



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTOS
PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO DE YARINACOCHA – UCAYALI 2015”**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL
MENCIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

AUTORA

Natali Elizabeth, CONDEZO GUERRA

ASESORA

Dra. Irma, PALACIOS ZEVALLOS

Huánuco – Perú.

2019



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 04:00 horas del día 28 del mes de MAYO en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes: Dra. Julia Marina Palacios Zevallos de Toscano, **Presidenta**, Obs. Esp. Maricela Marcelo Armas, **Secretaría**, Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro, **Vocal**.

Nombrados mediante RESOLUCIONES Nº 1974-2017-D-FCS-UDH de fecha 08 de noviembre del 2017 y con RESOLUCIONES Nº 317-2019-D-FCS-UDH de fecha 12 de abril del 2019, para evaluar la Tesis intitulada: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTOS PRE TERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA – UCAYALI 2015**", presentado por doña: **Natali Elizabeth CONDEZO GUERRA**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO.

Siendo las 05:30 horas del día 28 del mes de MAYO del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Julia Marina Palacios Zevallos de Toscano

SECRETARIA

Obst. Esp. Maricela Marcelo Armas

VOCAL

Obst. Esp. Marisol Sinche Alejandro

DEDICATORIA

A Zulema, eje y motor de mi familia.

A Evert mi padre, por sus enseñanzas.

A Elizabeth mi madre, mi gran amiga y consejera, por dar alegría a mis días y brindarme su amor incondicional.

A mis queridos hermanos, por su ejemplo de constancia y entrega, por su protección y por confiar siempre en mí.

A papito Shisha, por enseñarme a ver la vida con una sonrisa. Desde ahora sólo miro al cielo para dedicarle todos mis logros.

A Lupita, regalo de Dios y mi gran inspiración.

Los amo, Dios los bendiga.

AGRADECIMIENTO

A Dios y María Auxiliadora, por guiar cada uno de mis pasos.
Para la Mg. Irma Palacios Zevallos, por los conocimientos impartidos.

A todos Uds. Muchas Gracias

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	10
1.2. Formulación del problema.	12
1.2.1. Problema general.....	12
1.2.2. Problemas específicos.	13
1.3. Objetivos.....	13
1.3.1. Objetivo general.	13
1.3.2. Objetivo específicos.	13
1.4. Trascendencia de la investigación.....	14
1.4.1. Trascendencia técnica-legal.....	14
1.4.2. Trascendencia académica	14
1.4.3. Trascendencia práctica.	15

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación.	16
2.1.1. Antecedentes internacionales	16
2.1.2. Antecedentes nacionales.	19
2.1.3. Antecedentes locales.	22
2.2. Bases teóricas	23
2.2.1. Parto pretérmino.....	23
2.3. Definición conceptuales.....	31
2.4. Sistema de hipótesis.....	31
a) hipótesis.....	31
b) Sistema de variables, dimensiones e indicadores	31

Variable Independiente.....	31
Variable Dependiente.....	31
2.5. Esquema del diseño de operativización.....	32
CAPITULO III	
3. METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de investigación	33
3.1.1. Tipo de investigación.....	33
3.1.2. Enfoque.....	33
3.1.3. Nivel de investigación.....	33
3.1.4. Diseño	33
3.2. Cobertura del estudio.....	34
a) Población	34
Criterios de inclusión y exclusión.....	34
b) Muestra.....	35
c) Delimitación geográfico-temporal y temática	37
3.3. Técnicas e instrumentos	37
3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	38
A. Interpretación de datos y resultados.....	38
B. Análisis y datos, prueba de hipótesis	38
C. Aspectos éticos de la investigación	39
CAPITULO IV	
4. RESULTADOS	
4.1. Procesamientos de datos.....	40
4.2. Contrastación de hipótesis.....	44
CAPITULO V	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
5.1. Resultados.....	57
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.	62
ANEXOS.....	68

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015. **Metodología:** Observacional, retrospectiva, transbersal y analítico. Con diseño caso y control. **Muestra:** La selección de los casos (gestantes que dieron parto pretérmino) y la selección de controles (gestantes que dieron parto a término). Para el tamaño de la muestra utilizaremos la fórmula para casos y controles. En la proporción 1:5 Se necesitaría un grupo de 167 casos y otros 835 controles. **Conclusión:** El Intervalo intergenésico menor de 12 meses, la atención prenatal deficiente, la Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl) y la preeclampsia son factores maternos asociados a la prematuridad. La Placenta previa, el Desprendimiento prematuro de placenta, el Poli hidramnios y Ruptura prematura de membrana son factores ovulares asociados a la prematuridad. El Embarazo múltiple y el Retardo de crecimiento intrauterino son factores fetales asociados a la prematuridad. **Palabras claves:** factor, maternos, ovulares, fetales

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with preterm delivery in pregnant women treated at the Amazonian Hospital of Yarinacocha - Ucayali from January to December 2015. **Methodology:** Observational, retrospective, longitudinal and analytical. With case and control design. **Sample:** The selection of cases (pregnant women who gave preterm birth) and the selection of controls (pregnant women who delivered at term). For the size of the sample we will use the formula for cases and controls. In the 1: 5 ratio, a group of 167 cases and another 835 controls would be needed. **Conclusion:** Intergenic interval less than 12 months, poor prenatal care, severe anemia (Hb less than 7 g / dl) and preeclampsia are maternal factors associated with prematurity. Placenta previa, premature detachment of placenta, Poly hydramnios and premature membrane rupture are ovular factors associated with prematurity. Multiple pregnancy and intrauterine growth retardation are fetal factors associated with prematurity.

Keywords: factor, maternal, ovular, fetal

INTRODUCCION

El nacimiento de un niño prematuro es una de las principales causas de morbimortalidad perinatal en el ámbito mundial, constituyéndose de esta manera un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica.

En el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir, según cifras de la **Organización Mundial de la Salud**. En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. En el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali se ha encontrado una prevalencia de 6.9% para el 2015.

Es sin lugar a duda uno de los problemas de obstetricia. La identificación temprana de las gestantes en riesgo permite actuar al personal de salud, prolongando el embarazo y beneficiando la salud del feto y la madre. Para ello existen programas para el control y atención precoz de patologías que pueden evitar complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En este trabajo se pretende reconocer los factores más frecuentes de partos pretérmino de esta manera poder prevenir poniendo mayor énfasis a los factores predisponentes.

En tal sentido, el estudio se encuentra descrito en seis capítulos; estando el primer capítulo; que comprende el problema, los objetivos, la justificación del estudio.

En su segundo capítulo expongo el marco teórico, el cual contiene los antecedentes del trabajo de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho estudio y las definiciones conceptuales; además se consideran en este apartado a las hipótesis, variables en estudio y su operacionalización respectiva.

El tercer capítulo compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de investigación, su enfoque, el alcance y su diseño del estudio, también se considera, población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de los datos.

En su cuarto capítulo se muestra los resultados de la investigación con su respectiva interpretación donde se presentan las tablas y graficas elaboradas.

El quinto capítulo se muestra la discusión de resultado

En el sexto capítulo se encuentra las conclusiones y recomendaciones.

En el séptimo capítulo se encuentra la referencia bibliográfica y los anexos parte del presente trabajo de investigación.

CAPITULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Se denomina parto pretérmino o prematuro al acaecido antes de las 37 semanas completas de gestación (menos de 259 días completos). El recién nacido se denomina “neonato pretérmino”. (1) Parto inmaduro es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas. En neonatología algunos denominan pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pretérmino severo al que es menor a 32 y pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas (2). El grupo de recién nacidos que tiene más riesgo de desarrollar complicaciones graves es aquel que ocurre antes de las 34 semanas. La experiencia ha demostrado que un número importante de esos niños experimenta dificultades en el desarrollo neurológico y en el aprendizaje. La frecuencia de parto pretérmino oscila entre el 5 y 9%. Otros autores encuentran una frecuencia de entre 10 y 11%. (3)

Se conocen numerosos factores de riesgo y se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto pretérmino, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo. Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro. En un informe emitido por Meis y col. (4) mostró que 28% de los partos de pretérmino de feto único se debió a varios factores; alrededor de la mitad fue por preeclampsia; una

cuarta parte por sufrimiento fetal, y una cuarta parte por restricción del crecimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, o muerte fetal. El 72% restante se debió a trabajo de parto pretérmino espontáneo, con rotura prematura de membranas o sin ella. Otros factores maternos implicados son edad materna joven o avanzada; pobreza; estatura baja; deficiencia de vitamina C, y factores ocupacionales, como caminar o permanecer de pie durante periodos prolongados, condiciones laborales extenuantes, y horarios de trabajo semanales prolongados. La naturaleza recurrente, familiar y racial del parto pretérmino ha conducido a sugerir que la genética tal vez tenga una participación causal. El estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal con una reducción del flujo uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Parecería que el principal mediador inductor de prematurez por estrés es el factor liberador de la corticotrofina. Este factor proviene principalmente del hipotálamo, aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina. Estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas. Estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de la hormona corticotrófica de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro. La infección de las membranas ovulares y del líquido amniótico por diversos microorganismos ha surgido como una posible explicación de algunos

casos de rotura de membranas, trabajo de parto pretérmino, o ambos.

(5)

En los últimos dos años los nacimientos prematuros han aumentado considerablemente en todo el mundo (más de 15 millones al año) y la prematuridad se ha convertido en un grave problema de salud, debido a que es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años. Solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (6). En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbilidad infantil y materna (7). En el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali se ha encontrado una prevalencia de 6.9% para el 2015.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015?

1.2.2. Problemas específicos.

- ✓ ¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015?
- ✓ ¿Cuáles son los factores ovulares asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015?
- ✓ ¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general.

Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

1.3.2. Objetivo específicos.

- ✓ Identificar los factores maternos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

- ✓ Identificar los factores ovulares asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.
- ✓ Identificar los factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

1.4. Trascendencia de la investigación

1.4.1. Trascendencia técnica-legal.

Base Legal: Constitución Política del Perú, Ley General de Salud 26842 Art. XV “El Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud” (8), Ley del Ministerio de Salud 27657 Art. 3 inciso r “promoción de la cultura de salud, educación e información sanitaria a la población” (9), Ley Universitaria N° 2373 Art. 2 inciso b “Realizar investigación en las humanidades, las ciencias y las tecnologías, y fomentar la creación intelectual y artística” (10).

1.4.2. Trascendencia académica

La búsqueda de la calidad de un servicio de salud, incluye la capacitación constante, progresiva e integral del personal médico en formación, lo cual repercutirá de modo directo en el bienestar del paciente por ello el presente estudio permitirá conocer los factores asociados al parto pretérmino en nuestro medio con lo cual es el

primer paso clave para promover el desarrollo de futuras investigaciones en relación al tema.

1.4.3. Trascendencia práctica.

Son escasos los estudios en relación al tema publicados en nuestra media razón por la cual justificamos su realización.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Brasil, 2018. Tabata Zumpano Dias. **“Tocólisis en mujeres con parto prematuro: factores asociados y resultados de un estudio multicéntrico en Brasil”**. Objetivo: Evaluar el uso de la tocólisis en casos de parto prematuro debido a un parto prematuro espontáneo en una muestra brasileña. Métodos: Se evaluó una muestra de 1,491 mujeres con parto prematuro debido a parto prematuro espontáneo, considerando el tratamiento con tocólisis o manejo expectante, de acuerdo con la edad gestacional al nacer (<34 semanas y 34 a 36 6 semanas) y los medicamentos recetados. El estudio se realizó en 20 hospitales brasileños de abril de 2011 a julio de 2012. Se realizaron análisis bivariados para evaluar las asociaciones con características sociodemográficas y obstétricas y los odds ratios con sus respectivos intervalos de confianza del 95% para los resultados maternos y neonatales. Resultados: Un total de 1,491 casos de nacimientos prematuros fueron considerados. La tocólisis se realizó en 342 casos (23%), 233 de los cuales (68,1%) se entregaron antes de las 34 semanas. Dentro del grupo de administración expectante, el 73% fue prematuro tardío y con un parto más avanzado en el momento del ingreso. Los fármacos más utilizados fueron los bloqueadores de los canales de calcio (62,3%), seguidos de los betamiméticos

(33%). Entre los sujetos en el grupo de tocólisis, hubo más complicaciones neonatales y maternas (la mayoría no graves) y el uso de corticosteroides fue 29 veces mayor que en el grupo de manejo expectante. Conclusión: La tocólisis se favorece en casos de trabajo de parto más temprano y también entre aquellos con menos de 34 semanas de gestación, utilizando preferiblemente bloqueadores de los canales de calcio, con éxito para lograr un mayor uso de corticosteroides. La tocólisis, en general, se relacionó con mayores tasas de complicaciones maternas y neonatales, lo que puede deberse a la diferencia de referencia entre los casos al ingreso. Sin embargo, estos resultados deberían concientizar al uso de la tocólisis. (11)

Albacete, España. 2015. E. Cortés M, Rizo M, Aguilar J. **“Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea”**. Estudio explicativo, retrospectivo de casos-control. El estudio muestra claramente un mayor riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes en comparación con el siguiente grupo más cercano en edad, lo que se confirmó por una distribución significativamente distinta con el test Chi cuadrado. Esta probabilidad también fue mayor en madres con edades de más de 40 años y para recién nacidos grandes prematuros y prematuros, respectivamente. Los resultados muestran claramente que las madres adolescentes y las más mayores tienen mayor riesgo de hijos prematuros o con bajo peso al nacimiento, lo que motiva la necesidad de establecer intervenciones educativas para

disminuir el problema, a partir de los resultados de esta investigación. (12)

Santiago, Chile.2013. Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M, Acuña M., Morong C. **“Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile”**. Estudio retrospectivo, cohorte de 407 nacimientos prematuros, únicos, entre 22 y 34 semanas de gestación. Se estudiaron las muertes fetales y neonatales hasta los 7 días de vida. Fallecieron 122 niños (64 muertes fetales y 58 neonatales), 78 tuvieron autopsia. Los factores de riesgo de muerte perinatal, identificados mediante análisis de regresión logística, fueron: Edad gestacional al parto, anomalía congénita e hipertensión arterial. Las principales causas de muerte perinatal fueron: Hipoxia (aguda o crónica) 28%, infección congénita 23% (preferentemente neumonía 18%), desprendimiento prematuro de placenta con hipoxia y shock hipovolémico 18%, anomalía congénita 18% y síndrome hipertensivo con hipoxia aguda o crónica 7%. Entre las 22 y 34 semanas de gestación, el parto prematuro por IBA fue la causa más frecuente de muerte perinatal, la edad gestacional al parto fue el principal factor de riesgo de mortalidad y la hipoxia fue la causa más frecuente de muerte. (13)

La paz, Bolivia. 2013. López N, González M., Álvarez L, Martínez N, González A. **“Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema”**. Estudio retrospectivo de 132 casos

nacidos entre las semanas 23 y 27 en el Hospital La Paz. Se establecieron tres grupos obstétricos: Amenaza de Parto Pretérmino, Rotura Prematura de Membranas y la asociación de ambas. Se evaluaron como variables obstétricas: Tocólis, corticoterapia, motivo de finalización de la gestación y vía de parto, y como variables en niños: Mortalidad y morbilidad respiratoria, neurológica, visual y auditiva en neonatos y a los dos años. Los casos con amenaza de parto pretérmino presentaron mayor displasia broncopulmonar y ductus arterioso persistente que los otros dos grupos obstétricos. Las pacientes con amenaza de parto pretérmino y tocólis desarrollaron menos hemorragia intraventricular e infarto periventricular que los casos sin tocólis. La conducta obstétrica puede modificar el pronóstico neonatal (2 años de seguimiento). (14)

2.1.2. Antecedentes nacionales.

Trujillo, 2018. Venegas Tresierra Carlos Eduardo. “**Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo**”. Objetivo: Determinar si el control prenatal inadecuado es un factor asociado a parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, de tipo analítico de casos y controles. La muestra de la población de estudio estuvo constituida por 156 pacientes gestantes según criterios de inclusión y exclusión, distribuidos en dos grupos: 52 casos con parto pretérmino y 104

controles. Resultados: La edad media para los casos y controles fue 25.96 ± 7.836 y 25.5 ± 6.425 y la media de semanas de gestación fue 33.08 ± 3.746 y 39.02 ± 1.190 respectivamente. La incidencia de parto pretérmino fue de 10.7%. De manera general, el control prenatal inadecuado registró 48.1%. El antecedente de control prenatal inadecuado en el grupo de casos se observó en 32 pacientes y en 43 de los controles. El OR fue 2.27, con $p=0.0173$ e $IC95\%=1.148-4.487$. El grupo de pacientes con 35 semanas de gestación con parto pretérmino y control prenatal inadecuado fue el de mayor frecuencia con 28.1%. Los casos de parto pretérmino moderado tardío ocuparon el primer lugar con 76.9%. Conclusiones: El antecedente de control prenatal inadecuado fue factor de riesgo para parto pretérmino. (17)

Lima, 2018. Garcia Vargas, Douglas Oswaldo. **“Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo Junio 2016 – Junio 2017”**. Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a embarazo pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 – junio 2017. Materiales y métodos: Es un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. La muestra del trabajo de investigación está conformada de 198 pacientes: 66 casos y 132 controles. Se eligieron los casos y controles de la población de forma aleatoria simple. Resultado: Se demostró que el antecedente de parto pretérmino es estadísticamente significativo en las pacientes con parto pretérmino ($p=0.017$, $OR=3.10$, $IC95\%:1.18-$

8.13). Además, se encontró asociación entre controles prenatales insuficientes con el parto pretérmino ($p=0,029$, $OR=2,32$, $IC95\%:1,07-5,00$). Asimismo, se determinó que la infección urinaria en la gestación está asociada significativamente con el parto pretérmino ($p=0,025$, $OR=2,14$, $IC95\%:1,09-4,19$). Conclusiones: Se demostró que los antecedentes de parto pretérmino, infección urinaria en la gestación y controles prenatales insuficientes están asociados significativamente como factor de riesgo para el desarrollo del parto pretérmino. (18)

Ica, 2015. Huerto Palomino, Karina. **“Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú.”** Es un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. 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. El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescentes. La edad materna extrema en el estudio fue de 19 años con un 76, 7%; el estado civil casada tuvo el 20, 5%; el 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja; los factores asociados al parto pretérmino fue: infecciones urinarias, vaginosis bacteriana, nuliparidad, bajo peso al nacer, generalidad. Representaron factores de riesgo maternos: 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 generalidad (21).

Trujillo. 2013. Loyola C. **“Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo”**. Se realizó una investigación observacional y comparativa con diseño analítico, longitudinal y de cohorte retrospectiva en 116 puérperas de parto eutócico que durante su gestación han presentado hiperémesis gravídica y en 116 puérperas de parto eutócico. Se concluyó que sí existe relación significativa ($p=0.04 < 0.05$) entre la hiperémesis gravídica y el parto pretérmino; además con el Cuantificador Riesgo Relativo (RR) se concluyó que la hiperémesis gravídica es un Factor de Riesgo Materno para prematuridad ($RR=2.5 > 1$). (22)

2.1.3. Antecedentes locales.

Pucallpa 2014. Riva N. **“Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo II Yarinacocha-Pucallpa”**. Se realizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles. Se comparó 189 gestantes adolescentes con parto pretérmino con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La incidencia de parto pretérmino fue 12,1% y el tipo más frecuentemente observado fue el parto pretérmino moderado. Los factores que incrementaron el riesgo de parto pretérmino espontáneo fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,1) y antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; 95%). No se demostró asociación con el índice de masa corporal, el antecedente de abortos y el antecedente de

infección de vías urinarias durante la gestación actual. Se concluyó que la Vaginosis Bacteriana, el antecedente de parto pretérmino y el antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual se asociaron con la ocurrencia de parto pretérmino espontáneo en adolescentes con gestaciones únicas (24)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Parto pretérmino.

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días post concepcionales. (25)

a) Etiología:

Actualmente la patogenia del parto pretérmino tiene su origen en la “activación de las membranas ovulares” antes del término de la gestación que induce la activación de diferentes moléculas que causan contracción uterina y maduración cervical. En el parto pretérmino confluyen una serie de etiologías distintas capaces de poner en marcha el mecanismo de inicio del parto (26)

b) Clasificación:

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

- ✓ Parto 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 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en: (27)

- ✓ Prematuro general: < 37 semanas.
- ✓ Prematuro tardío: De la semana 33 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- ✓ Muy prematuro: Aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- ✓ Extremadamente prematuro: Menores de 28 semanas.

c) Epidemiología.

En diversas partes del mundo, los partos pretérmino continúan representando entre el 5 y el 12% de todos los nacimientos. (27) (28)

Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. En Estados Unidos, en 1981, representó 9,4% de los embarazos y en 2005; 12,7%, lo que significa un aumento de más de 30% en el periodo. Sin embargo, en algunos grupos de la población se han reportado cifras aún mayores,

como en el de adolescentes, en el que la frecuencia alcanza 21,3%.
(29)

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica. (30)

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400 000 mueren antes de cumplir cinco años, 270 000 en el primer año de vida, 180 000 durante el primer mes de vida y 135 000 por prematuridad). (31)

La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). (31) (32)

d) Repercusiones neonatales de la prematuridad.

Las principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematuridad incluyen síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia

intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del ductus arterioso. En cuanto a la morbilidad a largo plazo se destaca la parálisis cerebral, el retardo mental y la retinopatía del prematuro. (33)

e) Factores asociados al parto pretérmino

Los factores asociados se clasificaron luego de analizar en conjunto los antecedentes clínicos y de laboratorio maternos con los hallazgos histopatológicos placentarios y las diferentes propuestas aparecidas en la literatura. En estos casos la biopsia placentaria fue de utilidad para determinar el factor más relevante. (34) (35) (36)

Se encontraron los siguientes factores asociados con parto prematuro:

- Infección bacteriana ascendente:

Embarazo con algunas de las siguientes condiciones clínicas presentes sugerentes de infección intrauterina: RPM, corioamnionitis clínica, sangrado vaginal con desprendimiento amniocorial, infección cérvicovaginal (ICV) especialmente por Streptococcus Grupo B (SGB), infección del tracto urinario (ITU), dispositivo intrauterino (DIU) no extraído, placenta previa con sangrado vaginal, cérvix menor de 15 mm medido por ultrasonografía, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI), membranas propasadas bajo el orificio cervical externo (MPr) y asociado con los

siguientes marcadores histopatológicos placentarios específicos: corioamnionitis aguda, funisitis aguda. (37)

- Enfermedades maternas:

Hipertensión arterial. Embarazo con hipertensión materna (pre eclampsia, hipertensión arterial crónica), con algunas de las siguientes condiciones clínicas presentes: DPPNI, síndrome de HELLP, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), asociado con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: infarto vellositario, aterosclerosis de las arterias espiraladas deciduales, hematoma retroplacentario, hemorragia intervlositaria, hemorragia subcorial, endarteritis obliterante de los vasos fetales, vasculopatía fetal trombótica y trombosis intervlositaria. (37)

Diabetes Mellitus o gestacional, con o sin DPPNI y con o sin RCIU, asociada con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: Edema vellositario, inmadurez vellositaria, maduración vellositaria retardada, infarto vellositario, hematoma retro placentario, hemorragia subcoriónica y corangiomas. (37)

Trombofilia. Embarazada con cuadro clínico de trombosis (de extremidades o trombo embolismo pulmonar), anticuerpos antifosfolípidos positivos, con DPPNI, con o sin RCIU y con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: hemorragia y hematoma retro placentario, infartos vellositarios, depósito de fibrina intervlositaria, vasculopatía fetal trombótica y trombosis intervlositaria. (31)

Colestasis intrahepática del embarazo (CIE). Embarazada con cuadro clínico compatible, ictericia clínica y de laboratorio, con pruebas hepáticas alteradas. No se reconocen lesiones placentarias específicas. (31)

Consumo de drogas. Consumo prolongado durante el embarazo de cocaína, marihuana, tolueno, alcohol y otras, RCIU severo, con o sin DPPNI asociado con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: Infarto vellositario, hemorragia y hematoma retro placentario. (31)

Otras: Neumonía. Cuadro clínico y radiológico compatible, insuficiencia renal crónica: Cuadro clínico y de laboratorio compatible; lupus eritematoso diseminado, cuadro clínico y de laboratorio compatible; cardiopatía materna, cuadro clínico y de laboratorio compatible; apendicectomía, cuadro clínico, con anatomía patológica compatible; pielonefritis cuadro clínico y de laboratorio compatible. En estas enfermedades no hay lesiones placentarias específicas. (38)

- **Infecciones transplacentarias:**

Sífilis. Infección materna confirmada con pruebas treponémicas, con o sin infección congénita, asociada con hallazgos histopatológicos placentarios específicos: Aumento del tamaño y volumen placentario, vellositis crónica, eritroblastosis de vasos fetales y arteritis obliterante. (39)

Listeria monocytogenes. Infección materna febril por L. monocytogenes aislada en sangre materna y placenta, asociada a hallazgos histopatológicos placentarios específicos: Vellositis y perivellositis abscedada, micro abscesos en vellosidades, corioamnios y cordón umbilical. (39)

Enfermedad periodontal. Embarazada con diagnóstico odontológico y microbiológico de periodontitis generalizada y asociada con vellositis, intervallositis en los hallazgos histopatológicos placentarios. (39)

Enfermedades virales. Infección viral materna diagnosticada por serología (inmunoglobulina M positiva), con o sin RCIU y asociada con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: Vellositis, intervallositis, perivellositis crónica, corioamnionitis crónica y con o sin hidrops fetal.

- **Patologías placentarias:**

Desprendimiento prematuro placenta normo inserta idiopático (DPPNI): Separación total o parcial de la placenta del útero en embarazos sin patologías materno-fetales y con manifestaciones de asfixia aguda, shock fetal¹⁴⁻²⁰. Lesiones placentarias encontradas: Hematoma y hemorragia retro placentaria, infartos vellositarios, hemorragia subcortical, trombosis intervallositaria. (31)

Patología vascular placentaria: Embarazos sin patologías materno-fetales, con manifestaciones de asfixia crónica y RCIU severo, con o sin DPPNI y con lesiones placentarias inespecíficas: Arteriopatía

fetal trombótica, trombosis intervlositaria y arterial fetal, depósito aumentado de fibrinoide perivlositario, infartos vlositarios, hematoma y hemorragia retroplacentaria. (40)

Deciduitis crónica: Embarazos sin patologías materno-fetales, con o sin RCIU y asociados con lesiones histopatológicas placentarias específicas: Deciduitis linfoplasmocitaria, corioamnionitis, perivlositis y vlositis crónicas, trombosis intervlositaria, aumento fibrina intervlositaria. Síndrome conocido como "coriodeciduitis crónica": Se postula que se desarrolla secundario a infección de la cavidad uterina que persiste entre embarazos y que se reactiva en la siguiente gestación. (40)

Placenta previa: Embarazo con placenta previa, sangrado vaginal y sin lesiones placentarias específicas.

- **Factores Gineco-obstétricos:**

Cromosómicas (malformaciones múltiples). Confirmadas por cariograma realizado en líquido amniótico o sangre fetal. Síndrome de Turner (XO), Trisomía 18, Trisomía 18,16. (34)

Los factores Gineco obstétricos, que influyen en la prematuridad se establecen en: Número de gestación, Paridad, abortos, cesáreas, cantidad de controles prenatales, edad gestacional. (32)

2.3. Definición conceptuales

Antecedentes de parto pretérmino: partos pretérmino previos

Factores de riesgo: característica o atributo biológico, social o ambiental, que cuando está presente en un individuo se asocia con un aumento de la probabilidad de experimentar un daño.

Infección de transmisión sexual (ITS): son aquellas infecciones transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio ocurre a través de las relaciones sexuales.

Infección del tracto urinario (ITU): son aquellas diversas infecciones que se dan en cualquier nivel del aparato urinario, diagnosticado clínicamente y exámenes auxiliares.

Intervalo intergenésico corto: se dice del tiempo o espacio de un embarazo a otro menor a 2 años.

Rotura prematura de membranas (rpm): es la rotura espontanea de las membranas corioamnióticas producida antes de inicio del trabajo del parto.

2.4. Sistema de hipótesis

a) Hipótesis

H_a: Los factores maternos, ovulares y fetales son factores asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali 2015.

H_o: Los factores maternos, ovulares y fetales No son factores asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali 2015.

b) Sistema de variables, dimensiones e indicadores

Variable Independiente.

Factores maternos, ovulares y fetales

Variable Dependiente.

Parto pretérmino.

2.5. Esquema del diseño de operativización

Variable	Dimensión	Tipo	Indicador	Escala
Variable Independiente: Factores asociados	Factores maternos	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paridad ✓ Atención prenatal ✓ Anemia ✓ Abortos ✓ Cesárea ✓ Edad gestacional. ✓ Infección del tracto urinario. ✓ Pre eclampsia ✓ Infección transmisión sexual. ✓ Diabetes gestacional 	Nominal
	Factores ovulares	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Placenta previa. ✓ Desprendimiento prematuro de placenta. ✓ Poli hidramnios. ✓ Ruptura prematura de membrana. 	Nominal
	Factores fetales	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Embarazo múltiple. 	Nominal
Variable Dependiente: Parto pretérmino	Prematuro general	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor de 37 semanas. 	Ordinal
	Parto pretérmino moderado	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre las 32 y 36 semanas, 	Ordinal
	Parto pretérmino severo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor de 32 semanas. 	Ordinal
	Parto pretérmino extremo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menores de 28 semanas. 	Ordinal

CAPITULO III

3. METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos. (41)

Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **retrospectivo**, porque el estudio pertenece al tiempo pasado y la recolección de datos lo realiza el investigador a partir de la fuente secundaria. (41)

Según el número de mediciones de la variable de estudio es **transversal**, se conduce aún periodo de tiempo determinado.

Según el número de variables estudiadas es **analítica**, porque el estudio se trabaja con dos variables, buscando relación bivariado. (41)

3.1.2. Enfoque

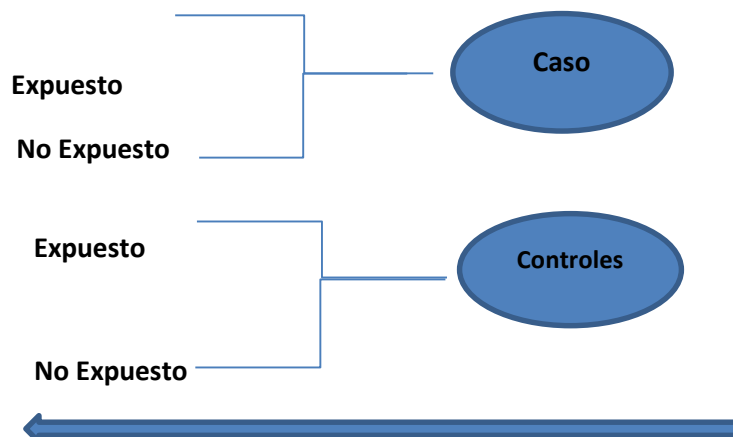
La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo.

3.1.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación es el nivel III. (42)

3.1.4. Diseño

Se realizó un diseño **caso y control**. Araña de Kleinbaum que muestra el diseño de un estudio de casos y controles. (43)



3.2. Cobertura del estudio

a) Población

La población estuvo constituida por todas las gestantes que tuvieron parto prematuro y que fueron atendidos en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

El año 2015 hubo partos por cesáreas en una cantidad de 1084 y vaginales en una cantidad de 2774 haciendo una suma de 3858. De los cuales los pretérminos por cesárea fueron 186 y por vía vaginal fue 159 haciendo un total 345 partos pretérminos en el año 2015.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión para los casos:

- ✓ Pacientes que tuvieron parto pretérmino durante el periodo de enero a diciembre del 2015.
- ✓ Gestantes controladas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha

Ucayali

- ✓ gestantes referidas

Criterios de exclusión los casos:

- ✓ Parto pretérmino con óbito fetal.
- ✓ parto pretérmino con malformaciones.
- ✓ Parto a término.
- ✓ Historias clínicas incompletas.

Criterios de Inclusión para los controles:

- ✓ Pacientes que tuvieron parto a término durante el periodo de enero a diciembre del 2015.
- ✓ Gestantes controladas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha - Ucayali
- ✓ Gestantes referidas

Criterios de exclusión los controles:

- ✓ Parto a término con óbito fetal.
- ✓ parto a término con malformaciones.
- ✓ Parto post termino.
- ✓ Historias clínicas incompletas.

b) Muestra

La selección de los casos (gestantes que dieron parto pretérmino) y la selección de controles (gestantes que dieron parto a término). Para el tamaño de la muestra utilizaremos la fórmula para casos y controles (44) (45) (46):

	Parto pretérmino (casos)	Parto a término (controles)	Total
Expuesto	124	770	894
No expuesto	221	2743	2964
Total	345	3513	3858

$$OR = W = \frac{a \times d}{c \times b} \qquad OR = W = \frac{124 \times 2743}{221 \times 770} = 1.99$$

- ✓ **P1: Tasa de exposición entre los casos**

$$P1 = \frac{a}{a + c} \times 100 \qquad P1 = \frac{124}{345} \times 100 = 35.94\%$$

- ✓ **P2: Tasa de exposición entre los controles**

$$P2 = \frac{b}{b + d} \times 100 \qquad P2 = \frac{770}{3513} \times 100 = 21.91\%$$

- ✓ P: Probabilidad de existir o tasa de prevalencia ($P_1 + P_2 / 2$) = **0,29**

$$P_2 = \frac{p_1 + p_2}{2} \quad P_2 = \frac{0.359 + 0.219}{2} = 0.289$$

Fórmula para casos y controles (44):

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

- ✓ $Z_{1-\alpha/2}$: Nivel de confianza = **1.96**
- ✓ $Z_{1-\beta}$: El poder estadístico (1- β) un poder del 80% = **0.80**
- ✓ P: Probabilidad de existir o tasa de prevalencia ($P_1 + P_2 / 2$) = **0,289**
- ✓ P_1 : La frecuencia de la exposición entre los casos, cuyo valor es 36% = **0,35**
- ✓ P_2 : La frecuencia de la exposición entre los controles, cuyo valor es 22% = **0,21**
- ✓ W: Odds ratio previsto = 2.

Ahora reemplazamos:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n

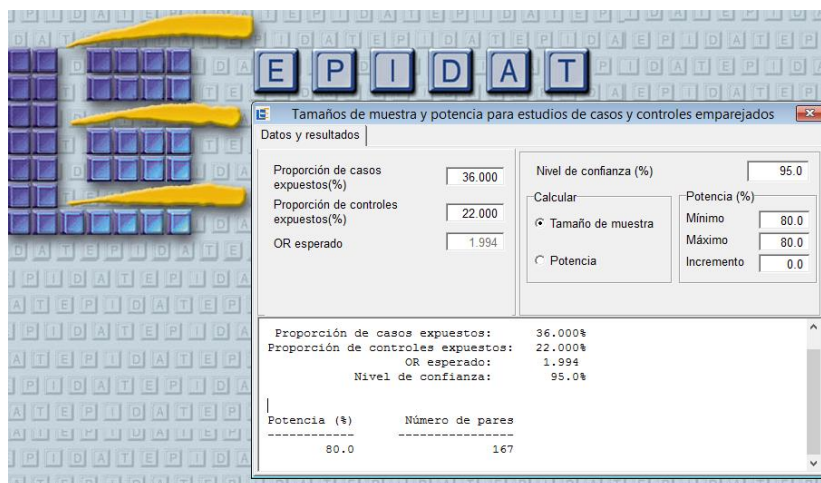
$$= \frac{\left[1,96 \sqrt{2 \times 0,289(1 - 0,289)} + 0,80 \sqrt{0,35(1 - 0,35) + 0,21(1 - 0,21)} \right]^2}{(0,35 - 0,21)^2}$$

$$n = 167$$

En la proporción 1:5 Se necesitaría un grupo de 167 casos y otros 835 controles.

De la misma forma tal valor de la muestra es semejante al resultado al utilizar el programa Epidat:

Dando como resultado final



c) Delimitación geográfico-temporal y temática

- País: Perú
- Departamento: Ucayali
- Provincia: Ucayali
- Distrito: Yarinacocha
- Ciudad: ciudad de Puerto Callao, Pucallpa.
- Área: Urbana
- Dirección: Jirón Aguaytía

3.3. Técnicas e instrumentos

Permiso: se procedió a enviar una solicitud al director del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali para solicitarle el permiso correspondiente para el recojo de información.

Encuestadores: los encargados de recolectar los datos fueron hechos por el mismo investigador.

Aplicación: Se aplicó el instrumento de recolección de datos, el cual está conformado por preguntas cerradas dicotómicas y politómicas con un lenguaje adaptado a las características propias de las historias clínicas.

3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

A. Interpretación de datos y resultados

- Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán; asimismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- Codificación de los datos. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

B. Análisis y datos, prueba de hipótesis

Análisis descriptivo: Se utilizará la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

Análisis inferencial: Se utilizaron estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando el Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza. Para el análisis multivariado se empleará regresión logística. El análisis se realizará el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 22.

C. Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación, se realizó respetando a las personas que en ella colaboren; así como sus conductas, ideas, costumbres, valores y creencias. Se tomarán en cuenta la siguiente pauta:

- a. Principio de beneficencia.
- b. Principio de la no modificación.
- c. Principio de la autonomía.
- d. Principio ético de justicia.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamientos de datos

Tabla 01: Edad de las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

Edad	Parto pretérmino		Parto a término	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
14 - 17	18	10,8	99	11,9
18 - 29	95	56,9	535	64,1
30- 45	54	32,3	201	24,1
Total	167	100,0	835	100,0

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

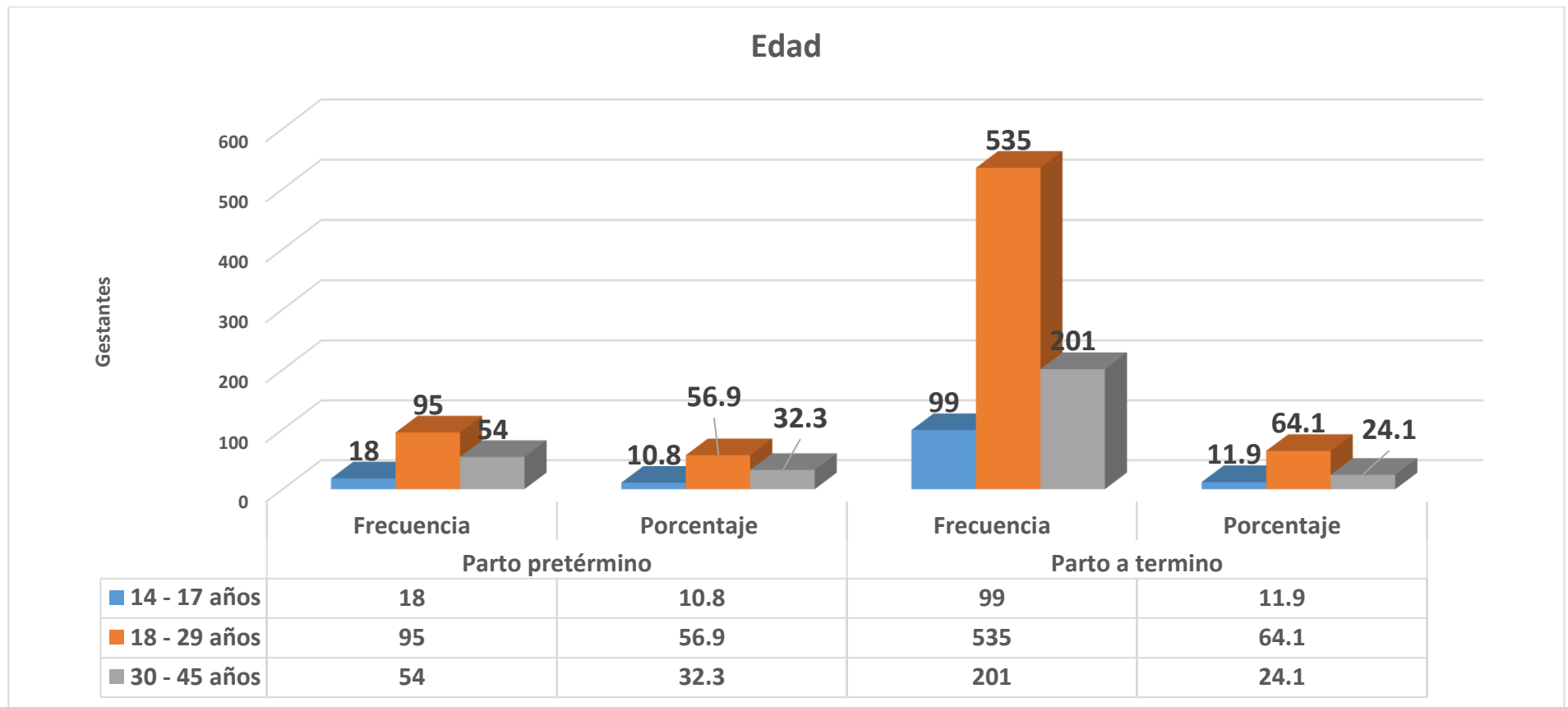
Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En la tabla 01 observamos la comparación de los grupos de gestantes de casos y controles en relación a la edad. Se evidencia que el grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes de 18 a 29 años con un 56,9%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidencio que las edades de 18 a 29 años tuvieron la mayor proporción con un 64,1%.

No hay mayor diferencia entre ambos grupos.

Grafico 01: Representación gráfica sobre la edad de las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.



**Fuente: Instrumentos de recolección de datos.
Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.**

Tabla 02: Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

Grado de instrucción	Parto pretérmino		Parto a término	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
analfabeta	5	3,0	3	0,4
primaria	38	22,8	160	19,2
secundaria	100	59,9	502	60,1
superior	24	14,4	170	20,4
Total	167	100,0	835	100,0

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

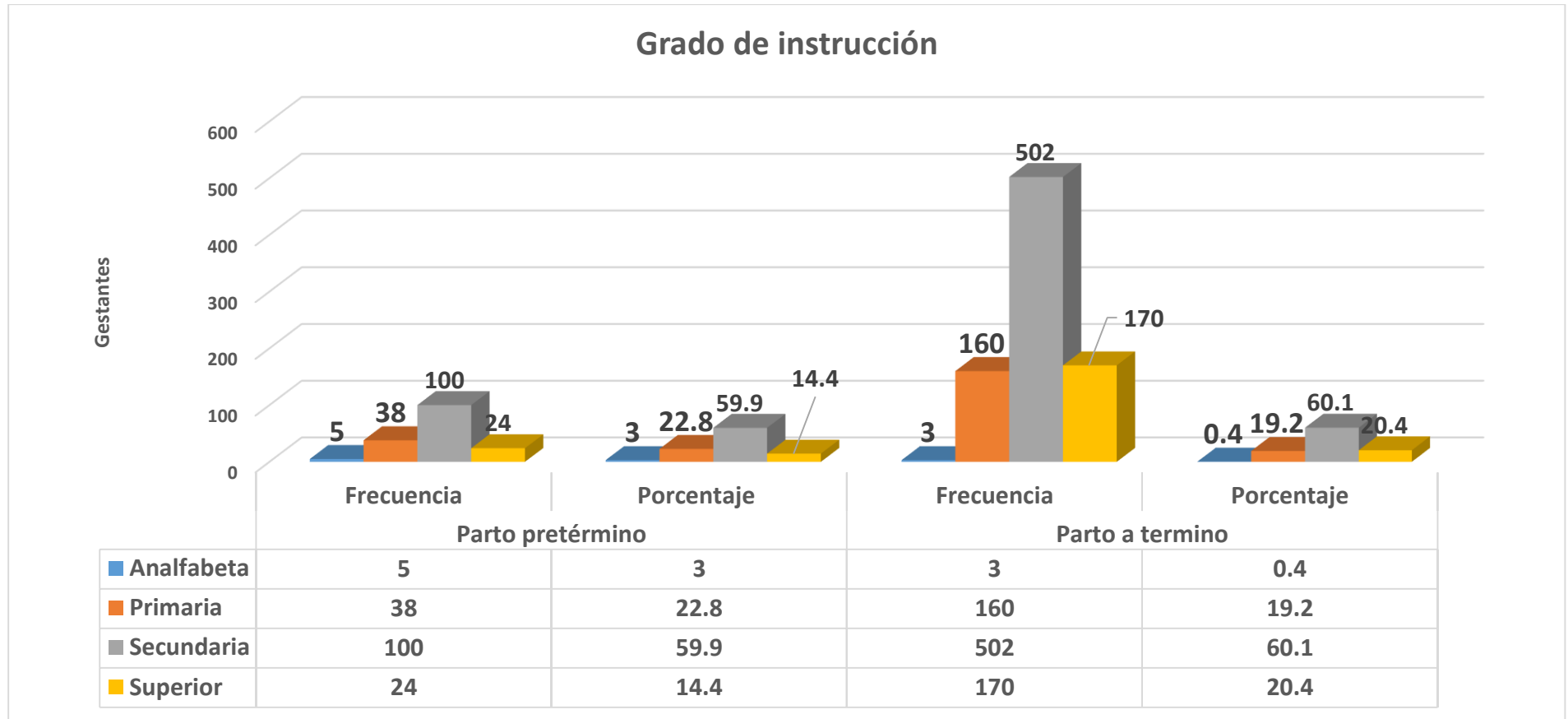
Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En la tabla 02 observamos la comparación de los grupos de gestantes de casos y controles en relación al grado de instrucción. Se evidencia que el grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las gestantes con un grado de instrucción secundaria con un 59,9%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidencio que grado de instrucción secundaria tuvo la mayor proporción con un 60,1%.

No hay mayor diferencia entre ambos grupos.

Grafico 02: Representación gráfica sobre el Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

4.2. Contrastación de hipótesis

Tabla 03: El Intervalo intergenésico menor de 12 meses como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Intervalo intergenésico menor de 12 meses			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	77	90	167			
No	202	633	835	2,681	1,903	3,778
Total	279	723	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que el Intervalo intergenésico menor de 12 meses es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,681 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un Intervalo intergenésico menor de 12 meses a su gestación tienen doble probabilidad de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(2.681/2,681+1)$ el valor de 0,72 lo cual se expresa que el 72% de las gestantes que presentan un Intervalo intergenésico menor de 12 meses harán un parto pretérmino en algún momento de su gestación.

Tabla 04: El Atención prenatal deficiente como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Control prenatal deficiente			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	97	70	167			
No	291	544	835	2,590	1,846	3,635
Total	388	614	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que el Atención prenatal deficiente es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,59 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un Atención prenatal deficiente en su gestación tienen doble probabilidad de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(2.59/2,59+1)$ el valor de 0,72 lo cual expresa que el 72% de las gestantes que presentan un Control prenatal deficiente harán un parto pretérmino en algún momento de su gestación.

Tabla 05: La Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl) como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl)			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	100	67	167			
No	310	525	835	2,528	1,800	3,551
Total	410	592	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que la **Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl)** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,528 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron una **Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl)** en su gestación tienen doble probabilidad de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(2.52/2,52+1)$ el valor de 0,72 lo cual expresa que el 72% de las gestantes que presentan una **Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl)** harán un parto pretérmino en algún momento de su gestación.

Tabla 06: El antecedente de aborto como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Antecedente de aborto			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	3	164	167			
No	10	825	835	1,509	0,411	5,543
Total	13	989	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que el **Antecedente de aborto No** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR inferior a 0,411 con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 07: La Infección del tracto urinario como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	La Infección del tracto urinario			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	67	100	167			
No	363	472	835	0,871	0,621	1,222
Total	430	572	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que **La Infección del tracto urinario No** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR a 0,871 con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 08: La preeclampsia como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	La preeclampsia			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	47	120	167			
No	10	825	835	32,313	15,904	65,651
Total	57	945	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que la **preeclampsia** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 32,313 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron **preeclampsia** en su gestación tienen hasta 32 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.

Tabla 09: La Infección de transmisión sexual como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES MATERNOS					
	Infección de transmisión sexual			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	8	159	167			
No	40	795	835	1,000	0,459	2,177
Total	48	954	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que **Infección de transmisión sexual No** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR a 1 con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 10: La Placenta previa como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES OVULARES					
	Placenta previa			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	7	160	167	18,222	3,751	88,515
No	2	833	835			
Total	9	993	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Ovulares asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que la **Placenta previa** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 18,22 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron una **Placenta previa** en su gestación tienen hasta 18 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.

Tabla 11: El Desprendimiento prematuro de placenta como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES OVULARES					
	Desprendimiento prematuro de placenta			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	7	160	167			
No	3	832	835	12,133	3,105	47,418
Total	10	992	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Ovulares asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que el **Desprendimiento prematuro de placenta** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 12,13 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un **Desprendimiento prematuro de placenta** en su gestación tienen hasta 12 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.

Tabla 12: El Poli hidramnios como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES OVULARES					
	Poli hidramnios			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior		Superior	
Si	1	166	167			
No	3	832	835	1,671	0,173	16,160
Total	4	998	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Ovulares asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que el **Poli hidramnios** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 1,671 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron **Poli hidramnios** en su gestación tienen doble probabilidad de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(1,6/1,6+1)$ el valor de 0,61 lo cual expresa que el 61% de las gestantes que presentan **Poli hidramnios** harán un parto pretérmino en algún momento de su gestación.

Tabla 13: La Ruptura prematura de membrana como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES OVULARES					
	Ruptura prematura de membrana			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 % Inferio Superior	
Si	21	146	167			
No	50	785	835	2,258	1,317	3,873
Total	71	931	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Ovulares asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que la **Ruptura prematura de membrana** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,25 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron **Ruptura prematura de membrana** en su gestación tienen doble probabilidad de desarrollar parto pretérmino. Al traducirlo a la probabilidad se obtiene $(2,2/2,2+1)$ el valor de 0,71 lo cual expresa que el 71% de las gestantes que presentan **Ruptura prematura de membrana** harán un parto pretérmino en algún momento de su gestación.

Tabla 14: El Embarazo múltiple como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES FETALES					
	Embarazo múltiple			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	12	155	167			
No	2	833	835	32,245	7,147	145,489
Total	14	988	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Fetales asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que el **Embarazo múltiple** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 32 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un **Embarazo múltiple** en su gestación tienen hasta 32 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.

Tabla 15: El retardo de crecimiento intrauterino como factor de riesgo materno asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.

PARTO PRETÉRMINO	FACTORES FETALES					
	Retardo de crecimiento intrauterino			Prueba de monomios.		
	Si	No	Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
					Inferior	Superior
Si	3	164	167			
No	3	832	835	5,073	1,015	25,356
Total	6	996	1002			

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Elaboración: Investigador Natali Elizabeth Condezo Guerra.

Interpretación:

En relación a los Factores de riesgo Fetales asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali, se pudo observar estadísticamente que el **Retardo de crecimiento intrauterino** es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 5,07 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un **Retardo de crecimiento intrauterino** en su gestación tienen hasta 5 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Resultados

En el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali se encontró que los factores asociados al parto pretérmino fueron el Intervalo intergenésico menor de 12 meses, el Control prenatal deficiente, la Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl) y la preeclampsia son factores maternos asociados a la prematuridad. La Placenta previa, el Desprendimiento prematuro de placenta, el Poli hidramnios y Ruptura prematura de membrana son factores ovulares asociados a la prematuridad. El Embarazo múltiple y el Retardo de crecimiento intrauterino son factores fetales asociados a la prematuridad.

Según los factores de riesgo, en el estudio de Rodríguez Díaz, David René et al. Se determinó que los antecedentes de parto pretérmino se presentaron en el 17.14% de las pacientes con parto pretérmino y un 2.8% de las pacientes sin parto pretérmino, hallando un OR=7,03, siendo estadísticamente significativo con un $p = 0.004$.

Con respecto al Control prenatal deficiente es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,59, datos similares se encontraron en los resultados del estudio de Cicerón Ruiz Cardenas et al. Donde se encontró que los controles prenatales < 4 presento un OR =2.92 siendo estadísticamente significativo con un $p = <0,01$.

CONCLUSIONES

Conclusiones

FACTORES MATERNOS

- ✓ El Intervalo intergenésico menor de 12 meses es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,681
- ✓ El Atención prenatal deficiente es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,59
- ✓ La Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl) es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,528
- ✓ La preeclampsia es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 32 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron preeclampsia en su gestación tienen hasta 32 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.

FACTORES OVULARES

- ✓ La Placenta previa es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 18,22 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron una Placenta previa en su gestación tienen hasta 18 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.
- ✓ El Desprendimiento prematuro de placenta es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 12,13 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un Desprendimiento prematuro de placenta en su gestación tienen hasta 12 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.

- ✓ El Poli hidramnios es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 1,671 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron Poli hidramnios en su gestación tienen doble probabilidad de desarrollar parto pretérmino.
- ✓ La Ruptura prematura de membrana es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 2,25

FACTORES FETALES

- ✓ El Embarazo múltiple es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 32 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un Embarazo múltiple en su gestación tienen hasta 32 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.
- ✓ El Retardo de crecimiento intrauterino es un factor de riesgo para el parto pretérmino pues se obtuvo un OR de 5,07 lo cual manifiesta que las gestantes que presentaron un Retardo de crecimiento intrauterino en su gestación tienen hasta 5 veces la probabilidad de desarrollar parto pretérmino.

RECOMENDACIONES

- Concientizar a las pacientes y dar a conocer diferentes tipos de anticonceptivos que puedan usar y orientar hacia una reproducción responsable en donde se pueda llegar a final de la gestación de una forma saludable y sin riesgo tanto para la madre como el neonato.
- Capacitar al personal de salud para el reconocimiento precoz de todos los factores de riesgo para parto pretérmino y actuar oportunamente sobre los que sean modificables.
- Fomentar y brindar la suficiente información acerca del parto pretérmino 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 pretérmino.
- Darle más importancia en la realización de los respectivos controles y exámenes complementarios prenatales con el fin de detectar los factores asociados a la génesis del parto pretérmino y así evitarlos o tratarlos oportunamente para evitar la aparición del mismo.
- Seguir estudiando el tema ya que sería importante asignar a cada factor un puntaje que lleve a cuantificar el riesgo de prematurez en el neonato
- Sensibilizar a la comunidad y las gestantes de riesgo para parto pretérmino a fin de reconocer la presencia de los factores de

riesgo en nuestra población a través de programas de capacitación, charlas informativas, charlas nutricionales, etc.

- Elaborar estrategias preventivo promocionales de la salud materna para reducir las tasas de Atención prenatal inadecuado, control prenatal tardío y la identificación y tratamiento de las infecciones urinarias, principales factores de riesgo hallados por el estudio.
- Mejorar la calidad de las historias clínicas, dado que mucha información no pudo ser recolectada por la ilegibilidad de las notas médicas.
- Elaborar estudios analíticos prospectivos para confirmar nuestros hallazgos.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. Bataglia Doldán V. Definiciones básicas. 2006. Temas Prácticos de Obstetricia. 1ª ed. Asunción: AGR Servicios Gráficos.
2. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Embarazo patológico. 6th ed. Obstetricia. e, editor. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2007.
3. Creasy R, Iams J. Preterm labor and delivery. 4th ed. Saunders PW, editor. Philadelphia: editores. Maternal-Fetal Medicine; 2008.
4. Meis P, Goldenberg R. The preterm prediction study: Risk factors. 2009..
5. Genes Barrios VB. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. (Itauguá). 2012 diciembre; 4(2): p. Pág. 8-14.
6. Oliveros M. Perú: Alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros mueren al año. [Online].; 2013 [Citado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/alrededor-12400-recien-nacidos-prematuros-mueren-al-ano-peru-2157901>.
7. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2nd ed. 1267. LP2P1–, editor. Lima: Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC); 2009.
8. Congreso de la Republica. Ley General de Salud N° 26842. [Online].; 1997[Citado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>.

9. Congreso de la Republica. Ley del Ministerio de Salud 27657. [Online].; 2002 [Citado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS_01/LEY%2027657.pdf.
10. Congreso de la Republica. Ley Univeristaria N° 23733. [Online].; 2013 [Citado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en: http://www.albany.edu/dept/eaps/prophe/data/Country_Law/Peru-LEY%20UNIVERSITARIA_modificada.pdf.
11. Tabata D. Tocolisis en mujeres con parto prematuro: factores asociados y resultados de un estudio multicéntrico en Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.. 2018 junio; 40(4).
12. Cortés Castell M, Rizo Baeza M, Aguilar Cordero J. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en españa; área mediterránea. nutricion hospitalaria. 2013 junio; 28(5).
13. Ovalle A, Kakarieka E. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago de Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013 abril; 77(4).
14. López N, González M. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013 marzo; 76(5).
15. Venegas CE. Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretermino en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2018. Tesis para optar el grado de medico cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego.

16. Garcia O. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 – junio 2017. 2018. Tesis para optar el grado de medico cirujano. Universidad Ricardo Palma.
17. Huaroto Palomino K. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Rev méd panacea.. 2013 mayo a agosto.; 3(2): p. 27-31.
18. Ríos CA. Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2013. Tesis para optar el grado de medico cirujano.
19. Riva N. Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo No. 2 Yarinacocha-Pucallpa. 2014. Tesis para optar el grado de medico ginecologo obstetra. Universidad nacional Mayor de San Marcos.
20. OMS. Prematuridad. 2013. Prematuridad en America..
21. Perez A. sembrando medicina. [Online].; 2014 [cited 2016 marzo 29]. Available from: <http://skorpiomenlamedicina.blogspot.pe/2012/12/amenaza-de-parto-pretermino.html>.
22. OMS. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos. 2011. comunicado.
23. Palencia A. Parto prematuro. CCAP. 2013 junio; 9(4): p. 11-19.
24. OPS. Ecuador Salud en las Américas: países. 2011..

25. Villanueva L. Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. Ginecología Obstetricia de México. 2010 diciembre; 76(9).
26. Espinoza J. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011 enero; 54(15).
27. Iriarte C. Parto Pretérmino en Pacientes del Hospital San Juan de Dios. 2008. Universidad Privada del Valle. Oruro-Bolivia, 2006 (investigación).
28. MINSA-CHILE. Guía Clínica de Prevención Del Parto Prematuro. 2011. Santiago de Chile: MSP.
29. Calderon J. Factores de Riesgo Materno Asociados al Parto Pretérmino. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2012 enero; 43(4).
30. Gonzalez L. Protocolo de Amenaza de Parto Prematuro. Comisión de Farmacia y Terapéutica. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. 2011..
31. Goycochea WA. Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en niños de 2 a 7 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2010 Octubre; 67(4).
32. Ovalle A, Kakarieka E, Díaz M. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago de Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012 Julio; 77(4).

33. Goldenberg R. The management of preterm labor. *Obstetric and Gynecology*. 2009 diciembre; 25(5).
34. Laterra C, Adina E, Di Marco I. Guía de Prácticas Clínicas Amenaza de Parto Prematuro. División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 1st ed. 22 , editor. Buenos Aires-Argentina; 2009.
35. López N, González M, Álvarez L. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2011 Enero; 76(5).
36. Fonseca A, Martel S. Investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huánuco: Unheval; 2012.
37. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*. 2006 enero-agosto; 11(2): p. 333-338.
38. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. *Rev Mex Pediatr*. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.
39. Merino T. Estudios de Casos y controles III. [Online].; 2013 [Citado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epianal7.htm>.
40. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. [Online].; 2012 [Citado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp.

41. Abner Fonseca L. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huánuco: Biblioteca Nacional del Perú; 2013.

ANEXOS

<p>del periodo de enero a diciembre del 2015? ¿Cuáles son los factores ovulares asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015? ¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015?</p>	<p>el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015. Identificar los factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015.</p>				<p>controles (gestantes que dieron parto a término). Para el tamaño de la muestra utilizaremos la fórmula para casos y controles. En la proporción 1:5 Se necesitaría un grupo de 167 casos y otros 835 controles</p>
--	--	--	--	--	---



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTOS PRETERMINOS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE
YARINACOCCHA – UCAYALI 2015
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

FECHA: /.... /....

Nº H.C.....

CASO: Parto pretérmino ().

CONTROL: Parto a término ().

I. DATOS PERSONALES:

1. Edad

- a) 14 a 17 años = 1
- b) 18 a 29 años = 2
- c) 30 a 45 años = 3

2. Grado de instrucción.

- a) Analfabeta = 1
- b) Primaria = 2
- c) Secundaria = 3
- d) Superior = 4

**II. FACTORES ASOCIADOS
FACTORES MATERNOS**

1. Intervalo intergenesico menor de 12 meses

- a) Si = 1
- b) No = 2

2. Atención prenatal deficiente

- a) Si = 1
- b) No = 2

1) Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl)

- a) Si = 1
- b) No = 2

2) Abortos

- a) Si = 1
- b) No = 2

3) Infección del tracto urinario.

- a) Si = 1
- b) No = 2

4) Pre eclampsia

- a) Si = 1
- b) No = 2

5) Infección transmisión sexual.

- a) Si = 1

b) No = 2

6) Diabetes gestacional.

a) Si = 1

b) No = 2

FACTORES OVULARES

7) Placenta previa.

a) Si = 1

b) No = 2

8) Desprendimiento prematuro de placenta.

a) Si = 1

b) No = 2

9) Poli hidramnios.

a) Si = 1

b) No = 2

10) Ruptura prematura de membrana.

a) Si = 1

b) No = 2

FACTORES FETALES

11) Embarazo múltiple.

a) Si = 1

b) No = 2

12) RCIU

a) Si = 1

b) No = 2