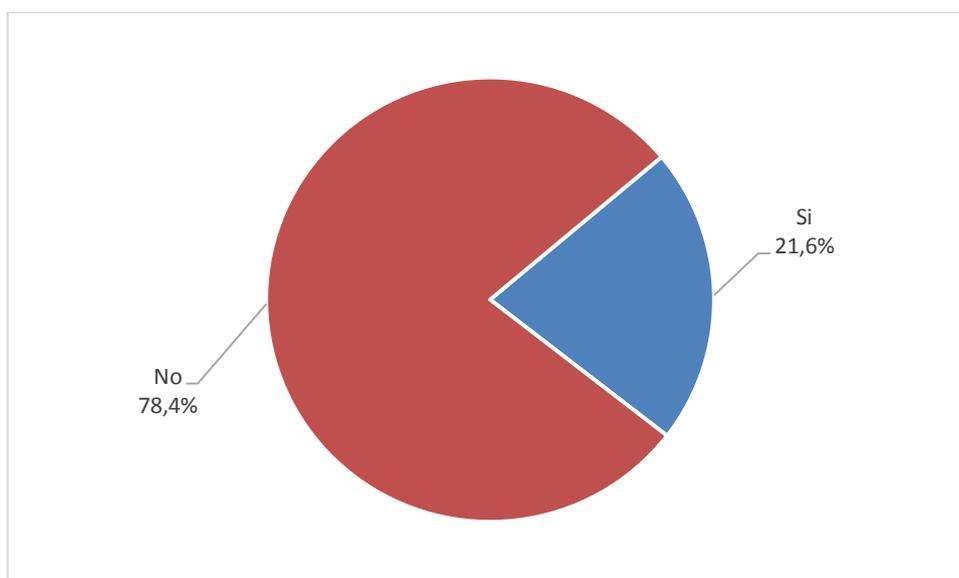


Figura 14. Presencia de anemia en las gestantes pre término

Fuente: Elaboración propia.

La investigación da cuenta además que el 21.6% de las gestantes pre termino fueron afectadas por anemia.

Tabla 15. Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en las gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia – Piura, durante II semestre del 2017

Factores	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amenaza de parto pre termino	145	74.7%	49	25.3%	194	100.0%
Preeclampsia	64	33.0%	130	67.0%	194	100.0%
Anemia	42	21.6%	152	78.4%	194	100.0%
Infección de tracto urinario	28	14.4%	166	85.6%	194	100.0%
Ruptura prematura de smembranas	23	11.9%	171	88.1%	194	100.0%
Embrazo múltiple	15	7.7%	179	92.3%	194	100.0%
Diabetes gestacional	9	4.6%	185	95.4%	194	100.0%
DPP	2	1.0%	192	99%	194	100.0%

Fuente: Cuestionario aplicado a las gestantes

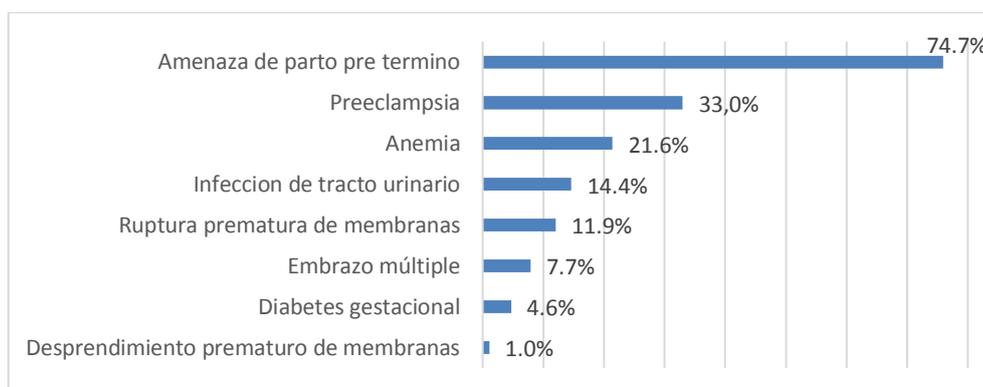


Figura 15. Frecuencia de los hallazgos en las gestantes pre término

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que el factor de riesgo que más se presenta en las gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia es la amenaza de parto pretermino, según se observa en el 74.7%; luego se presenta la preeclampsia en el 33%, la anemia en el 21.6%, infección del tracto urinario 14.4% y la ruptura prematura de membrada en el 11.9%. Los factores menos frecuentes son el embarazo múltiple, la diabetes gestacional y el desprendimiento prematuro de placenta, que sólo se manifiesta en el 7.7%, 4.6% y 1.0%, respectivamente.

10. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Las características sociodemográficas (edad) de las pacientes estudiadas, los resultados indican que las gestantes de parto pre término, mayormente tienen entre 30 a 39 años, datos que asemejan con Sorbye, donde refiere que las tasas de nacimientos pre términos en los Estados Unidos son más altas en las mujeres mayores de 35 años ⁽⁴⁶⁾.

Además concuerda con Guadalupe donde refiere que la edad de la gestante en la que con mayor frecuencia se presenta el parto pre término es de 35-50 años, que representan 66.5% ⁽³⁷⁾,. Según Carnero refiere que el grupo etario más prevalente en mujeres con parto pre término fue de 15 a 35 años, representando un 89.3% ⁽³⁸⁾.

Las gestantes investigadas en nuestro estudio mayormente proceden de zonas urbano marginales, según se evidencia en el 84.5%; en tanto que el 7.7% provienen de zonas rurales, que dista con Huaroto donde refiere que predominaron las gestantes de áreas rurales con 53.1% ⁽³⁸⁾.

En relación al grado de instrucción en nuestro estudio se determinó que el 44.3% tiene educación superior universitaria y el 36.6% tiene solo educación secundaria y según Huaroto, el grado de instrucción más prevalente de las gestantes con parto pre término fue el nivel secundario con un 65.5%, datos que no asemejan a nuestro estudio ⁽³⁸⁾. Asimismo Villamonte refiere que el grado de instrucción más prevalente fue el nivel secundario en un 72.7 %⁽⁸⁾. Según Ugalde Valencia señala que el grado de instrucción secundaria fue más prevalente con un 66.7%⁽³³⁾

Los resultados de nuestro estudio también indican que el 59.9% de las gestantes tienen un estado civil conviviente, mientras que el 37.6% son casadas, datos que

son semejantes a lo descrito por Guadalupe refiere que el 53.5% de mujeres con parto pre término eran convivientes, pero difieren en los resultados de Huaroto, que precisa que el estado civil de las gestantes con parto pre término mayormente eran casadas en un 81.3 %; y Villamonte refiere que el 59.3% de gestantes con parto pre término estaban casadas,⁽⁸⁾.

En cuanto al número de controles prenatales, la mayoría tuvo seis controles a más representando un 57.2%, a diferencia del resto que presenta un número menor de controles, datos que se asemejan con Huaroto, donde refiere que el 68.2%, presentó un adecuado control prenatal ⁽⁴⁸⁾. Para Sam Fernández el número de controles prenatales, refiere que el 43.6% tuvo un adecuado control prenatal ⁽³⁶⁾, datos que difieren con Genes (Paraguay 2012) en un estudio, donde señala que el 54.9% presentó controles prenatales inadecuados ⁽⁵⁰⁾. Asimilándose con Guadalupe refiriendo que el 76% de gestantes con parto pre término presentaron un control inadecuado. Por lo tanto un número mayor de contactos entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, disminuyendo las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud.

Con respecto al número de gestaciones, el estudio deja en evidencia que el 28.9% tienen más de tres gestaciones, Guadalupe refiere que de todas las gestantes con parto pre término la mayoría fue multigesta con un 54%.

Los resultados también dejan en claro que sólo el 7.7% de las gestantes pre termino, presentó embarazo múltiple, datos que coinciden con Rodríguez que el 6% representa embarazo múltiple en mujeres con parto pre término ⁽⁴⁹⁾, pero que

difieren de Huaroto, que el 16.1% de su población de estudio tuvieron embarazo múltiple. Según Reyes concluye que solo el 2.6% fue embarazo múltiple ⁽⁴⁸⁾. Villamonte encontró 6.6 % de embarazo múltiple.

Ugalde Valencia reporta que las infecciones vías urinarias tienen una incidencia de 54.3% en mujeres con parto pre término ⁽³³⁾. Para Carnero refiere que el 58 % de mujeres con parto pre término presentó infecciones urinarias ⁽³⁶⁾, datos que difieren con nuestro estudio donde señalan que el 14.4% de las gestantes con parto pre término presentó infección de tracto urinario. Pero que se asemejan con el estudio de Sam Fernández, donde refiere que el 18.3% presentó infecciones del tracto urinario. Según Guillén refiere que las infecciones urinarias se presentaron en un 28% en las gestantes con parto pre término ⁽⁴⁷⁾. Además difiere con Benites con 65% ⁽⁴¹⁾.

En nuestro estudio la preeclampsia se presentó en un 33%, Según Sam refiere que la preeclampsia se encontró con un 28% ⁽³⁹⁾. Según Guadalupe encontró 16.5% y según Benites (Piura), la preeclampsia tuvo una prevalencia de 40.9% en las gestantes con parto pre término ⁽⁴¹⁾. Villamonte refiere en su estudio 11.5% de preeclampsia.

En nuestro estudio la ruptura prematura de membranas representó un 11.9%, datos que dista ampliamente con Benítez que refiere que las gestantes con parto pre término presentaron RPM en un 60% ⁽⁴¹⁾. Guadalupe refiere que 29.5% presentó RPM. Sam refiere que la RPM se presentó en 32.3% en las gestantes con parto pre término. Villamonte encontró un 22.4% de RPM ⁽⁸⁾.

La investigación da cuenta además que el 21.6% de las gestantes pre termino fueron afectadas por anemia, mientras que para Guadalupe refiere que la anemia se presentó en un 13% ⁽³⁷⁾, a comparación de Sam que refiere que la anemia afectó en 78.6% de las gestantes con parto pre término y según Carnero la anemia se encontró en un 62.7% ⁽³⁶⁾; datos que distan de los resultados de nuestros estudios.

Los resultados ponen en evidencia que el desprendimiento prematuro de placenta en las gestantes pre término sólo se manifestó en dos gestantes pre término (1%). Para Guadalupe refiere que el DPP se presentó en un 5.5%.⁽³⁷⁾

Los hallazgos indican que la amenaza de parto pre termino, se hizo evidente en el 74.7% de las gestantes pre termino, muy distinto a lo encontrado por Guadalupe refiere que el APP se presentó en un 3%. Según Riva refiere que la amenaza de parto pre término durante la gestación actual en el 20,1% ⁽⁵¹⁾, Según Carnero refiere 56.7% ⁽³⁶⁾, datos similar a nuestro estudio.

Los resultados de la tabla anterior dan cuenta que la diabetes gestacional se manifestó en el 4.6% de las gestantes investigadas. Guillen refiere 14% de diabetes gestacional,⁽⁴⁷⁾.

11. CONCLUSIONES

- Entre los factores sociodemográficos, se encontró que la edad promedio con mayor prevalencia oscila entre los 30 a 39 años con un 42.3%, las gestantes investigadas mayormente proceden de zonas urbano marginales, según se evidencia en el 84.5%; en relación al nivel de estudios, se encontró que el 44.3% tienen educación superior universitaria, los resultados también indican que el 59.9% de las gestantes tienen un estado conyugal conviviente.
- Con respecto a los factores obstétricos se evidencia que el 57.2% tienen de seis controles a más, el estudio deja en evidencia que el 28.9% tienen más de tres gestaciones, la amenaza de parto pre término, según se observa en el 74.7%; luego se presenta la preeclampsia en el 33%, la anemia en el 21.6%, infección del tracto urinario 14.4% y la ruptura prematura de membrada en el 11.9%. Los factores menos frecuentes son el embarazo múltiple, la diabetes gestacional y el desprendimiento prematuro de placenta, que sólo se manifiesta en el 7.7%, 4.6% y 1.0%, respectivamente.
- Los resultados muestran que la asociación de los factores de riesgo más prevalentes en nuestro estudio no se encontraron significativos ($p>0.05$) pero tienen un 34% de predicción que no llega al 95% de intervalo de confianza.

12. RECOMENDACIONES

- Fomentar y brindar la suficiente información acerca del parto pre término en los servicios de atención primaria de salud; así como de los factores asociados a la misma, con el objetivo de que las gestantes sepan identificar los factores asociados y puedan prevenir la aparición de parto pre término.
- Concientizar a las gestantes en la realización de los respectivos controles y exámenes complementarios prenatales con el fin de detectar los factores asociados a la génesis del parto pre término y así evitarlos o tratarlos oportunamente para evitar la aparición del mismo.
- Capacitar al personal de salud para el reconocimiento precoz de todos los factores de riesgo para parto pre término y actuar oportunamente sobre los que sean modificables.
- Diseñar un estudio que tenga mayor tamaño de muestra que aumente la probabilidad de encontrar correlaciones significativas así confirmar la consistencia con otras investigaciones.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Anuales: OMS; 2017 [cited 2017 8 de enero]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>. .
2. Martin JA, Hamilton BE, Menacker F, Sutton PD, Mathews TJ. Preliminary Births for 2004: Infant and Maternal Health: Centers for Disease Control; 2005 [cited 2018 9 de enero]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/prelimbirths04/prelimbirths04health.htm>.
3. Office for National Statistics. Birth characteristics in England and Wales: 2014. 2015 [cited 2017 10 de enero]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2015-10-08>.
4. Langhoff-Roos J, Kesmodel U, Jacobsson B, Rasmussen S, Vogel I. Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. *BMJ*. 2006;332(7547):937-9.
5. Balchin I, Steer PJ. Race, prematurity and immaturity. Early human development. 2007;83(12):749-54.
6. Organización Mundial de la Salud. Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas: OMS; 2010 [cited 2017 8 de enero]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>. .
7. Ministerio de Salud del Perú. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 Perú: MINSA; 2017 [cited 2017 8 de enero]. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf.
8. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto Materno Perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;47(2):112-6.

9. Cunningham FG. Williams: obstetrica (23a. ed.): McGraw Hill Mexico; 2011.
10. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, *et al.* Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health* 2013;10(Suppl 1):S2.
11. Lewit EM, Baker LS, Corman H, Shiono PH. The direct cost of low birth weight. *The future of children.* 1995:35-56.
12. Savitz DA, Blackmore CA, Thorp JM. Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. *American journal of obstetrics and gynecology.* 1991;164(2):467-71.
13. Condon JC, Jeyasuria P, Faust JM, Mendelson CR. Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2004;101(14):4978-83.
14. Smail FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2015(8):Cd000490.
15. Guerra B, Ghi T, Quarta S, Morselli-Labate AM, Lazzarotto T, Pilu G, *et al.* Pregnancy outcome after early detection of bacterial vaginosis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.*128(1):40-5.
16. Bujold E, Morency A-M. Antibiotics for the prevention of preterm birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2008;48(1):124-5.
17. Force USPST. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.s. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine.* 2008;148(3):214-9.
18. McManemy J, Cooke E, Amon E, Leet T. Recurrence risk for preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):576.e1-6; discussion .e6-7.
19. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet (London, England).* 2008;371(9606):75-84.

20. Aveyard P, Cheng KK, Manaseki S, Gardosi J. The risk of preterm delivery in women from different ethnic groups. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2002;109(8):894-9.
21. Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y, Demissie K, Vintzileos AM. Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. *Obstetrics and gynecology*. 2005;105(5 Pt 1):1084-91.
22. Mohsin M, Jalaludin B. Influence of previous pregnancy outcomes and continued smoking on subsequent pregnancy outcomes: an exploratory study in Australia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2008;115(11):1428-35.
23. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2005;106(1):61-5.
24. Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. *BMJ*. 2008;337.
25. Shennan AH, Bewley S. Why should preterm births be rising?: If a rise is confirmed, the implications are considerable. *BMJ : British Medical Journal*. 2006;332(7547):924-5.
26. Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, Bouyer J, Escande B, Thiriez G, et al. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2005;112(4):430-7.
27. Jose Y. Valor predictivo de la medida de la longitud cervical vía transvaginal y de la prueba de la fibronectina oncofetal para la detección de la verdadera amenaza de parto pretérmino: Implantación de un protocolo asistencial, **2012**. [Tesis Post-Grado], Univ. Zaragoza, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, 2013.
28. Lee T, Silver H. Etiology and epidemiology of preterm premature rupture of the membranes. *Clinics in perinatology*. 2001;28(4):721-34.

29. Oregon Oral Health Coalition. Guidelines for oral health care in pregnancy 2009 [cited 2017 8 de enero]. Available from: <http://www.oregondental.org>.
30. Fogacci MF, Vettore MV, Leao AT. The effect of periodontal therapy on preterm low birth weight: a meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*. 2011;117(1):153-65.
31. BMJ Best practice. Aetiology. Premature labour 2017 [cited 2017 10 de enero]. Available from: <http://0-bestpractice.bmj.com.lib.exeter.ac.uk/topics/engb/1002/aetiology#referencePop21>.
32. Liceaga E, México D. Prevalencia de infección de vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretérmino. *Ginecol Obstet Mex*. 2014;82:737-43.
33. Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez MG, Ruiz-Rodríguez MA, Villarreal-Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77:338-41.
34. Torrejano M, Calderón L, Quimbayo A. (Pitalito, 2012) Factores asociados a la infección de las vías urinarias. Artículo de Investigación rfs - Revista Facultad de Salud. 2013. Vol 5, N° 2.
35. Morales R, Vega AJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev Med IMSS. Albaete (España)* 2005;43(4):339-42.
36. Carnero Cabrera YX. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero–junio del 2015. 2016.
37. Guadalupe H. Factores de riesgo asociado a parto pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. *Rev. Fac. Med. Hum Ricardo Palma*. v17. n1.746. 2015.
38. Huaroto-Palomino K. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica,

Perú. Revista Medica Panacea. 2015;3(2), Disponible en:
<http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>.

39. Sam Fernández S, Manuel D, Zatta Córdor JE. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014 2015.
40. Saldaña García JL. Infección del tracto urinario asociado a parto pretérmino en el Hospital Belén de Trujillo. 2014.
41. Sánchez Gonzales C. Valor Predictivo del Urocultivo en el diagnóstico de las complicaciones obstétricas y neonatales, en gestantes adolescentes y añosas atendidas en el INMP, durante el 2011. Horizonte Médico. 2013;13(1).
42. Benites J. Factores de riesgo de parto pretérmino extremo en el Hospital III Cayetano Heredia de Piura período Enero 2012 – Diciembre 2014. Tesis de grado para obtener el título de médico IRUJANO Universidad Priada Antenor Orrego Perú. 2015.
43. Huamán G, Miluzka S. Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015. 2017.
44. Gutierrez-Munares ME, Martinez-Pariona PA, Apaza-Rodrigo JH. la Frecuencia de los Factores de Riesgo Obstétricos en la Ruptura Prematura de Membrana Pretermino, Hospital Regional de Ayacucho, Perú. Revista Médica Panacea. 2018;4(3).
45. Salvador J. Factores de riesgo del parto pretérmino: Estudio caso-control. Revista peruana de ginecología y obstetricia. 2015;50(4):232-42.
46. Sørbye IK, Wanigaratne S, Urquia ML. Variations in gestational length and preterm delivery by race, ethnicity and migration. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2015;12:1-9.
47. Juan José Guillén Guevara. Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto sabogal sologuren 2014. [Tesis Post-Grado]. Lima-Perú: Universidad San Martin de Porres. Facultad de Medicina Humana. 2015.

48. Reyes 1, Ruiz R. Factores de riesgo parto pretérmino, estudio de caso control hospital nacional E. BERNALES mayo - setiembre 2003. Perú. Internet (Citado en 2014). Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/362/1/reyes_mi.pdf
49. Rodríguez-Coutiño Susana et. al. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Rev Ginecol-Obstet Mex 2013; 81 : 499-503. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2013/gom139b.pdf>.
50. Genes V B. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción-Paraguay 2012, Vol. 4 (2), vivigenes@hotmail.com.
51. Riva N S. Factores de Riesgo para Parto Pretermino espontaneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo Nro 2 Yarinacocha - Pucallpa (peru, 2004)

14. ANEXOS

ANEXO 01

Carta de Solicitud al Director del Hospital Regional III Essalud José Cayetano Heredia de Piura para Autorización del estudio.

“AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL”

Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.

Yo, _____, estudiante del XIV ciclo (Internado) de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego–UPAO campus Piura, solicita permiso para poder realizar el Proyecto de Investigación “_____– Piura. 2017” comprometiéndome en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad.

Espero considere mi solicitud, me despido.

Atentamente

DNI: 16802219

ANEXO N°02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES -
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ
CAYETANO HEREDIA – PIURA – 201**

FICHA N° _____

HC: _____

1. Tiempo de Vida

<de 14 años () 15 a 19 años () 20 a 29 años () 30 a 39 años () 40 a 45 años ()

2. Procedencia

Urbano () Urbano Marginal () Rural ()

3. Nivel de estudios

Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior Técnica () Universitaria ()

4. Estado conyugal

Soltera () Conviviente () Casada () Otros ()

5. Numero de controle pre natales

Sin CPN () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 a más controles ()

6. Numero de gestaciones

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () Más de 7

7. Embarazo múltiple

Si () No ()

8. Preeclampsia

Si () No ()

9. Diabetes gestacional

Si () No ()

10. Infeccion de tracto urinario

Si () No ()

11. Amenaza de parto pre termino

Si () No ()

12. Desprendimiento prematuro de placenta

Si () No ()

13. Ruptura prematura de membranas

Si () No ()

14. Anemia

Si () No ()